

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1523/2016

ATAS/203/2017

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

**Arrêt du 14 mars 2017**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à BELLEVUE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître STICHER Thierry

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née B\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 1951 à Madrid (E), devenue suisse par mariage le 1<sup>er</sup> mai 1970, s'est mariée en secondes noces le 6 novembre 1987 avec A\_\_\_\_\_. Elle est mère de trois enfants majeurs nés en 1971, 1982 et 1989. Elle est établie en Suisse depuis 1976, dans le canton de Genève. Elle a été employée en qualité de restauratrice dans l'établissement de son époux, la Brasserie C\_\_\_\_\_.
2. Depuis l'automne 2009 l'assurée a été à répétition reprise en incapacité de travailler pour cause de dépression. Après avoir décliné l'invitation de son médecin traitant depuis 1990 – la docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne – de consulter un psychiatre, elle a fini par accepter d'être hospitalisée à la clinique de la Métairie, du 22 février au 2 (ou 12) avril 2010.
3. SWICA Assurance-maladie SA (ci-après : SWICA) lui a versé des indemnités journalières perte de gain. Le 10 mai 2010, dans le but de sauvegarder ses droits, SWICA a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) pour le compte de l'assurée, signée par cette dernière.
4. D'après un rapport médical de la Dre D\_\_\_\_\_ reçu par l'OAI le 21 juin 2010, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent depuis environ dix-sept années ; un pronostic était impossible à déterminer ; d'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible ; l'assurée allait reprendre son activité de restauratrice à 50% dès le 21 juin 2010 ; elle serait suivie désormais par le docteur E\_\_\_\_\_, psychiatre à Coppet (VD).
5. Selon un rapport médical du 5 juillet 2010 de la docteur F\_\_\_\_\_, médecin assistant à la clinique de la Métairie, l'assurée avait depuis novembre 2009 un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) ». À sa sortie de la clinique, elle était éveillée, orientée, collaborante et calme, sans particularité sur le plan psychomoteur ; sa « thymie [était] plutôt sur un versant dysphorique en lien avec les opinions divergentes par rapport à son traitement entre la patiente et l'équipe thérapeutique » ; les affects étaient modulables ; il n'y avait « aucun signe franc de la lignée psychotique, ni d'éléments auto ou hétéro agressifs ». L'assurée avait quitté la clinique fâchée contre ses thérapeutes et avait rejeté la proposition d'y continuer un séjour en hôpital de jour, refusant d'entrer en matière sur l'hypothèse émise par l'équipe thérapeutique qu'elle avait un comportement d'évitement lorsqu'elle disait ne pas se sentir prête à une réimmersion sur le plan domestique et professionnel ; un terme avait été mis contre son gré à son séjour à la clinique de La Métairie.
6. Lors d'un téléphone du 13 août 2010, l'assurée a confirmé à l'OAI qu'elle avait repris le travail à 50% vers la fin juin 2010 durant une à deux semaines puis à 100%, et déclaré qu'elle se sentait bien et ne désirait pas bénéficier de prestations de l'AI.

