

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4083/2008

ATAS/1619/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 9 décembre 2009

En la cause

Madame K_____, domiciliée à THONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame K_____, née selon ses déclarations en 1953, est de nationalité iranienne. Elle est entrée en Suisse le 8 août 1996 et y a obtenu l'asile politique. Selon la traduction en anglais, certifiée conforme le 7 août 1994, d'une attestation du Ministère des sciences et de l'éducation de la République islamique de l'Iran du 1^{er} novembre 1980, les documents académiques de l'intéressée, détentrice de la carte d'identité N°_____ issue à Aligoodarz, ont été évalués le 7 octobre 1980 et ses études ont été évaluées "M.Sc. degree & Chemistry".
2. Selon le certificat en anglais de X_____ of Iran du 9 juin 1994, l'intéressée y était employée d'octobre 1978 à décembre 1984.
3. Selon le certificat en anglais du 8 août 1994 Z_____ à Téhéran, l'intéressée y a travaillé dès novembre 1988.
4. En Suisse, l'intéressée a complété sa formation et a obtenu, en 2000, un certificat de responsable qualité avec la mention "très honorable" à l'Institut Challenge Optimum SA, après un stage en entreprise de trois mois et la présentation d'un travail de mémoire. Les 26 et 27 avril, ainsi que le 3 mai 2001, elle a participé au cours "Les principaux aspects environnementaux et leur maîtrise. Traitement dans un système de management ISO 140001". En septembre 2004, l'Université de Genève lui a délivré un certificat de formation continue en développement durable.
5. Selon le certificat de travail du 17 octobre 2003 du Centre de XA_____, elle y a travaillé du 1^{er} septembre 2000 au 31 août 2003 en qualité d'assistante de recherche HES à 100 %. Il est mentionné dans ce certificat que

"Mme K_____ est une personne discrète et agréable. Elle a entretenu de très bonnes relations avec ses collègues et supérieurs et nous avons été entièrement satisfaits de la qualité de son travail."
6. Selon l'attestation du 18 septembre 2006 de XB_____, elle y a travaillé du 1^{er} septembre 2005 au 31 août 2006. Aux termes de ce certificat,

"Mme K_____ a accompli avec beaucoup de minutie et de célérité les missions qui lui ont été confiées. Dans tous les cas, Mme K_____ n'a pas hésité à effectuer les recherches documentaires nécessaires pour accomplir avec précision son travail."
7. Depuis le 5 octobre 2006, une incapacité de travail totale de l'intéressée est attestée.
8. Par demande reçue le 28 novembre 2006, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente. Elle y mentionne avoir travaillé en Iran de 1978 à 1984 et de 1988 à 1994.

9. Selon le rapport du 5 décembre 2006 du Dr A _____, sa patiente souffre d'un état dépressif sévère depuis environ 1990 et d'une arthrite rhumatoïde depuis environ 1998. L'état s'aggrave.
10. Selon le questionnaire pour l'employeur signé le 18 janvier 2007 par XC _____ Genève SA, l'assurée y a travaillé du 1^{er} septembre 2004 jusqu'au 5 décembre 2006 en tant qu'enquêtrice par sondage. Il s'agissait d'un travail sur demande et sans horaire fixe. L'employeur déclare que son employée a réalisé en novembre 2006 un salaire de 1'625 fr. 25 et en décembre 2006 de 191 fr. 20.
11. Selon le rapport du 8 février 2007 du Dr B _____, psychiatre, l'assurée souffre d'un état de stress post-traumatique depuis environ 1995 et d'un épisode dépressif sévère depuis octobre 2006. Elle présente par ailleurs des traits de personnalité émotionnellement labile et anakastique de type borderline depuis environ 1975. L'incapacité de travail perdue à ce jour depuis le 5 octobre 2006 et s'aggrave. Dans l'anamnèse, le Dr B _____ note notamment que la patiente est veuve depuis 28 ans, sans enfant et qu'elle vit seule. Depuis septembre 2003, elle est au chômage. Dans les antécédents psychiatriques, il mentionne une consultation à Téhéran en 1995 pour troubles anxieux dans le contexte de difficultés au travail. Le Dr B _____ suit l'assurée depuis janvier 2004 pour une irritabilité et agressivité envers les gens dans le contexte de chômage et d'un état de stress post-traumatique (emprisonnement politique en Iran de 27 à 37 ans avec tortures physiques et morales). Elle s'est mariée à 19 ans. Son mari a été exécuté en 1982. Elle suit un traitement médicamenteux et une psychothérapie avec approche cognitivo-comportementale. Les traitements ont amené une légère amélioration, surtout au niveau de l'irritabilité. Cependant, une humeur triste et un repli sur elle-même avec impossibilité de trouver une place de travail font progressivement leur apparition. Sur le plan somatique, elle a des douleurs aux mains et une insuffisance rénale. Le Dr C _____, immunologue, a diagnostiqué une sclérodermie en janvier 2007, suivie d'une péjoration de son état psychologique avec apparition d'idées suicidaires, un sentiment important d'incapacité et d'avenir bouché, ainsi que des cauchemars horribles. Dans les constatations objectives, le Dr B _____ mentionne que la patiente est ralentie, triste et angoissée. Elle a des conflits interpersonnels importants avec repli important sur elle-même. Il note également une désociabilisation. En dépit d'un traitement médicamenteux important, l'état s'aggrave progressivement, mais reste stable pour ce qui concerne l'état dépressif. La patiente lutte depuis deux ans pour éviter de tomber à la charge de l'assurance-invalidité. Le Dr B _____ estime que cela est maintenant nécessaire, sa patiente étant complètement usée. Son pronostic est réservé au vu des comorbidités importantes, telles que l'état de stress post-traumatique et le trouble dépressif sévère sur trouble de la personnalité.
12. Selon le rapport du 14 mars 2007 du Dr D _____, l'assurée souffre d'un état dépressif chronique grave et d'une sclérodermie débutante. A titre de diagnostic,

sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne un asthme bronchique. La capacité de travail est nulle depuis le 5 janvier 2007 et l'état de santé s'aggrave. La patiente a consulté le Dr D_____ pour un problème de fatigue et de douleurs généralisées touchant plus particulièrement les poignets, les articulations interphalangiennes proximales et moyennes, les chevilles et les orteils, avec une raideur matinale de plusieurs heures. Elle souffre aussi d'une maladie de Raynaud, ainsi que d'une sécheresse buccale et oculaire suggestive d'un Sjögren. Elle a la sensation d'avoir la peau des doigts "trop petite", ce qui est évocateur d'une collagénose. Le bilan biologique montre un taux fortement élevé d'anticorps antinucléaires, avec un test anti-SCL-70 positif qui parle en faveur d'une sclérodermie. Cliniquement, il n'y a toutefois pour l'instant, au niveau cutané, pas d'autres éléments évocateurs qu'une peau tendue et brillante au niveau des doigts. Ainsi, la patiente est fortement diminuée dans ses activités quotidiennes par les problèmes rhumatologiques et psychiques. Elle a été vue par le Dr C_____ qui ne propose pour l'instant pas de traitement. Il y a selon ce médecin très peu de chances pour qu'elle trouve une activité en dehors d'un milieu protégé. A cet égard, il expose qu'il s'agit d'une femme de petite taille, frêle, avec une voix très faible, manifestement très déprimée, anxieuse, sans confiance, mais qui dit souffrir d'une irritabilité pathologique avec des accès de colère et d'agressivité. En plus, elle est handicapée par des douleurs chroniques et son âge constitue une difficulté supplémentaire dans la recherche d'un emploi. Cette situation justifie, de l'avis de ce médecin, une rente plutôt qu'une réadaptation, d'autant plus qu'on ignore comment va évoluer la collagénose, pour l'instant peu active.

13. Le 24 mai 2007, l'assurée est examinée par le médecin conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), le Dr E_____, psychiatre. Selon ce médecin, elle est en incapacité de travail totale depuis le 5 octobre 2006 de façon définitive, en raison d'affections multiples et chroniques, au pronostic sombre. Il juge que son état actuel est incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.
14. Par décision du 30 mai 2007, le Service des mesures cantonales (ci-après : SMC) de l'OCE nie à l'assurée le droit aux prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail dès le 24 mai 2007, au motif qu'elle présente une incapacité de travail définitive.
15. Selon le rapport médical du 19 juin 2007 du Dr A_____, l'état de santé de sa patiente s'aggrave. La compliance est optimale.
16. Le 22 juillet 2007, le Dr D_____ certifie également que l'état s'aggrave. Le pronostic est mauvais. La patiente présente une incapacité de travail depuis plusieurs années en ce qui concerne la symptomatologie psychique, selon ce médecin, et depuis au moins un an sur le plan rhumatologique. Il note une aggravation au niveau des doigts, tant en ce qui concerne les douleurs qu'au niveau des troubles trophiques cutanés. Il constate une progression clinique par

rapport à janvier 2007. A titre d'obstacle à une activité professionnelle, il cite, au niveau psychique, une asthénie et un état dépressif chronique, une anxiété et un manque de confiance, incompatibles avec un rendement normal dans n'importe quelle activité. Sur le plan rhumatologique, l'utilisation des doigts est limitée pour écrire et taper à la machine, ainsi que dans n'importe quelle activité impliquant des gestes fins. De surcroît, la patiente souffre de dorso-lombalgies chroniques contre-indiquant le port de charges et la position assise prolongée. La sclérodermie ne justifie pour l'instant pas de traitement lourd. Le pronostic est sombre, l'état risquant plutôt de s'aggraver et de nécessiter des traitements lourds, sur le plan rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, il y a également peu d'espoir d'amélioration.

17. Le 15 août 2007, le Dr B_____ atteste que l'état est resté stationnaire. Il note un trouble de la concentration, une anxiété, des crises clastiques et une agressivité interpersonnelle importante. Aucune activité n'est exigible, en raison de l'état anxio-dépressif sévère et chronique depuis plus d'un an malgré un traitement thérapeutique et médicamenteux lourd. Une reprise du travail ne peut non plus être envisagée ultérieurement.

18. Le 22 novembre 2007, l'assurée fait l'objet d'une expertise multidisciplinaire par les Drs F_____, psychiatre, et M. L_____, rhumatologue, au Centre d'expertise médicale (CEMed) à Nyon. Dans leur rapport du 12 février 2008, les experts mentionnent que l'assurée se plaint surtout de douleurs articulaires à la nuque, aux coudes, aux épaules, aux poignets, aux mains, aux genoux et au milieu du dos. Il y a environ deux ans, elle ressent tellement de douleurs au membre supérieur droit qu'elle ne parvient plus à écrire, à se brosser les dents et à ouvrir une bouteille. Depuis plus de 30 ans, elle présente également un phénomène de Raynaud. Elle se plaint aussi d'une sécheresse de la bouche et des yeux, ainsi que d'une fatigue constante. Lors de son premier emploi en Suisse, elle s'est montrée agressive verbalement et, à son domicile, il lui arrivait de casser des objets. Elle consulte alors un psychiatre. Elle dit en outre souffrir de perte de mémoire et de concentration depuis six ans. L'agressivité s'est aggravée au cours du temps, raison pour laquelle elle a été mise à l'écart dans un autre bureau dans son travail. La demande de prestations de l'assurance-invalidité a été faite surtout pour des raisons psychiques. Les médicaments la soulagent partiellement et elle met un bandage pour tenir le poignet ou le pouce, ce qui atténue les douleurs. Sur le plan psychique, l'assurée pense souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique et d'une dépression sévère. Elle a consulté un neurologue, lequel a procédé à un examen neuropsychologique qui s'est révélé normal. Depuis trois ans, elle se plaint également d'un ralentissement psychomoteur. Elle s'angoisse facilement dans toute situation nouvelle et est soucieuse, préoccupée, tendue et irritable. Depuis trois à quatre ans, elle souffre de céphalées. Elle apprécie la lecture et s'intéresse au développement durable. Elle se sent très dévalorisée, mais n'a pas d'idées noires ni d'idées suicidaires. Elle n'a aucun ami en Suisse. Dans l'anamnèse, il est rapporté

