



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4004/2018

ATAS/527/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 juin 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), originaire de Serbie et Monténégro, est arrivée en Suisse en 1996.
2. En septembre 2007, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en raison de violentes et récurrentes céphalées et un état anxieux et dépressif sévère.

Elle travaillait alors en tant que commis de boulangerie à raison de trois heures par jour, cinq jours par semaine. C'est en raison de ses problèmes de santé, tant physiques que psychiques, disait-elle, qu'elle avait renoncé à travailler à un taux d'occupation plus élevé.

3. Par décision du 8 septembre 2008, l'OAI lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité avec effet au 1er août 2007.

Cette décision reposait principalement sur un rapport adressé le 8 avril 2008 à l'OAI par les docteurs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, du département de médecine communautaire de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), concluant à un état dépressif chronique depuis mars 2000 et à des céphalées mixtes (migraines entretenues par les médicaments depuis 2001). La capacité de travail était réduite à 50% depuis août 2006.

Il était relaté que la patiente, requérante d'asile originaire du Kosovo, était arrivée en Suisse en 1997, qu'elle avait été fiancée durant quatre ans à un Kosovar qui la harcelait, la menaçait de mort et l'avait agressée physiquement à plusieurs reprises avant d'être emprisonné, qu'elle avait par ailleurs bénéficié d'un suivi en raison d'un état dépressif réactionnel non seulement aux violences subies de la part de cet homme, mais aussi à un viol, en juin 2000, qu'elle avait été prise en charge pour un état de stress post-traumatique consécutif à cet évènement, que son état dépressif s'était péjoré, avec des plaintes somatiques, en mars 2004. Elle bénéficiait d'un suivi psychologique par Monsieur D\_\_\_\_\_, psychologue, depuis septembre 2007.

S'agissant de ses céphalées, présentes depuis qu'elle avait 26 ans, l'assurée avait été adressée, en avril 2006, à la consultation ambulatoire de neurologie, qui avait posé le diagnostic de crises de migraines probablement aggravées par l'état dépressif. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale pratiquée en mai 2006 avait mis en évidence une sinusite sphénoïdale, sans autre anomalie. Malgré un traitement anti-inflammatoire et antibiotique, les céphalées, particulièrement invalidantes, avaient persisté, à tel point que la patiente devait fréquemment interrompre ses journées de travail en raison de leur intensité (céphalées accompagnées de nausées, vomissements et malaises vertigineux). Le médecin notait également une fatigabilité importante secondaire aux céphalées en question,

ainsi qu'un abus médicamenteux important d'anti-inflammatoires et de Paracétamol.

4. Une procédure de révision a été initiée en août 2011, qui a permis de recueillir les éléments suivants :

- un questionnaire rempli par l'intéressée, indiquant que son état de santé était toujours le même ;
- un rapport du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, du 31 octobre 2011, concluant à des migraines, à une fatigabilité importante, à une dépression, à des difficultés de concentration, à des malaises sur crises de panique et à une personnalité borderline ; il précisait que la patiente travaillait depuis cinq ans à 50% dans une boulangerie et qu'il lui était impossible de travailler plus en raison de ses migraines ; l'incapacité de travail était de 50% depuis 2007 et de manière indéterminée ;
- un rapport de le docteur F\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, du 16 décembre 2011, concluant à un état de stress post-traumatique avéré depuis juin 2000, ayant évolué en une modification durable de la personnalité, ainsi qu'à une personnalité émotionnellement labile de type impulsif depuis probablement la fin de l'adolescence ; la capacité de travail était inchangée, de 50%, en raison des limitations psychiques suivantes : faible capacité à supporter les ordres et contraintes, état de faiblesse de nature anxieuse et dépressive, refus des ordres de son patron et attaques de panique ; le médecin précisait que la capacité de travail n'avait pas augmenté, mais avait gagné en qualité.

Le 19 décembre 2011, l'OAI a informé l'intéressée qu'il considérait que son droit était inchangé.

5. Le 17 décembre 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI une demande de révision s'agissant de sa patiente en concluant à une modification durable de la personnalité faisant suite à un état de stress post-traumatique avéré depuis juin 2000, à un état dépressif moyen avec syndrome somatique et à une personnalité émotionnellement labile de type impulsif, probablement depuis la fin de l'adolescence. Selon le médecin, il y avait en effet eu péjoration de l'état de sa patiente depuis plusieurs mois, après une évolution positive et une stabilisation de son état en 2011 : depuis avril 2013, elle traversait à nouveau régulièrement des moments plus difficiles ; en 2015, le suivi s'était un peu intensifié à partir de mars.