7. D'après un rapport médical du 3 septembre 2010 du Dr E\_\_\_\_\_, l'assurée souffrait depuis de nombreuses années d'un « trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission avec des symptômes résiduels F33 » et d'un « trouble anxieux NS ». L'« épisode actuel [était] guéri mais avec des symptômes anxio-dépressifs résiduels qui n'inter[féraient] pas pour le moment avec son travail » ; vu « l'histoire de son trouble, des rechutes [étaient] probables. » D'un point de vue médical, l'activité exercée par l'assurée était exigible à 100%, sans réduction de rendement.
8. Lors d'un entretien téléphonique du 3 novembre 2010, l'assurée a dit à l'OAI avoir repris son activité habituelle à 100% en juillet 2010, se sentir parfois un peu fatiguée après le travail, mais ne pas souhaiter être mise au bénéfice de prestations de l'AI et n'avoir d'ailleurs pas souhaité déposer une demande.
9. Depuis le 7 décembre 2010, l'assurée a été suivie, pour son état dépressif récurrent, parallèlement par le Dr E\_\_\_\_\_ et la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin généraliste.
10. Par une décision du 15 décembre 2010, reprenant les termes et conclusions d'un projet de décision du 5 novembre 2010 n'ayant suscité aucune objection de la part de l'assurée, l'OAI a rejeté la demande de prestations de cette dernière. L'assurée n'a pas recouru contre cette décision.
11. En date du 11 janvier 2011, lors d'un séjour en Espagne, l'assurée a eu un infarctus, pour lequel elle a été hospitalisée jusqu'au 19 janvier 2011 dans le complexe hospitalier universitaire Juan Canalejo de La Corogne, avant de regagner son domicile dans le canton de Genève, où elle a été suivie par le docteur H\_\_\_\_\_, cardiologue auprès du Centre médical de Meyrin. Ce dernier a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée du 11 janvier au 30 juin 2011 et d'une capacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011 avec reprise probable d'une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> août 2011.
12. Par courrier du 17 août 2011, SWICA a transmis à l'OAI une demande de prestations AI pour le compte de l'assurée, signée par cette dernière, datée du 11 juillet 2011, motivée sommairement par les mots « Infarctus et Dépression », « Dépression depuis 1994 / Infarctus depuis 11.01.2011 ». SWICA indiquait avoir versé à l'assurée des indemnités journalières perte de gain, sur la base d'attestations médicales d'incapacité de travail respectivement de 100% du 11 janvier au 30 avril 2011, de 50% du 1<sup>er</sup> mai au 16 mai 2011, de 100% du 17 mai au 31 mai 2011 et de 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, étant ajouté que l'assurée avait été hospitalisée à la clinique de la Métairie du 4 au 31 mars 2011. SWICA annonçait son intention de faire valoir auprès de la caisse de compensation son droit au remboursement des dites indemnités journalières sur les prestations que l'AI octroierait le cas échéant rétroactivement à l'assurée.
13. À teneur d'un rapport médical du Dr H\_\_\_\_\_ reçu le 30 septembre 2011 par l'OAI, l'assurée souffrait d'un état anxio-dépressif comme maladie avec effet sur la capacité de gain (maladie à voir avec le médecin traitant généraliste G\_\_\_\_\_ ) et

d'un infarctus inférieur en janvier 2011 comme maladie sans effet sur la capacité de gain.

14. Dans un rapport médical du 9 janvier 2012, la Dre G\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'infarctus inférieur et inféro-septal survenu le 11 janvier 2011 et d'état dépressif récidivant depuis 1994, au titre de maladies avec effet sur la capacité de travail, ainsi que ceux d'hystérectomie pour fibrome et d'hypercholestérolémie comme maladies sans effet sur la capacité de travail. L'assurée présentait un épuisement physique et psychique, un stress accru, des douleurs thoraciques atypiques (soulagées par un traitement depuis le 20 décembre 2011), et des dorsalgies. Elle avait diminué progressivement puis arrêté son activité professionnelle ; sa capacité de travail avait été de 50% du 16 mai au 31 décembre 2012, puis de 30% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. D'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible au maximum à 30%, avec un rendement réduit en raison d'une baisse du rythme. L'assurée présentait certaines restrictions de mouvements ou positions, affectant, au-delà d'un minimum de temps, sa capacité d'exercer des activités (comme travailler uniquement assise ou uniquement debout, principalement en marchant, accroupie, à genoux, soulever des objets, monter sur une échelle), et elle avait une capacité limitée de concentration, d'adaptation et de résistance.
15. À la mi-janvier 2012, SWICA a saisi le Centre d'Expertise Médicale de Nyon (ci-après : CEMed) d'une demande d'expertise de l'assurée, pour l'exécution de laquelle le docteur I\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, a rencontré cette dernière le 9 février 2012, et le docteur J\_\_\_\_\_, cardiologue, le 16 février 2012. Ces deux médecins ont rendu leur rapport d'expertise pluridisciplinaire le 2 mars 2012.