notamment qu'elle a été interpellée en 1982 avec son mari, puis incarcérée et torturée dès son admission, puis après trois mois et 18 mois. Ensuite, elle a été mise en isolement où elle est restée durant une année. Au total, elle a passé huit ans en prison. Elle a pu sortir en 1989 et, quatre mois après sa sortie de prison, on lui a trouvé un emploi. En 1994, elle a quitté l'Iran pour la Turquie, puis pour la Suisse en 1996. Elle indique, dans un premier temps, aux experts avoir occupé en Iran un premier emploi de chimiste pour une compagnie pétrolière durant 16 ans environ, soit de 1978 à 1994. Se rendant compte de ses contradictions, elle met ensuite cette période à dix ans de travail. Dans les données objectives, les experts notent en particulier que le contact s'est établi facilement et que l'expertisée ne montre pas de signe évident d'inconfort pendant l'entretien qui dure plus d'une heure, se déshabille et se rhabille avec des gestes fluides, apparemment sans peine. Elle ne semble pas ralentie. L'expert psychiatre n'a pas non plus constaté de comportement atypique durant l'entretien, ni trouble de la concentration, ni trouble de la mémoire manifeste. L'assurée ne paraît pas particulièrement triste et ne présente pas de ralentissement psychomoteur. Lorsqu'on évoque son passé, elle ne montre pas de réactivité émotionnelle marquée, ni symptôme neuro-végétatif. Elle ne semble pas non plus être particulièrement anxieuse. Son visage est assez expressif. L'assurée donne l'impression d'avoir des bonnes compétences intellectuelles. Les experts ont en outre pris contact avec le Dr C _____, selon lequel l'élévation des anticorps et le phénomène de Raynaud ne suffisent pas pour poser le diagnostic de sclérodémie. Selon ce dernier médecin, les douleurs sont en rapport avec des troubles dégénératifs, d'une part, et influencés par le contexte psychosocial d'autre part, mais il n'y a pas de rhumatisme inflammatoire. Le pronostic du Dr C _____ est bon. Néanmoins, il a l'impression que l'assurée est beaucoup gênée par ses problèmes de santé et ne pourrait pas tenir un poste de travail régulier. Elle lui a toujours paru sincère dans ses plaintes. Quant au Dr B _____, il indique aux experts que l'assurée demandait surtout une prise en charge de son agressivité. Elle vit dans un isolement social important et a des difficultés interpersonnelles. Suite au diagnostic de sclérodémie et à la perte de son emploi, il note un effondrement narcissique. Selon le Dr B _____, la thymie s'est améliorée depuis l'an dernier. Les diagnostics des experts, avec répercussion sur la capacité de travail, sont les suivants : trouble mixte de la personnalité avec des traits passifs-agressifs, narcissiques, émotionnellement labiles de type impulsif et anankastique depuis l'adolescence. Dans le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ils citent un asthme anamnestique, un phénomène de Raynaud, des troubles statiques modérés du rachis et des séquelles de maladie de Scheuermann, des troubles dégénératifs ostéo-articulaires, radiologiquement modérés (discopathies et atteinte des mains et poignets) et une dysthymie. Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan somatique. Sur le plan psychique, elle est de 50 %, en l'absence de troubles cognitifs ou de ralentissement psychomoteur. Dans la discussion, les experts excluent le diagnostic de sclérodémie même si l'aspect des mains peut y faire penser. Il est néanmoins possible que l'expertisée souffre de

cette maladie, mais celle-ci n'a pas de répercussion clinique à l'heure de l'expertise. Cette affection peut toutefois évoluer vers des formes graves. Les experts notent également des incohérences à l'examen clinique, l'assurée affirmant ne pouvoir fermer le poing, alors qu'elle le fait facilement lors de la prise de sang. Sur le plan psychique, il est relevé que l'assurée a réussi à retrouver un travail trois à quatre mois après sa sortie de prison et qu'elle a également travaillé en Suisse et complété sa formation professionnelle. Ses plaintes subjectives sont beaucoup plus importantes que les constatations objectives. La compliance est bonne. Quant au syndrome de stress post-traumatique évoqué, l'anamnèse ne met pas en évidence une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'assurée induit des doutes chez l'examineur lorsqu'elle affirme qu'elle a travaillé de 1978 à 1994 pour une compagnie pétrolière, avant de se rétracter pour déduire huit ans d'emprisonnement à cette période de travail. En ce qui concerne le trouble de la personnalité, il est assez sévère, les traits passifs-agressifs étant manifestes durant l'entretien et posant des problèmes à l'intéressée dans ses relations interpersonnelles.