Depuis 2013, les symptômes étaient sensiblement les mêmes, mais provoqués par des éléments déclencheurs différents et démontraient une perte du sentiment de sécurité lié à une résurgence traumatique. La patiente se plaignait également de pertes de mémoire importantes.

Dans l'activité habituelle, la capacité de travail avait été de 50% de novembre 2006 à décembre 2015, puis de 0%, étant précisé qu'elle pourrait être de 50% dans une activité adaptée. Le rendement était réduit, la régularité et l'accomplissement des

tâches n'étaient plus assurés. Le médecin préconisait une activité moins physique, avec un peu moins de responsabilités et une meilleure reconnaissance.

6. Ont alors été versés au dossier :

- un courrier de l'employeur de l'assurée, daté du 11 novembre 2015, expliquant que sa situation économique ne permettait plus d'assurer un emploi à l'intéressée comme commis de boulangerie et précisant que celle-ci, depuis trois ans environ, rencontrait de plus en plus de difficultés dans son emploi en raison d'une fatigue intense liée à de grosses crises de migraines induisant un manque de concentration ; selon le tenancier de « La cage aux petits pains », l'assurée n'était plus apte à un emploi au vu des critères de productivité d'une entreprise ;
- un bref courrier du docteur G\_\_\_\_\_, médecin généraliste, daté du 1er février 2016, attestant d'un état anxio-dépressif réactionnel à un choc post-traumatique avec des crises d'angoisse accompagné d'une labilité psychique et de lombalgies chroniques sur spondylose lombaire avec discopathie L5 et déformation de la colonne vertébrale.

7. Le dossier de l'assurée a été soumis au Service médical régional (SMR) qui, le 28 novembre 2016, estimant que l'état psychique s'était possiblement aggravé depuis le début de l'année 2015, a préconisé une expertise bi-disciplinaire rhumatopsychiatrique pour faire la part des choses entre les conséquences des atteintes et les facteurs psychosociaux sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle.

8. Cette expertise a été confiée au Centre d'expertises médicales (CEMed), plus particulièrement aux docteurs H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, qui ont rendu leur rapport en date du 29 mai 2018.

Les plaintes de l'assurée ont été relatées. Il a été précisé que l'intéressée ne sait ni lire, ni écrire et qu'elle ne bénéficie d'aucune formation professionnelle et d'expériences professionnelles très limitées (aide-boulangère/commiss boulanger dans une seule boulangerie durant deux périodes, en 2008 et entre 2017 et 2018).

Les plaintes ont été suivies d'une anamnèse systématique détaillée, mais imprécise au plan psychique. Les experts ont eu un entretien téléphonique en date du 15 mai 2018 avec M. D\_\_\_\_\_. Il a été noté que, depuis 2016, les séances s'étaient raréfiées à la demande de l'intéressée (trois seulement en 2016), qu'en 2017 elle n'avait consulté que deux fois et qu'en 2018, elle n'avait eu qu'un seul rendez-vous, le 25 avril.

En définitive, il a été estimé que l'assurée pouvait assumer un travail simple et répétitif et que celui de commis boulanger apparaissait adapté. Sa capacité de travail à ce niveau est complète, sans diminution de rendement.

Sur le plan des diagnostics, seules les migraines ont été retenues comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, de manière ponctuelle. La capacité de travail a été évaluée à 100% dans une activité à plein temps, avec une diminution de

rendement de l'ordre de 15% pour tenir compte de 3 à 4 absences mensuelles pour les crises migraineuses.

Du point de vue médical, les experts ont estimé qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail en dehors de périodes transitoires suite à la chirurgie du tunnel carpien droit, de novembre 2016 à avril 2017, ou entre 2007 et 2015, durant les phases de décompensation du trouble de la personnalité.

A été préconisée une activité simple et répétitive avec peu de contacts avec une clientèle.