Après une anamnèse (« Données subjectives ») très détaillée, ce rapport comporte des « Données objectives » sur son status cardiologique (globalement bon) et son status psychique (pendant un examen de 100 minutes, pas de foetor éthylique ni de tremblements, pas de signe important de fatigue ou de manque d'énergie, pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur du diagnostic d'une dépression majeure, quelques traits anxieux discrets ne permettant pas de retenir un trouble spécifique de ce registre, pas de symptômes de la lignée psychotique, pas de signe suffisant pour retenir le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, traits de personnalité dépendante mais pas de trouble de la personnalité). Au chapitre de la synthèse et de la discussion, ce rapport retient, sur le plan cardiologique, qu'il « n'y a pas de contre-indication ni limitation à une activité professionnelle chez cette patiente asymptomatique », et, sur le plan psychique, que « les éléments objectivables de l'anamnèse ainsi que l'examen psychiatrique actuel ne permettent pas de retenir de psychopathologie suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail après quelques mois d'adaptation suivant son infarctus en janvier 2011 », mais qu'au « vu des symptômes résiduels de son trouble dépressif, malgré un dosage médicamenteux correspondant à une prise régulière et une dose suffisante, [l'assurée] pourrait éventuellement bénéficier d'une adaptation de son traitement psychotrope », comme « l'introduction d'un antidépresseur d'une classe

différente (...), initialement en association avec son traitement actuel, afin d'atteindre une rémission complète des symptômes dépressifs et de réduire le risque d'une rechute. » À la question de savoir quelle était sa capacité de travail dans son emploi de restauratrice avec d'éventuelles limitations fonctionnelles, les experts ont répondu : « La capacité de travail est complète, sans limitation ni diminution de rendement. »

16. Après avoir pris connaissance de ce rapport d'expertise, SWICA a mis fin à sa participation financière le 18 mars 2012.

De son côté, l'OAI a envoyé à l'assurée, le 19 mars 2012, un projet de décision rejetant sa demande de prestations AI, motivé par le fait que sa capacité de travail était entière dès le jour de l'expertise du CEMed, 2 mars 2012, et que son incapacité de travail, de 50% depuis le 16 mai 2011 puis de 70% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, avait duré moins d'une année.

17. Par courrier du 18 avril 2012, désormais représentée par un avocat, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. L'OAI n'avait pas pris la peine de solliciter l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, alors que l'atteinte à sa santé était en grande partie psychique, ni celui de la clinique de La Lignière, où elle avait été hospitalisée du 4 au 28 avril 2011. Le rapport d'expertise du CEMed comportait des erreurs et contradictions (notamment la négation de tout état dépressif mais néanmoins une proposition d'adaptation du traitement par antidépresseur). L'assurée se trouvait à nouveau hospitalisée à la clinique de La Lignière. Le dossier devait être complété avant qu'une décision ne soit prise. À ce courrier étaient joints une détermination de la Dre G\_\_\_\_\_ du 22 mars 2012, un certificat d'incapacité de travail établi le 31 mars 2011 par le docteur K\_\_\_\_\_, médecin adjoint de réadaptation cardiovasculaire de la clinique de la Linière, du 4 mars au 28 avril 2011, et une lettre de sortie de la clinique La Métairie du 22 avril 2010 pour un séjour dans cette clinique du 22 février au 12 avril 2010.

D'après le courrier du 22 mars 2012 de la Dre G\_\_\_\_\_, le rapport d'expertise du CEMed comportait des inexactitudes (date de reprise du travail à 50%, année d'un séjour à la clinique Biotonus de Montreux, mois de la disparition des douleurs thoraciques et de l'essoufflement) ; depuis son infarctus, l'assurée craignait que l'état de stress permanent qu'elle avait déjà antérieurement ne lui occasionne une nouvelle pathologie cardio-vasculaire, ce qui la conduisait à éviter de travailler au restaurant ; concernant ses activités quotidiennes, l'assurée paraissait s'être présentée à l'expert sous un jour meilleur que la réalité ; son statut professionnel n'était pas indiqué clairement, l'assurée n'étant pas qu'une serveuse mais jouant un rôle polyvalent de patronne depuis le rachat avec son mari du fonds de commerce du restaurant depuis juin 1982. Une reprise du travail à 100% dans le restaurant familial était à déconseiller. Il appartenait au Dr E\_\_\_\_\_ de s'exprimer sur la contradiction consistant à nier un état dépressif même léger mais à proposer une adaptation du traitement antidépresseur. Le souhait de l'assurée d'être hospitalisée en milieu psychiatrique était soutenu par les Drs E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_.