19. Le 5 juin 2008, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) informe l'assurée qu'il a l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière du 5 octobre au 30 novembre 2007, puis une demi-rente.
20. Par courrier du 13 juin 2008, le Dr B_____ fait savoir à l'OCAI qu'il lui semble, sur le plan psychiatrique, que la patiente est depuis octobre 2007 en incapacité totale de travailler en raison d'un trouble dépressif sévère et persistant, sans amélioration malgré un traitement conséquent, d'un état de stress post-traumatique avec des symptômes récurrents invasifs, tels que flash-back, des souvenirs intrusifs, des réminiscences de tortures et des troubles du sommeil. A cela s'ajoute le trouble de la personnalité de type émotionnellement labile, borderline, qui ne permet plus à la patiente de gérer de manière adéquate les relations interpersonnelles. L'apparition d'une sclérodémie en 2006-2007 l'a fait plonger encore plus dans un épuisement très profond. Le Dr B_____ confirme ainsi une incapacité de travail totale.
21. Le Dr A_____ certifie le 17 juin 2008 que l'ensemble des atteintes psychiques et somatiques ne lui semble laisser aucun doute à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100 %.
22. Par courrier du 17 juin 2008, l'assurée s'oppose au projet de décision de l'OCAI.
23. Dans un avis médical du 1^{er} juillet 2008, le Dr G_____ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) estime que les nouvelles attestations des médecins traitants n'apportent aucun nouvel élément et ne sont pas convaincantes.
24. Par décision du 17 octobre 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précité.

25. Du 20 au 24 octobre 2008, l'assurée séjourne au Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans leur rapport du 29 octobre 2008, les Drs H_____ et I_____, diagnostiquent une sclérodémie limitée, un phénomène de Raynaud, un syndrome de Sjögren secondaire, un asthme bronchique, des migraines depuis plusieurs années et un état dépressif chronique grave. Le but de cette hospitalisation était un bilan complémentaire d'une sclérodémie.
26. Dans son rapport du 10 novembre 2008, le Pr J_____ du Service de rhumatologie des HUG confirme les diagnostics de sclérodémie limitée, de syndrome Sjögren secondaire et d'état dépressif. Ce médecin mentionne en particulier que les examens ont confirmé le syndrome de Sjögren secondaire.
27. Par acte du 13 novembre 2008, l'assurée recourt contre la décision du 17 octobre 2008 de l'OCAI, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} octobre 2007, sous suite de dépens. A titre préalable, elle conclut aux auditions des Drs B_____ et D_____. Elle conteste la valeur probante de l'expertise du CEMed, en faisant valoir en particulier que celle-ci n'est pas fondée sur une étude fouillée, dès lors qu'elle n'a été entendue par les experts que durant une heure environ. Elle conteste également que le Dr B_____ ait fait part aux experts par téléphone que sa thymie s'était améliorée depuis 2007. Elle souligne que c'est précisément l'inverse qui s'est produit, ce que son psychiatre a répété à maintes reprises. Elle estime également que le rapport paraît léger. Elle relève en outre que les conclusions de l'expertise représentent un avis isolé et en contradiction flagrante avec les constatations réitérées de trois spécialistes l'ayant suivi sur le long terme. Ses médecins traitants s'accordent également à dire que son état de santé n'est pas susceptible d'amélioration et qu'il s'est dramatiquement détérioré depuis 2007. Ils considèrent qu'elle présente une incapacité de travail totale.
28. Dans son rapport du 3 décembre 2008, le Dr J_____ mentionne que la patiente se plaint toujours d'arthralgies des doigts et d'un phénomène de Raynaud. A l'examen clinique, il n'y a pas de trouble trophique au niveau cutané. Il reste une sclérodactylie mais pas de progression au niveau de la main ou des avant-bras. Le Pr J_____ explique à la patiente les effets secondaires du traitement immunosuppresseur et ses potentiels avantages. Il introduit par ailleurs le médicament Imurek 50 mg par jour et se propose d'augmenter le dosage, si la tolérance est bonne.
29. Dans son avis médical du 5 janvier 2009, le Dr G_____ fait état de lettres de sortie du Service de rhumatologie des HUG et de suivi ambulatoire de rhumatologie des 29 octobre, 10 novembre et 3 décembre 2008, lesquelles indiquent une possible évolution sur le plan somatique. Selon ce médecin, ces documents sont trop succincts pour permettre l'évaluation de la fonctionnalité somatique de l'assurée.

Constatant ainsi qu'il n'y a pas de nouveaux documents médicaux mettant en cause ses précédentes conclusions, il confirme celles-ci.

30. Dans sa réponse du 29 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours et transmet au Tribunal de céans l'avis médical précité. Il persiste à dire que l'expertise du CEMed présente une pleine valeur probante, en l'absence d'éléments objectifs qui ont été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci. L'intimé considère ainsi que la situation médicale de la recourante a été parfaitement élucidée.
31. Le 20 mars 2009, le Dr J_____ répond à une demande de renseignements complémentaires du Tribunal de céans. Selon ce médecin, la patiente présente une forme cutanée limitée de sclérodémie, un syndrome de Sjögren secondaire qui peut être associé à la sclérodémie, une fibromyalgie, un état dépressif et une atteinte glomérulaire rénale, pour l'instant pas sévère et sans répercussion sur la capacité de travail. La composante douloureuse de la fibromyalgie peut affecter la capacité de travail. Selon le Dr J_____, d'un point de vue somatique, la capacité de travail est réduite dans la profession de chimiste. Dans un travail de bureau, la capacité de travail pourrait être diminuée, mais plus faiblement, en raison des douleurs diffuses avec atteintes des doigts. La capacité de travail est de 50 % dans la profession de chimiste, sur le plan somatique, et si la recourante doit faire des manipulations elle-même. Dans un travail de bureau, la capacité de travail est de 80 % depuis environ 2006. La sclérodémie est par ailleurs avérée du point de vue clinique. Une surveillance régulière sera nécessaire, afin d'écartier une évolution défavorable avec une diminution supplémentaire de la capacité de travail. Si des organes devaient être atteints, le pronostic de la sclérodémie serait sombre, cette maladie étant réfractaire à la plupart des traitements disponibles à ce jour. Enfin, la coexistence avec d'autres affections rhumatismales a certainement un effet défavorable global d'un point de vue fonctionnel.
32. Dans sa détermination du 24 avril 2009, la recourante persiste dans ses conclusions, en soulignant que le Dr J_____ a considéré que sa capacité de travail était également réduite sur le plan somatique, contrairement aux conclusions des médecins du CEMed. Ce médecin a par ailleurs mis en évidence la gravité de l'atteinte et son évolution défavorable.
33. Dans son avis médical du 8 avril 2009, le Dr G_____ fait observer que la confirmation du diagnostic de sclérodémie ne modifie pas l'évaluation de la fonctionnalité de l'assurée ni ne permet de modifier l'appréciation de la capacité de travail à 50 %, telle que retenu par les experts.
34. Se fondant sur cet avis médical, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écritures du 22 avril 2009.