9. Le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR qui, le 24 août 2018, s'est rangé aux conclusions des experts et a conclu à l'absence de diagnostic incapacitant.
10. Le 12 septembre 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de mettre un terme à la demi-rente d'invalidité qui lui avait été allouée jusqu'alors.
11. Le 8 octobre 2018, l'assurée a contesté ce projet en demandant un complément d'instruction médicale. Elle a allégué ne pas aller mieux, souffrir toujours de douleurs, de fortes migraines, de fatigue et avoir des difficultés à se concentrer et à se souvenir des choses.
12. Par décision du 15 octobre 2018, l'OAI a supprimé la demi-rente allouée jusqu'alors à l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, étant précisé qu'un recours n'aurait pas d'effet suspensif.

L'OAI a considéré que l'état de santé de l'intéressée ne s'était pas péjoré de manière notable, mais s'était au contraire amélioré depuis le 1er avril 2017, date à laquelle l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement limitée à 15%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à un reclassement.

13. Par écriture du 15 novembre 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière à compter du 1er janvier 2016, subsidiairement à ce que soit reconnu son droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er décembre 2018.

La recourante conteste désormais disposer de la moindre capacité de travail et reproche à l'intimé une instruction lacunaire.

Elle argue que les experts du CEMed ont reconnu avoir été confrontés à une difficulté du fait qu'elle ne parle, ni ne comprend le français que de manière sommaire et ne s'exprime très simplement dans sa langue maternelle. Ces mêmes experts ont souligné son aptitude à la communication limitée et le fait qu'elle n'avait pas compris toutes les questions qui lui avaient été posées. Elle leur reproche dès lors de s'être contentés d'indications incomplètes et imprécises. Au vu de son anamnèse, de son illettrisme et de certains événements traumatiques qu'elle a traversés, ils auraient dû, selon elle, s'interroger sur ses réelles facultés à faire

usage de l'ensemble des processus mentaux qui mettent en jeu la mémoire, le raisonnement, le langage, l'apprentissage ou encore la capacité de concentration. Or, ils n'en ont rien fait. Aucun test psychométrique n'a été effectué.

Elle rappelle que son état anxio-dépressif chronique est l'une des atteintes qui ont conduit l'OAI à lui reconnaître dans un premier temps le droit à une rente d'invalidité. Elle estime que l'OAI aurait dû interroger son médecin traitant, son psychiatre et son psychologue.

Elle relève que le dernier rapport de son médecin traitant remonte à mars 2008, ceux de ses deux autres médecins généralistes à novembre 2011 et février 2016. Seul son psychologue a été contacté par téléphone par les experts du CEMed, en mai 2018, soit juste avant la réédition de leur rapport.

Alors même que l'un des diagnostics principaux consistait en un état dépressif, aucun rapport n'a été sollicité de la part de son psychiatre.

Pour le surplus, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du CEMed.

Elle souligne que son employeur a confirmé la péjoration de sa capacité de travail et que son psychiatre, dans un rapport de novembre 2018, a retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité faisant suite à un état de stress post-traumatique, d'épisode dépressif moyen, de trouble somatoforme indifférencié et de personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Son psychiatre et son psychologue ont également observé une péjoration de son état de santé sur le plan anxio-dépressif et impulsif. Dès lors, l'amélioration à laquelle conclut le CEMed n'est corroborée par aucun élément objectif.

A cet égard, la recourante reproche aux experts d'avoir inséré l'état dépressif dans le diagnostic de labilité émotionnelle liée au trouble de la personnalité, ce qu'elle considère comme une simple réinterprétation de sa symptomatologie dépressive reconnue pourtant au préalable à plusieurs reprises par l'AI.

Elle argue que les troubles psychiques et éventuellement cognitifs importants dont elle souffre auraient dû être pris en considération en tant que comorbidité importante à des atteintes physiques invalidantes (migraines, évanouissements, douleurs diffuses).

Elle demande à ce que son dossier ne soit pas renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire, mais fasse l'objet d'une expertise judiciaire.