18. L'OAI a indiqué le 19 avril 2012 reprendre l'examen du dossier de l'assurée.
19. Dans un rapport d'hospitalisation du 30 avril 2012 à l'intention du Dr E\_\_\_\_\_ (et dont l'OAI recevra une copie le 11 octobre 2012), le docteur L\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute à la clinique de La Lignière, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique), dysthymie, anxiété réactionnelle à facteurs de stress multiples familiaux et professionnels, status après infarctus inférieur en janvier 2011 et pose de deux stents actifs avec angioplastie, maladie cardiaque bi-tronculaire sévère, hypercholestérolémie, status après hystérectomie pour fibrome utérin, ostéoporose traitée et intolérance à la mirtazapine, à la venlafaxine et au lithium. À son entrée à la clinique de La Lignière, l'assurée était une patiente triste mais très collaborante, présentant une thymie moyennement à sévèrement abaissée avec aboulie, anhédonie totale, des troubles du sommeil de type endormissement, une anxiété généralisée en lien avec des problèmes financiers et le comportement de son fils cadet, mais pas de signe de la lignée psychotique. Durant son hospitalisation, elle s'était montrée consciente du mécanisme, dans son anxiété majeure touchant les relations avec son époux et son entourage familial et professionnel, lui faisant toujours éprouver le devoir de ménager la susceptibilité des autres et prévenir les conflits, et l'empêchant de trouver un mode de fonctionnement lui permettant de privilégier aussi ses aspirations et ses besoins ; un début de travail d'autonomie et de déculpabilisation avait pu se faire.
20. D'après un rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 29 mai 2012 (qui sera transmis le 13 juin 2012 à l'OAI), l'hospitalisation de l'assurée du 26 mars au 27 avril 2012 avait été tout à fait nécessaire (le traitement ambulatoire ayant atteint ses limites). L'assurée avait présenté durant cette hospitalisation un tableau clinique correspondant à celui que le Dr E\_\_\_\_\_ avait décrit mais pas à celui qu'avaient observé les Dr I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ du CEMed. La problématique médicale au sens large et psychiatrique de l'assurée était complexe.
21. Dans un rapport médical du 9 juin 2012 à l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, que l'assurée souffrait d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère F 32.2 » depuis 2010 et d'une « dysthymie 34.1 » depuis de nombreuses années. Il a fait mention d'un séjour de six semaines à la clinique de La Métairie en mars et avril 2010 et d'un séjour à l'unité psychiatrique de la clinique de La Lignière du 26 mars au 27 avril 2012. Il a relevé que son évaluation de l'état de santé de l'assurée divergeait des conclusions du CEMed. Résumant un avis qu'il développait dans un courrier du même 9 juin 2012 à l'adresse de SWICa, il a souligné que l'assurée présentait un tableau clinique de double dépression ; elle avait eu plusieurs épisodes de dépression majeure commençant à l'âge adulte et s'intensifiant progressivement, notamment depuis 2010 ; elle avait eu deux hospitalisations psychiatriques en raison de son état dépressif, en 2010 et 2012 (ce dernier déclenché par une condamnation d'un de ses fils à une peine privative de liberté et le refus de son autre fils de s'investir dans le