35. Par écritures du 24 avril 2009, la recourante persiste également dans ses conclusions. Elle relève que, selon le Dr J_____, sa capacité de travail est réduite sur le plan somatique de 20 à 50%, contrairement à ce qui a été retenu dans l'expertise du CEMed. Ce médecin a notamment confirmé qu'elle souffre d'une sclérodémie avec atteinte rénale, d'un syndrome de Sjögren secondaire, ainsi que d'une fibromyalgie associée à un état dépressif.
36. Le 6 mai 2009, la recourante est entendue en comparution personnelle. Elle déclare alors ce qui suit :

"J'ai travaillé pour X_____ en Iran pendant 16 ans, de 1978 à 1996, sauf erreur de ma part. Je relève à cet égard que j'ai du mal avec les dates, du fait qu'il y a un autre calendrier en Iran.

Après ma libération, j'ai travaillé pour Z_____ jusqu'en 1994.

En partie, j'ai travaillé pour ces 2 sociétés. Dans la seconde, j'ai collaboré à un projet. Il ne s'agissait pas d'un emploi à plein temps.

J'ai été arrêtée en Iran en 1982 et je suis restée en prison pendant 8 ans.

L'année de naissance mentionnée dans la traduction en anglais d'une attestation du Ministère des Sciences et de l'Education (document 4, page 8 intimé) est exacte. Mon père avait initialement indiqué que j'étais née en 1953. Donc, je suppose qu'il n'a pas annoncé ma naissance en 1950. En 1953, il l'a fait pour échapper au service militaire en raison de la naissance d'un enfant. Lorsque j'étais à l'Université, sauf erreur de ma part, il a fait une requête en changement de la date de naissance. Cependant, lorsque je suis arrivée en Suisse, j'ai préféré garder l'année de naissance de 1953, dès lors que mes documents mentionnaient cette date.

Si XC_____ a mentionné que j'ai encore réalisé un salaire en novembre et en décembre 2006, il est bien exact que j'ai travaillé jusqu'à fin 2006. Il s'agissait d'un travail à raison d'environ 2 heures par jour.

Je voyage peu. Il y a 2 mois, je suis allée pendant 2 jours à Stockholm chez une amie. Mes amis en Europe sont tous des anciens prisonniers politiques et nous nous voyons entre nous.

Je me sens très mal et je ressens une fatigue énorme, beaucoup d'angoisse, une agressivité envers les gens et contre moi-même. Je prends 4 médicaments pour les atteintes psychiques, 3 médicaments pour la sclérodémie et 3 autres pour l'asthme, l'écoulement du nez et la sécheresse de la bouche.

J'ai des problèmes de me souvenir des dates à cause de difficultés de concentration".

Son mandataire donne les précisions suivantes :

"Je relève qu'il y a effectivement une certaine confusion concernant certaines dates dans la vie de ma mandante. Il serait cependant faux de la prendre pour des contradictions. Cette confusion est due à ses problèmes psychiques."

37. Par courrier du 12 mai 2009, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, et de la confier aux Drs N_____, psychiatre, et O_____, rhumatologue. Il communique également aux parties la liste des questions aux experts.
38. Dans son avis médical du 20 mai 2009, le Dr G_____ du SMR relève "que la sclérodémie est une connectivité évolutive, dont la "mise en place" peut mettre plusieurs années et ce n'est pas le diagnostic de cette maladie qui fait automatiquement l'incapacité et les limitations fonctionnelles; parfois, il n'y a pas de limitation fonctionnelle malgré la présence de la maladie, sur plusieurs années". Selon le Dr G_____, il ne peut en outre être affirmé que la recourante était affectée d'une sclérodémie au moment de l'expertise du CEMed en novembre 2007, de sorte qu'il y a lieu de considérer que cette affection s'est déclarée postérieurement à la décision d'octobre 2008. Le Dr G_____ estime par ailleurs que l'expertise du CEMed est complète. Enfin, il n'est pas démontré que la sclérodémie de l'assurée évolue de telle manière que sa capacité est dramatiquement réduite, malgré un traitement mené selon les règles de l'art. Concernant l'expertise judiciaire projetée, il ne fait pas de commentaire, sauf que les experts devraient identifier clairement les affections à retenir sans doute possible avant la décision d'octobre 2008, affections qui seules doivent être prises en considération pour la détermination de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles.
39. Par ordonnance du 12 juin 2009, le Tribunal de céans met en œuvre une d'expertise bi-disciplinaire et la confie aux Drs N_____, psychiatre, et O_____, rhumatologue.
40. Dans son rapport d'expertise du 21 juillet 2009, la Dresse O_____ pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de sclérodémie avec sclérodactylie sans atteinte rénale ni du cœur et des poumons confirmée, de tendinite des extenseurs des doigts, d'arthrite des poignets, d'asthénie et de déconditionnement musculaire global. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, elle mentionne une tendinite du moyen fessier de la hanche gauche, une fibromyalgie anamnétique, des troubles statiques du rachis dorso-