À l'appui de son recours, l'assurée produit :

- un rapport rédigé le 7 novembre 2018 par le docteur J\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, et M. D\_\_\_\_\_, expliquant qu'elle a repris son ancienne activité en avril 2018 à temps très partiel, après avoir été licenciée en novembre 2015, mais qu'elle a été à nouveau licenciée en octobre 2018 pour fin 2018 ; ses plaintes subjectives sont relatées, ainsi qu'un constat médical et les diagnostics suivants sont retenus : modification durable de la personnalité faisant suite à un état de stress post-

traumatique avéré depuis juin 2000, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, trouble somatoforme indifférencié et personnalité émotionnellement labile de type impulsif ; il est précisé que la patiente suit une psychothérapie hebdomadaire et qu'aucune médication n'a été remise en place depuis quelques années en raison du risque de tentamen médicamenteux et parce que la compliance à un traitement antidépresseur ne semble pas assurée ; depuis décembre 2015, son état est resté sensiblement le même ; les péjorations mentionnées et toujours observées se situent sur un mode anxio-dépressif, accompagnées d'une forte impulsivité, qui se traduit par des actes hétéro-agressifs verbaux, ainsi que par des actes auto-agressifs sous forme de négligence et d'idées suicidaires ; au niveau physique, cette instabilité se traduit par des épisodes de très grande fatigue, accompagnés d'étourdissements menant parfois à des évanouissements ; les céphalées semblent se péjorer parallèlement à l'état psychique ; l'état de la patiente reste donc stable, malgré le traitement mis en place, et la fragilité reste extrême ; malgré une reprise du travail très partielle, l'appréciation de la capacité de travail est maintenue à 0% dans le cadre d'un travail conventionnel ; le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié a été retenu en raison du fait que le médecin généraliste mentionne une difficulté à objectiver une partie des diverses plaintes de sa patiente.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 décembre 2018, a conclu au rejet du recours.

En substance, l'intimé considère que le rapport du CEMed peut se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où il est plus détaillé que les autres pièces au dossier et se fonde sur une étude attentive de celui-ci. Il contient une anamnèse, une description des plaintes subjectives assortie de celle de leurs constatations objectives et l'on ne peut dès lors considérer que l'expert psychiatre n'aurait pas pris le temps nécessaire pour entendre l'intéressée et recueillir les données utiles à son expertise. S'agissant de la durée de l'entretien, l'intimé rappelle qu'elle ne constitue pas un critère pertinent.

Pour le surplus, l'intimé se réfère à un avis émis par le SMR en date du 29 novembre 2018. Se référant à l'expertise, le SMR considère qu'entre 2007 et 2015, la capacité de travail a été diminuée en raison de la décompensation du trouble de la personnalité émotionnellement labile à plusieurs reprises, mais relève qu'en avril 2018 l'assurée a repris une activité professionnelle et était compensée sur le plan psychiatrique lors de l'expertise effectuée en mai 2018. Selon lui, le rapport médical du 7 novembre 2018 du Dr J\_\_\_\_\_ n'amène pas de nouveaux éléments. L'assurée a été licenciée en octobre 2018 pour fin décembre 2018 (c'est-à-dire postérieurement à la décision litigieuse).

15. Dans sa réplique du 21 janvier 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle relève que l'auteur de l'avis du SMR du 29 novembre 2018, la doctoresse K\_\_\_\_\_, n'apparaît pas dans la liste des médecins titulaires FMH. Elle ne dispose d'aucun titre de spécialisation en psychiatrie. Elle en tire la conclusion que son avis

ne saurait se voir reconnaître la moindre valeur probante et produit à l'appui de sa position un courrier de son psychologue critiquant la position du SMR.

Pour le reste, elle allègue :

- qu'aucune explication n'est fournie quant aux raisons pour lesquelles le diagnostic de modification durable de la personnalité est écarté ;
- que l'appréciation selon laquelle le trouble dépressif ferait partie intégrante du trouble de la personnalité est erronée ;
- que l'allégation selon laquelle elle n'est pas traitée pour son trouble dépressif est fausse, puisqu'elle bénéficie d'une psychothérapie une fois par semaine et qu'un antidépresseur a été introduit en novembre 2018 ;
- quant au trouble somatoforme indifférencié, il concerne non seulement ses douleurs, mais également ses troubles physiques, sa fatigabilité et les divers maux dont elle souffre.

16. Dans sa duplique du 12 février 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il relève que la mise sous antidépresseurs est postérieure à la décision litigieuse et que le nouveau rapport produit par la recourante et rédigé par son psychologue, qui se borne à critiquer l'avis du SMR, n'est pas contresigné par le psychiatre traitant.