restaurant familial) ; son état s'était chronicisé depuis qu'elle avait fait un infarctus du myocarde en janvier 2011 ; les épisodes dépressifs étaient survenus sur un fond mélancolique avec une dynamique assez typique pour sa structure de personnalité (« dévouement obsessionnel et compensatoire au travail et aux relations qui renforce le déni du vécu dépressif sous-jacent mais au prix d'un épuisement à la longue »). Le Dr E\_\_\_\_\_ posait le pronostic de « probable dépression chronique avec une incapacité à long terme ». L'assurée était incapable de mobiliser de l'énergie pour une activité professionnelle en raison de son état dépressif et de la diminution de sa tolérance au stress, et ainsi de travailler plus de deux heures par jour ; d'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible de sa part (son incapacité de travailler étant supérieure à 80%), des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables et on ne pouvait s'attendre à une reprise de son activité professionnelle ou à une amélioration de sa capacité de travail.

22. Début juillet 2012, SWICA a soumis le dossier de l'assurée à nouveau au CEMed. Le Dr I\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise psychiatrique le 12 octobre 2012, après avoir revu l'assurée durant cent-vingt minutes, disposé des rapports médicaux établis depuis la précédente expertise et eu un entretien téléphonique avec le Dr E\_\_\_\_\_.

D'après ce rapport, l'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de décompensation psychique, de trouble phobique, de trouble panique, d'anxiété généralisée ni de syndrome douloureux somatoforme persistant ; le tableau clinique de l'assurée était superposable avec celui déjà observé en février 2012. L'assurée souffrait certes de symptômes dépressifs résiduels, dont la persistance s'inscrivait dans le contexte d'une structure de personnalité marquée par des traits dépendants mais n'atteignant pas le niveau de sévérité requis pour être qualifiée de maladie ; cette structure de personnalité, la présence de symptômes dépressifs résiduels et le caractère récurrent du trouble dépressif représentaient des facteurs de risque pour une rechute dépressive, raison pour laquelle la médication alors en cours méritait d'être revue (changement de classe d'antidépresseur ou association de deux molécules). La différence d'appréciation de la capacité de travail de l'assurée entre l'expert I\_\_\_\_\_ et le Dr E\_\_\_\_\_ tenait à une prise en compte, par ce dernier, de plaintes subjectives non corroborées par les éléments de l'anamnèse et les observations faites lors des deux examens effectués ; en l'absence de cohérence entre les plaintes subjectives et les éléments objectivables, les échelles d'auto-évaluation (comme celle de BECK, utilisée par le Dr E\_\_\_\_\_ ) ne représentaient pas un moyen fiable d'évaluer le degré de sévérité d'un épisode dépressif ; au regard des critères définis dans la CIM-10 ou la DSM IV, il n'y avait pas d'éléments permettant de qualifier l'épisode vécu en mars-avril 2012 par l'assurée d'épisode dépressif sévère. Cette dernière avait été en incapacité totale de travail durant son séjour à la clinique de La Lignière puis à 50% durant un mois, mais depuis juin 2012, soit depuis que les symptômes dépressifs s'étaient limités – aux dires du

---

Dr E\_\_\_\_\_ lui-même – à une dysthymie, la capacité de travail de l'assurée était à nouveau entière.