lominaire et une discopathie de D12 à L1 avec séquelles de la maladie de Scheuermann, un asthme anamnestique, des talalgies bilatérales sur affaissement bilatéral de la voûte plantaire, une arthrose scapho-trapèzoïdienne bilatérale et des migraines. En raison des limitations articulaires liées à la sclérodactylie, la capacité de travail en tant que chimiste et dans une activité de bureau, de type secrétariat, est réduite à 60 %. A cet égard, l'experte relève que le syndrome de Sjögren, s'il existe, ne limite pas la capacité de travail, les inflammations pouvant répondre à un traitement anti-inflammatoire. Il n'y a pas d'atteinte articulaire des doigts à l'ultrason. Par ailleurs, il y a eu une aggravation de la sclérodactylie entre l'examen en novembre 2007 par les experts du CEMed et juillet 2009. La capacité de travail de la recourante s'est progressivement réduite de 100 % à 60 % pendant cette période. Toutefois, les limitations sont liées de façon prépondérante à son état psychique. Sous "Réponse des experts Drs N_____ et O_____ en consilium", elle indique que les limitations fonctionnelles physiques pèsent pour une moindre part sur la capacité de travail dans le tableau clinique général et qu'il revient à l'expert psychiatre de fixer le taux d'incapacité de travail.

41. Ce rapport est complété par un bilan d'ergothérapie des activités ménagères établi par Mme P_____. Dans son rapport du 26 août 2009, celle-ci constate, dans sa conclusion, que les douleurs exprimées par la recourante sont considérables, mais que ses manifestations ne sont pas démonstratives. Celle-ci a par ailleurs adopté de nouvelles stratégies afin de mener les différentes séquences d'actes de façon ergonomique, afin de limiter au maximum les douleurs. Elle a également supprimé beaucoup d'activités.
42. Dans son expertise du 30 septembre 2009, le Dr N_____ pose les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques, d'anxiété généralisée, de modification durable de la personnalité avec une expérience de catastrophe et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les troubles psychiques entraînent des limitations durables de la capacité de travail, en raison de la fatigabilité mentale et physique qu'ils induisent. La tension intérieure, l'irritabilité et l'agressivité dues à l'anxiété et à la modification de la personnalité restreignent de manière significative la capacité de la recourante de faire face aux stress sociaux. Ces limitations sont importantes, mais n'abolissent pas complètement sa capacité de travail, comme en témoigne le fait que la recourante a pu écrire récemment un texte de 200 à 250 pages relatant son expérience carcérale. Selon le Dr N_____, elle conserve une capacité de travail de 40 %, compte tenu des seuls troubles psychiques. Par ailleurs, il est probable que la capacité de travail était déjà réduite à 40 % en novembre 2007. Le traitement médical est optimal, mais n'a pas permis une amélioration significative et durable de l'état clinique. Le pronostic est ainsi sombre. En consilium avec la Dresse O_____, le Dr N_____ évalue la capacité de travail de l'expertisée sur les plans somatique et psychiatrique à 30 %. Sur la base de l'anamnèse personnelle, des données du dossier et de l'avis actuel du

médecin traitant, la capacité de travail était déjà réduite à ce taux en novembre 2007 et ne s'est pas modifiée depuis lors.

43. Le 19 octobre 2009, le Dr G_____ du SMR se détermine sur les expertises judiciaires. Il estime qu'il est impossible d'atteindre le niveau de l'épisode dépressif actuel d'intensité moyenne à sévère, comme qualifié par l'expert psychiatre, en tenant compte des ouvrages de référence tels que la CIM-10 et le DSM-IV. Le Dr G_____ estime qu'il y a tout au plus un épisode dépressif léger à moyen. Par ailleurs, il n'y a plus d'état de stress post-traumatique. Celui-ci a cédé progressivement la place à un état d'anxiété généralisée et à une modification durable de la personnalité. Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant, il ne répond pas aux critères de sévérité exigée par la jurisprudence. Selon le Dr G_____, d'autres traitements peuvent notamment encore être essayés. Par ailleurs, les éléments symptomatiques et cliniques apportés par le nouvel examen de l'expert psychiatre ne permettent pas de s'écarter de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de 50 % retenue par l'expertise CEMed. Sur le plan somatique, l'asthénie et le déconditionnement musculaire global ne sont pas des maladies avec répercussion durable sur la capacité de travail. Le Dr G_____ admet toutefois qu'il y a une atteinte réduisant l'agilité des mains, la rapidité/précision d'exécution des mouvements, la force avec transfert de plusieurs exécutions de la main droite dominante à la main gauche. Quant à la tendinite des extenseurs des doigts et une arthrite modérée des deux poignets mise en évidence par un examen par ultrasons, ces atteintes apparaissent postérieures à la décision litigieuse. Le Dr G_____ conclut que les deux expertises judiciaires n'apportent pas d'éléments nouveaux permettant de modifier les conclusions du SMR.
44. Par écritures du 27 octobre 2009, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle relève notamment que le seul diagnostic retenu par l'expert psychiatre du CEMed, à savoir le trouble de la personnalité avec traits passifs-agressifs, narcissiques, émotionnellement labile de type impulsif et anankastique est invalidé par l'expertise du Dr N_____. Ce dernier estime en outre que les difficultés de la recourante de remémorer avec exactitude certaines dates peuvent être expliquées au regard du phénomène de dissociation dû à l'expérience traumatique et également par les différences de calendrier entre l'Iran et l'Occident. L'expert a également retenu que le récit sur son emprisonnement et la torture est probablement véridique. Il n'a pas non plus constaté une amélioration significative et durable de l'état clinique depuis octobre 2006, en dépit d'une compliance bonne. Au contraire, il juge probable une aggravation de l'état anxieux depuis novembre 2007. La recourante se montre par contre plus critique avec l'expertise de la Dresse O_____, en ce qu'elle retient une capacité de travail de 60 %, notamment en tenant compte de ce que la recourante a écrit un ouvrage de plus de 200 pages. Le bilan ergothérapeutique a au contraire démontré une réduction de la gestuelle fine des doigts sur tous les tests effectués. La recourante considère également que le simple fait de ne pas retrouver certains médicaments sur les listings de pharmacie ne permet pas de conclure

qu'elle ne disposerait pas de ses médicaments chez elle et qu'elle ne prendrait pas de traitement anti-inflammatoire ou antalgique, comme l'a retenu la Dresse O_____.