Il rappelle qu'un psychologue n'est ni habilité à poser des diagnostics, ni à délivrer des arrêts de travail.

17. Par écriture du 12 mars 2019, la recourante a produit le même courrier que précédemment, contresigné par son psychiatre.

18. Par écriture du 1<sup>er</sup> avril 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il argue que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée est, selon toute vraisemblance, postérieure à la décision et relève au passage que l'intéressée a repris une activité, selon son psychiatre.

19. Interrogé par la Cour de céans, le conseil de la recourante, par écriture du 2 décembre 2019, a indiqué ne pas maintenir sa demande d'audition des médecins compte tenu des rapports produits et versés à la procédure.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000

---

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), est recevable.
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante a évolué de manière à influencer son droit aux prestations.
6. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au

---

handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y

compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
  - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
    - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
  - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
  - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)
  - Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des

limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

b. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

c. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en

comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

10. En l'espèce, l'intimé tire la conclusion de l'expertise du CEMed que l'état de la recourante, loin de se péjorer, s'est au contraire amélioré au point de lui permettre de recouvrer, à compter d'avril 2017, une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 15%, ce que l'intéressée conteste, alléguant que son état s'est au contraire péjoré au point de ne plus lui permettre la moindre activité lucrative.

Il convient dès lors de comparer la situation à celle qui prévalait en 2008, comparable à celle de fin 2011, selon l'OAI, à celle de fin 2015, date à laquelle le psychiatre traitant a sollicité la révision du dossier.

En 2008, ce sont un état dépressif chronique présent depuis mars 2000 et des céphalées mixtes qui ont conduit à retenir une capacité de travail réduite à 50% depuis août 2006.

En 2011, la situation était inchangée (migraines, fatigabilité importante, dépression, difficultés de concentration, malaises sur crises de panique et personnalité borderline ; cf. rapport du Dr E\_\_\_\_\_). Le Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, concluait à un état de stress post-traumatique avéré depuis juin 2000, ayant évolué en une modification durable de la personnalité, ainsi qu'à une personnalité émotionnellement labile de type impulsif, présente depuis probablement la fin de l'adolescence. La capacité de travail restait inchangée (faible capacité à supporter les ordres et contraintes, nature anxieuse et dépressive, attaques de panique).

En décembre 2015, c'est ce même psychiatre traitant qui a sollicité une augmentation de rente en invoquant exactement les mêmes diagnostics que précédemment, mais avec une péjoration remontant à mars 2015, date à laquelle le suivi s'était intensifié. Les symptômes décrits étaient pourtant les mêmes et force

est de constater que le médecin n'a pas documenté la péjoration alléguée autrement que par une augmentation du suivi et une « perte de sentiment de sécurité » chez l'assurée. Il ressort au contraire des éléments recueillis par les experts auprès du psychologue qui suit l'assurée depuis des années que, depuis 2016, les séances se sont raréfiées (trois en 2016, deux en 2017 et une seule durant le premier semestre 2018).

La péjoration invoquée fin 2015 par la recourante n'apparaît ainsi pas démontrée par le rapport de son psychiatre traitant, qui se base sur des éléments contredits par les informations obtenues.

Le rapport du Dr J \_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant, qui fait état, fin 2018, en substance, d'une péjoration sous la forme d'une instabilité augmentée et d'une incapacité de travail totale – alors même que la recourante a repris une activité, en tant qu'il est postérieur à la décision litigieuse, ne suffit pas à démontrer une péjoration remontant à 2015-2016.

Ainsi donc, au vu de ces éléments, il apparaît que la péjoration alléguée fin 2015 à l'appui d'une demande d'augmentation des prestations n'est pas démontrée au degré de vraisemblance prépondérante requis. Le recours est donc rejeté sur ce point.

11. Reste à examiner s'il y a eu amélioration de l'état de la recourante justifiant la suppression de la demi-rente allouée jusqu'alors, comme le soutient l'intimé, qui se fonde pour cela sur l'expertise du CEMed.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'anamnèse est détaillée, même si des imprécisions ont été notées au plan psychique. Les experts, s'ils ont relevé le degré d'analphabétisation de la recourante, n'en ont pas pour autant indiqué qu'il aurait fait obstacle à leurs examens, comme elle veut bien le laisser entendre.