23. D'après un rapport médical du Dr E\_\_\_\_\_ du 17 novembre 2012, il n'y avait pas eu de changement dans l'état de santé de l'assurée depuis janvier 2011 ; le diagnostic était le suivant : « État stationnaire avec certaine fluctuation au gré des événements familiaux – les enfants renoncent de travailler dans le restaurant familial, le mari déçu et épuisé ... La patiente se sent toujours incapable de se mobiliser dans le travail même s'il y en a besoin sur le plan de fonctionnement de son entreprise de même en ce qui concerne l'intérêt économique. Perte de goût de vivre envahissante avec une anxiété permanente. Echelles structurées montrent une persistance de la dépression modérée à sévère ». Il n'y avait pas eu de changement sur le plan thérapeutique, mais il allait reconsidérer le traitement psychotrope, ajoutant « le choix est bien limité vu son état de cœur (sous patch de nitroglycérine sinon elle a l'angor à l'effort) » et « Le pronostic est très réservé et je considère que la patiente est inapte au travail à long terme », « incapacité à long terme due à son trouble qui n'est pas spécifique pour la profession » ; la capacité de travail de l'assurée était de 20% dans son poste de tenancière d'un restaurant. Même si on pouvait souhaiter un travail plus soutenu de l'assurée sur le plan psychothérapeutique, l'attitude résignée de cette dernière et son fonctionnement au niveau de la personnalité faisant partie du tableau clinique l'empêchaient d'y adhérer ; sa compliance correspondait à son trouble et n'était pas le résultat d'un manque de volonté.
24. Le 8 mars 2013, en réponse à un rappel de l'OAI, la Dre G\_\_\_\_\_ a réexpédié à l'OAI (cette fois-ci sur le bon numéro de fax) le formulaire intitulé "Rapport médical intermédiaire" qu'elle avait rempli le 9 octobre 2012. Elle y avait noté que l'état de santé de l'assurée, qualifié de stationnaire (à la page 1), s'était aggravé en mars 2012 lorsqu'elle avait dû être hospitalisée à la clinique de La Lignière (selon la page 2, où il est cependant aussi qualifié de stationnaire depuis juillet 2011), et, à titre de limitation fonctionnelle, que l'assurée avait un épuisement global après une heure de travail, et que sa compliance était optimale. Un retour de l'assurée au travail n'était pas envisageable dans le même métier, le stress étant un facteur de risque de survenance d'un deuxième infarctus.
25. L'assurée a séjourné à l'unité psychiatrique de la clinique de La Lignière du 18 mars au 19 avril 2013. Le rapport que le Dr L\_\_\_\_\_ a établi à ce propos le 6 mai 2013 énumère les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère sans symptôme psychotique), anxiété généralisée suractivée par des facteurs de stress familiaux, dysthymie, status après infarctus inférieur en janvier 2011 et pose de deux stents actifs avec angioplastie, maladie coronarienne bi-tronculaire, hypercholestérolémie, status après hystérectomie pour fibrome utérin, kyste bénin pancréatique (2013), ostéoporose traitée et intolérance à la mirtazapine, à la venlafaxine et au lithium. Elle présentait à l'entrée un tableau anxio-dépressif majeur avec un sentiment d'inutilité et des préoccupations tenant à la difficulté de

faire le deuil de son rôle de patronne de restaurant, ainsi qu'à ses enfants et son mari. Elle souhaitait un changement d'antidépresseur. Elle avait rapidement trouvé intérêt et plaisir aux séances d'art thérapie et du groupe thérapeutique, mais craignait d'avance sa sortie de l'hôpital. Elle avait besoin de trouver les raisons l'amenant à rester dans un état de réclusion à domicile et à ne pas utiliser les ouvertures au monde qu'elle connaissait mais devant lesquelles elle avait toujours reculé. Elle reconsulterait à sa sortie le Dr E\_\_\_\_\_.