45. Sur la base de l'avis médical du 19 octobre 2009 du Dr G_____ du SMR, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écritures du 28 octobre 2009.
46. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis novembre 2007, au point de lui permettre de recouvrer une capacité résiduelle de travail de 50 %.
4. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant

à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
6. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.

b) Aux termes de l'art. 29 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et applicable en l'espèce, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA; let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA; let. b).
7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait

allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 LPG), 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise bi-disciplinaire par le CEMed en novembre 2007. Selon le Dr L _____, rhumatologue, sa capacité de travail était totale sur le plan somatique à l'époque. Quant à l'expert psychiatre du CEMed, il a évalué la capacité de travail à 50 %, sur la base du diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec des traits passifs-agressifs, narcissiques, émotionnellement labile de type impulsifs et anankastique depuis l'adolescence. Il est par ailleurs mentionné dans cette expertise que le Dr B _____, psychiatre traitant, aurait indiqué que la thymie s'était améliorée depuis l'an dernier. Toutefois, la recourante a contesté cette allégation, dans son recours, en alléguant que le Dr B _____ avait au contraire attesté une aggravation de l'état.

Quant à ce psychiatre, il convient de relever que, dans son rapport du 10 février 2007, il a attesté un épisode dépressif sévère depuis octobre 2006 et une incapacité de travail totale depuis cette date. L'état s'aggravait progressivement, tout en restant stable pour ce qui concernait l'état dépressif. Le 15 août 2007, le Dr B _____ a déclaré que l'état était resté stationnaire tout en relevant un trouble de la concentration, une anxiété, des crises clastiques et une agressivité interpersonnelle importante. Le 13 juin 2008, ce même médecin a indiqué que la capacité de travail était nulle depuis octobre 2007 en raison d'un trouble dépressif sévère et persistant.

Par la suite, la recourante a fait l'objet d'une expertise bi-disciplinaire judiciaire par les Drs O _____ et N _____. Selon l'experte rhumatologue, la capacité de travail est de 60 % en tant que chimiste ou dans une activité de bureau. Toutefois, la capacité de travail s'était dégradée progressivement depuis novembre 2007 et était à ce moment encore de 100 %. Par ailleurs, la Dresse O _____ a

admis que les atteintes somatiques pesaient pour une moindre part sur la capacité de travail dans le tableau clinique général, de sorte qu'elle a laissé à l'expert psychiatre de fixer le taux d'incapacité de travail global.

L'expert psychiatre judiciaire a estimé qu'"Il existe de toute évidence une sémiologie dépressive relativement sévère". A cet égard, il énumère les éléments subjectifs de tristesse, anhédonie et asthénie, et objectifs, à savoir la tristesse perceptible, le ralentissement vocal et moteur, la triade cognitive de Beck. A cela s'ajoutent une idéation suicidaire, des troubles cognitifs du sommeil, de l'appétit et de la libido. Quant à l'évolution du trouble dépressif, le Dr N_____ s'est fondé sur les avis des médecins traitants, soit des Drs B_____ et A_____, selon lesquels la dépression était restée sévère depuis octobre 2006, sans amélioration significative. En ce qui concerne l'avis divergent de l'expert psychiatre du CEMed, le Dr F_____, l'expert judiciaire a indiqué qu'il était possible que l'humeur ait présenté des fluctuations. Il ne lui semblait cependant pas qu'il y ait eu des rémissions significatives et durables depuis octobre 2006, en dépit d'un traitement pharmacologique et psychothérapeutique. A cet égard, il a relevé que les taux plasmatiques de l'antidépresseur dosés lors de l'expertise CEMed étaient dans des valeurs attendues, témoignant ainsi d'une bonne compliance. Le Dr N_____ a également retenu une symptomatologie anxieuse, probablement consécutive à un état de stress post-traumatique, et posé le diagnostic d'anxiété généralisée qui est une complication fréquente de l'état de stress post-traumatique. Il lui a par ailleurs semblé que la composante anxieuse se fût aggravée depuis l'examen CEMed en raison des événements politiques récents en Iran. Le Dr N_____ a aussi constaté un repli social motivé par un désinvestissement du monde environnant et un état de tension intérieure, ainsi qu'une agressivité. Ce comportement correspondait à une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, ce qui était une complication de stress majeurs et durables avec menaces vitales prolongées ou répétées, par exemple en cas de torture ou de prise d'otage. Se fondant sur les réactions émotionnelles visibles de l'expertisée lors de son récit des événements traumatiques vécus, l'expert psychiatre judiciaire a estimé que son état et son mode de vie des dernières années correspondaient bien au tableau clinique de la modification durable de la personnalité. Ses contradictions dans les dates pouvaient en outre s'expliquer par les problèmes de calendrier différents en Orient et en Occident, ainsi que par un phénomène de dissociation (distanciation, détachement, fréquent après des expériences traumatiques). Enfin, dans la mesure où les plaintes douloureuses diffuses et chroniques n'étaient pas entièrement explicables, l'expert psychiatre judiciaire a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de la recourante était de 40%. Procédant à une évaluation globale de la capacité de travail, en tenant compte des limitations somatiques et psychiques, l'expert psychiatre judiciaire a constaté, que les troubles physiques et psychiques avaient certains effets communs, telle qu'une fatigabilité

mentale et physique accrue. Il y avait dès lors un certain cumul des effets de ces troubles sur la capacité de travail. Compte tenu de toutes les atteintes, le Dr N_____ a évalué la capacité de travail à 30 %.