Contrairement encore à ce que soutient l'intéressée, les raisons pour lesquelles le diagnostic de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe a été écarté ont été exposées : il a été expliqué qu'il était difficile de retenir un tel diagnostic, puisque l'assurée semblait présenter ces traits de personnalité depuis le début de l'âge adulte, ce qui correspondait avec les dates des événements traumatisants (entre 1996 et 2001) ; de plus, ce diagnostic est réservé à des expériences traumatisantes extrêmes (torture, longue captivité, etc.) et n'avait donc pas lieu d'être en l'occurrence. Ces arguments ne convainquent cependant pas la Cour de céans s'agissant d'écarter un diagnostic retenu de longue date et ayant justifié l'admission d'un droit aux prestations par le passé. En effet, comme le relèvent les experts eux-mêmes, la survenance de l'atteinte coïncide avec les événements traumatisants évoqués, dont il faut tout de même rappeler qu'il s'agit d'un viol, de violences répétées avec menaces qui ont duré des années, jusqu'à l'emprisonnement de leur auteur, et qu'ils s'ajoutent à l'expérience de guerre que l'assurée a vécu dans son pays d'origine. A l'époque, le diagnostic de stress post-traumatique était d'ailleurs retenu. Chez une personne qui, comme l'assurée, ne

dispose manifestement que de maigres ressources, il paraît un peu léger d'écarter le diagnostic de modification durable de la personnalité en quelques lignes et ce, alors même, comme déjà dit, qu'il a été confirmé par le passé.

Les experts ont en revanche confirmé le diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type impulsif a été confirmé depuis le début de l'âge adulte, mais il a été noté que ce trouble paraissait alors plutôt compensé, ce que confirme le fait que l'intéressée a repris un travail précisément à cette époque-là. En revanche, on ignore ce qui a amené les experts à conclure que cette amélioration devait remonter à 2015 déjà, alors que, fin 2015, le psychiatre traitant faisait plutôt un constat contraire et que leurs propres constatations ont été faites en mai 2018. En ce sens, la conclusion selon laquelle la décompensation de la personnalité aurait pris fin en 2015, en tant qu'elle n'est aucunement motivée, ne saurait convaincre.

Est également contestée par la recourante l'affirmation selon laquelle la symptomatologie dépressive devrait rentrer dans le cadre d'une labilité émotionnelle liée au trouble de la personnalité. Il est vrai que, sur ce point, les experts ne motivent pas leur position. On peut comprendre de l'ensemble de leur rapport que c'est parce qu'alors, l'état de la recourante était bien compensé qu'ils ont agi de la sorte. On peut cependant déplorer qu'ils n'aient pas jugé utile contacter le psychiatre traitant et de lui préférer le psychologue, dont l'intimé admet lui-même qu'il ne saurait poser de diagnostics.

En définitive, les diagnostics retenus ont été les suivants : migraines, lombalgies communes sur troubles de la statique dans le plan frontal, status post syndrome du tunnel carpien droit opéré avec un bon résultat objectif en 2016, épigastralgies sur gastrite, endométriose de stade I, goitre nodulaire, lithiases rénales résolutives, athérome aortique bas, tabagisme avec épaissement des parois bronchiques et, sur le plan psychique, personnalité émotionnellement labile de type impulsif présente depuis le début de l'âge adulte.

Les experts ont examiné la situation qui leur était soumise à l'aune des nouveaux indicateurs jurisprudentiels.

S'agissant des ressources personnelles et externes, la capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes a été qualifiée de conservée sur le plan physique. En revanche, sur le plan psychique, l'aptitude à la communication a été décrite comme limitée, puisque l'assurée ne parle qu'un français rudimentaire, alors que cela fait vingt ans qu'elle vit à Genève. Même dans sa langue maternelle, l'albanais, son vocabulaire est très limité. Cependant, l'expertisée a pu respecter le cadre de l'expertise et collaborer avec les experts. Sa capacité d'adaptation et de flexibilité psychique semble limitée. Elle paraît fixée sur ses problèmes physiques, qu'elle n'arrive pas à décrire précisément. Sa capacité d'organisation semble limitée et elle a tendance à négliger son ménage. Sa capacité de prise de décision et de jugement semble également limitée, tout comme ses capacités relationnelles dans le cadre familial, social et intime. Elle est repliée sur certains membres de sa famille, n'a ni

ami, ni relation sentimentale depuis plusieurs années. Son réseau social est très pauvre et se limite à son frère et à une nièce. Sa capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes est limitée, car elle n'a pas de permis de conduire.