26. Dans un avis médical du 15 octobre 2013, la docteure M\_\_\_\_\_ du SMR a rappelé les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 2 mars 2012, des rapports du Dr E\_\_\_\_\_ des 9 juin 2012 et 17 novembre 2012 et du complément d'expertise du CEMed du 12 octobre 2012. Elle concluait que le diagnostic était celui d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission avec persistance des symptômes résiduels (F33.4) existant depuis 1994, et elle proposait de suivre les conclusions claires et convaincantes du CEMed.
27. Par décision du 17 octobre 2013, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée de prestations AI enregistrée le 18 août 2011. Cette dernière était en incapacité de travail de 50% depuis le 16 mai 2011 puis de 70% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 ; il ressortait de l'expertise réalisée le 2 mars 2012 par le CEMed que sa capacité de travail dans son activité habituelle de responsable de café-restaurant était entière dès cette date-ci, qu'ainsi sa capacité de travail avait duré moins d'une année et donc que les conditions d'octroi de prestations AI n'étaient pas remplies.
28. Par acte du 18 novembre 2013, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant préalablement à l'audition de la Dre G\_\_\_\_\_, du Dr E\_\_\_\_\_ et des médecins de la clinique de La Lignière et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en matière psychiatrique, et principalement à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. À l'appui du recours étaient produits divers rapports médicaux attestant d'évolutions de son état de santé (notamment un rapport du docteur N\_\_\_\_\_, gastroentérologue, et du docteur O\_\_\_\_\_, chirurgien en orthopédie et de la colonne vertébrale), en particulier de la découverte d'une lésion kystique de 5,5 mm au niveau du pancréas, d'une hernie d'un autre disque intervertébral (ayant requis une admission aux urgences de l'Hôpital de la Tour le 18 janvier 2013), d'une perte pondérale de 18 kg en 24 mois non explicable somatiquement et dès lors attribuée à l'état dépressif, de douleurs abdominales et d'une épisode de DRS oppressive avec irradiation dans le dos (ayant requis une admission à l'Hôpital de la Tour le 18 février 2013), ainsi que d'une hospitalisation pour cinq semaines à la clinique de La Lignière du 18 mars au 19 avril 2013.
29. Le 16 décembre 2013, l'OAI, après avoir soumis les pièces produites à l'appui du recours à son SMR (qui a émis un avis médical le 10 décembre 2013), a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé sur le plan somatique avant que la décision avait été rendue et que des investigations complémentaires devaient être faites de manière approfondie (y compris sur l'évolution aux niveaux

---

rhumatologique, gastroentérologique et psychiatrique). Il a demandé à ce que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire et a réservé ses conclusions sur le fond.

30. L'assurée s'est opposée au renvoi de la cause à l'OAI. Elle a produit, le 21 janvier 2014, un courriel du 19 janvier 2014 par lequel le Dr E\_\_\_\_\_ exprimait l'avis que l'état de santé de l'assurée était resté inchangé depuis deux ans ; l'assurée était « en incapacité de travail à 80% en continuité et à long terme ». La deuxième partie du rapport du CEMed du 12 octobre 2012 n'apportait rien de nouveau et retenait la même argumentation que l'expertise du 2 mars 2012. Au-delà de divergences académiques non pertinentes, le CEMed et lui ne faisaient pas la même appréciation de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée. Le CEMed basait ses conclusions sur les signes observés en cours d'entretien, décrivait l'assurée comme authentique et ouverte et disqualifiait son rapport subjectif, écartant les aspects motivationnels de l'assurée. Cette dernière, dont l'identité sociale était basée sur son statut professionnel, n'avait aucun intérêt d'être à l'AI. Le CEMed ne prenait pas en considération le résumé du séjour que l'assurée avait fait dans l'unité de psychiatrie de la clinique de La Lignière du 18 mars au 19 avril 2013 pour un épisode dépressif sévère, dont il était étonnant qu'elle aurait pu se remettre en un mois et être apte à travailler à 50% dès le lendemain de sa sortie d'hôpital puis à 100% un mois plus tard (comme le CEMed le prétendait pour l'épisode de 2012).
31. Le 24 février 2014, s'appuyant sur un nouvel avis émis le 20 février 2013 par la Dre M\_\_\_\_\_ du SMR, l'OAI a persisté à demander le renvoi du dossier pour instruction complémentaire sur les différents volets somatiques, ajoutant que si une nouvelle expertise devait être mise en place il y aurait lieu d'inclure les volets de médecine interne, rhumatologie, gastroentérologie et psychiatrie, éventuellement encore d'autres spécialités selon les résultats de l'instruction complémentaire à effectuer auprès des médecins traitants.
32. Le 20 mars 2014, la chambre des assurances sociales a posé par écrit des questions au Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et au Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie – médecins qui avaient tous deux, dans leur spécialité respective, établi des rapports à l'adresse de la Dre G\_\_\_\_\_, respectivement les 14 février 2013 et 25 février 2013 – ainsi qu'à la Dre G\_\_\_\_\_.