En premier lieu, il convient de retenir que les expertises judiciaires des Drs O_____ et N_____ reposent sur des examens très approfondis et qu'elles ont été établies en pleine connaissance du dossier. A priori, elles remplissent donc les critères jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante.

Néanmoins, le Dr G_____ du SMR met en doute le diagnostic d'épisode dépressif actuel d'intensité moyenne à sévère, estimant que les critères des classifications internationales des troubles mentaux ne sont pas remplis. Toutefois, le Dr G_____ n'est pas psychiatre et n'a pas examiné la recourante. Par ailleurs, le Dr N_____ a procédé à un examen de la recourante à deux reprises, contrairement au Dr F_____ qui ne l'a vue qu'une fois et tout au plus pendant une heure. L'expert psychiatre judiciaire a en outre expliqué dans les détails pourquoi il a retenu ce diagnostic et ses constatations concordent avec celles des médecins traitants. Il a également motivé pourquoi il y avait lieu de s'écarter du diagnostic posé sur le plan psychiatrique par le CEMed. Son diagnostic d'épisode dépressif actuel d'intensité moyenne à sévère paraît ainsi convaincant, de sorte que le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'en écarter. De surcroît, il ne s'agit pas du seul diagnostic posé sur le plan psychiatrique. En effet s'y ajoutent encore les diagnostics d'une anxiété généralisée et d'une modification durable de la personnalité, diagnostics que semble également admettre le Dr G_____ dans son avis du 19 octobre 2009. Enfin, la recourante souffre aussi d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Il convient dès lors de retenir avec l'expert psychiatre judiciaire que, sur le plan psychique, la recourante ne présente qu'une capacité de travail de 40 %. Par ailleurs, dans la mesure où l'experte rhumatologue a retenu une capacité de travail de 60 % sur le plan somatique, l'évaluation globale de la capacité de travail à 30 % paraît également convaincante. En effet, il peut être admis que, selon toute vraisemblance, le cumul des limitations physiques et psychiques augmente le taux d'incapacité de travail global.

Toutefois, selon la Dresse O_____, la capacité de travail était encore de 100 % en novembre 2007, au moment de l'expertise CEMed. Ce n'est que par la suite que la capacité de travail s'est réduite progressivement à 60 %. Cela étant, il y a lieu de déterminer à partir de quel moment une incapacité de travail de 70 %, telle que retenue par le Dr N_____, doit être admise.

Une sclérodémie est formellement diagnostiquée en octobre 2008, lors du séjour de la recourante au service de rhumatologie des HUG. Par la suite, le Dr

J _____ atteste le 20 mars 2009 une diminution de la capacité de travail sur le plan somatique, soit une capacité de travail de 50 % dans la profession de chimiste et de 80 % dans un travail de bureau, et ceci depuis environ 2006. Selon ce médecin, l'évolution de la capacité de travail est restée relativement stable.

Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans estime qu'il y a lieu de retenir une diminution de la capacité de travail sur le plan somatique à partir d'octobre 2008, lorsque le diagnostic de sclérodémie a été confirmé, et d'admettre une augmentation du taux global de l'incapacité de travail à 70 % dès cette date.

9. a) Pour un taux d'incapacité de travail de 70 %, il y a lieu d'admettre une perte de gain au moins du même montant. Un tel taux ouvre le droit à une rente d'invalidité entière.

Par ailleurs, dans la mesure où l'aggravation s'est produite selon toute vraisemblance en octobre 2008, il sied de constater que le droit à une rente entière est né trois mois après la survenance de cette aggravation, à savoir dès janvier 2009.

Jusqu'à cette date, seule une incapacité de travail de 60 % peut être admise. Dès lors que la recourante peut en principe exercer encore le métier dans lequel elle a travaillé précédemment, ce taux d'incapacité correspond également au taux d'invalidité. En tout état de cause, même en admettant une diminution de 15 % du salaire d'invalidé pour tenir compte de ses handicaps, le taux d'invalidité n'excéderait pas 66%. Un tel taux n'ouvre le droit qu'à un trois-quarts de rente.

b) Le droit à une rente entière n'étant né qu'en janvier 2009, il conviendrait en principe de constater que cette période ne fait plus l'objet du présent litige, dès lors que la décision dont est recours est datée du 17 octobre 2008.

Cependant, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, soit le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

En l'espèce, la question de la capacité de travail après le 17 octobre 2008 concerne le même contexte de fait. L'intimé a par ailleurs eu la possibilité de s'exprimer à ce sujet, en se déterminant sur les expertises. Partant, il y a lieu d'étendre l'objet du litige encore au droit aux prestations après que la décision litigieuse ait été rendue.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée. La recourante sera mise au bénéfice d'un trois-quarts de rente à partir

d'octobre 2007 jusqu'en décembre 2008, ainsi que d'une rente entière à compter de janvier 2009.

11. La recourante obtenant gain de cause en majeure partie, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens.
12. L'intimé qui succombe sera condamné au paiement d'un émolument de justice de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 17 octobre 2008.
4. Octroie à la recourante un trois-quarts de rente d'octobre 2007 à décembre 2008, puis une rente entière à compter de janvier 2009.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument de justice de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé.
7. 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); 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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