Il y a lieu de conclure de ce qui précède que les ressources de l'assurée sont, de l'aveu même des experts, très limitées et sur de nombreux plans.

Au niveau du traitement, la coopération sur le plan physique semble bonne. Sur le plan psychique, un suivi plus régulier pourrait être utile, pour limiter les troubles du comportement liés au trouble de la personnalité. Une médication antidépressive ou neuroleptique pourrait être prescrite pour diminuer l'agressivité et l'impulsivité, traitement qualifié d'exigible et qui pourrait se révéler utile pour maintenir la capacité de travail.

La réadaptation a été qualifiée de non nécessaire sur le plan physique et théoriquement exigible d'un point de vue psychique.

La cohérence a été qualifiée de non problématique : sur le plan physique, l'expertisée a reçu le traitement adéquat pour son syndrome du tunnel carpien droit ; sur le plan psychique, les plaintes sont plutôt floues et l'assurée paraît démonstrative, mais la description des activités quotidiennes paraît congruente aux plaintes. Elle dit être suivie régulièrement à raison d'une fois par semaine, alors que son psychologue indique qu'elle n'a fait appel à lui que deux fois en 2007 et n'a pris rendez-vous qu'une fois en 2018.

La capacité de travail a été jugée totale sur le plan physique, en l'absence de diagnostic physique incapacitant. Les migraines peuvent entraîner une diminution de rendement, mais étaient déjà notées en 2008. Elles sont plutôt en amélioration depuis lors. En effet, la doctoresse L\_\_\_\_\_, neurologue, mentionne 4 à 5 crises par mois, ce qui dénote une amélioration par rapport à 2008, où l'assurée devait fréquemment interrompre ses journées de travail. D'autre part, en 2008, les migraines étaient entretenues par l'abus médicamenteux, ce qui ne semble plus être le cas désormais.

Sur le plan psychique, les limitations fonctionnelles retenues sont les troubles relationnels (tendance à entrer en conflit) en cas de décompensation du trouble de la personnalité, ce qui n'était pas le cas lors de l'expertise. Les ressources personnelles semblent limitées (analphabétisme, non maîtrise du français). Il a été noté qu'elles pouvaient limiter la capacité d'adaptation.

L'examen par les experts des indicateurs est détaillé, mais la Cour peine à comprendre pour quelles raisons ils concluent en définitive à une pleine capacité de travaux alors même que les ressources sont maigres, la cohérence et compliance bonnes et les limitations fonctionnelles confirmées.

L'amélioration constatée par les experts consisterait dans le fait que les troubles psychiques semblaient alors compensés, ce que corrobore la reprise d'une activité

en 2018, laquelle n'a cependant duré que quelques mois et s'est soldée par une aggravation de l'état de la recourante.

Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans considère qu'au vu des considérations effectuées par les experts sur les différents indicateurs, on ne saurait admettre une amélioration durable de l'état de la recourante suffisante pour lui permettre de recouvrer une pleine capacité de travail, fût-ce dans une activité adaptée. Il s'agit bien plutôt d'une appréciation divergente d'un même état de fait, comme le démontre notamment le fait d'écarter le diagnostic de modification durable de la personnalité sans raisons convaincantes et la divergence entre les constatations relatives aux critères et les conclusions quant à la capacité de travail.

Dans ces conditions, la Cour de céans considère que la démonstration d'une amélioration durable et significative n'a pas été apportée et que la suppression de la rente accordée jusqu'alors ne se justifie pas.

On ajoutera que la situation décrite par le Dr J\_\_\_\_\_ en novembre 2018 peut, ainsi que le relève l'intimé, éventuellement appuyer une nouvelle demande consécutive à une aggravation postérieure à la décision litigieuse rendue le 15 octobre 2018.

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision de suppression de rente du 15 octobre 2018 est annulée et le droit à une demi-rente reconnu au-delà du 15 décembre 2018. En revanche, il est rejeté en tant qu'il conclut à l'augmentation des prestations.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision de suppression de rente du 15 octobre 2018.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente au-delà du 15 décembre 2018.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Rejette le recours pour le surplus.
7. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
8. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le