Le Dr P\_\_\_\_\_ a répondu le 8 avril 2014 qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle découlant de la pathologie pancréatique bénigne de l'assurée (dont – ajoutait-il – l'intestin irritable pouvait, selon l'intensité des symptômes, occasionner une incapacité de travail), que la pathologie gastroentérologique ne devrait pas mener à une limitation permanente de sa capacité de travail, et qu'une diminution de rendement était possible selon l'intensité des symptômes.

Le Dr O\_\_\_\_\_ a répondu le 26 avril 2014 qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions posées, n'ayant vu l'assurée qu'une seule fois, le 12 février 2013.

Le 28 avril 2014, la Dre G\_\_\_\_\_ a établi un rapport, en conclusion duquel elle indiquait rester préoccupée par la situation de l'assurée, qui, depuis son infarctus de janvier 2011, n'arrivait pas à retrouver un état de santé satisfaisant malgré diverses adaptations de son traitement médicamenteux contre son état dépressif, ce qui avait des répercussions non seulement sur sa qualité de vie mais aussi sur sa rentabilité professionnelle.

33. Le 5 (recte : 6) juin 2014, se fondant sur un avis médical de la Dre M\_\_\_\_\_ du SMR du 6 juin 2014, l'OAI a maintenu que les investigations médicales au niveau somatique n'étaient pas satisfaisantes (sauf pour le volet gastroentérologique) et qu'une expertise multidisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) devait être effectuée.
34. Par arrêt du 5 août 2014 (ATAS/882/2014), la chambre des assurances sociales a annulé la décision de l'OAI du 17 octobre 2013 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. L'état de santé de l'assurée avait été examiné et sa capacité de travail évaluée au regard de son état psychiatrique, puis son infarctus avait aussi été pris en considération, et il était admis (y compris par l'assurée) que, sur le plan cardiaque, il n'y avait pas de contre-indication ni de limitation à l'exercice d'une activité professionnelle. En revanche, il n'y avait pas eu d'investigations concernant l'état de santé somatique de l'assurée – en particulier une lésion kystique de 5,5 mm au niveau du pancréas, une hernie d'un autre disque intervertébral (ayant requis une admission aux urgences de l'Hôpital de la Tour le 18 janvier 2013), une perte pondérale de 18 kg en 24 mois, des douleurs abdominales et un épisode de DRS oppressive avec irradiation dans le dos –, ni sur d'éventuelles interactions entre les atteintes à la santé physique et celles à la santé psychique. Le dossier était donc renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire, à tout le moins sur les éventuelles atteintes à la santé de l'assurée sur le plan somatique et leurs interactions sur sa santé psychique, en sorte qu'il puisse rendre une nouvelle décision portant sur la situation globale actualisée de l'assurée, dans la perspective des effets que ses différentes affections médicales et leurs interactions réciproques avaient sur sa capacité de gain.
35. Par une communication du 21 octobre 2014, faisant suite à un avis médical du 16 octobre 2014 de la docteure Q\_\_\_\_\_ du SMR, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il allait mandater un centre d'expertises médicales, devant être désigné aléatoirement, pour qu'elle soit soumise à un examen médical approfondi, et il lui a soumis les questions destinées aux experts. Le mandat d'expertise multidisciplinaire a été enregistré dans la plateforme électronique Med@P en octobre 2014, et il a été attribué le 23 septembre 2015 au CEMed. Son exécution a été confiée au docteur R\_\_\_\_\_ pour les volets de rhumatologie et de médecine interne et au docteur S\_\_\_\_\_ pour le volet de psychiatrie. L'assurée a été examinée par le Dr R\_\_\_\_\_ le 3 novembre 2015 à 8h30 pour la rhumatologie et 11h00 pour la médecine interne, et par le Dr S\_\_\_\_\_ le 4 novembre 2015 à 9h00 pour la psychiatrie.

36. L'assurée est au bénéfice d'une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : AVS) depuis octobre 2015.

37. Les experts du CEMed ont rendu leur rapport d'expertise le 9 décembre 2015.

Ce rapport énumère les pièces consultées et les données administratives (sur près de 3 pages), comporte une analyse du dossier avec notamment un résumé succinct des rapports médicaux et rapports d'hospitalisation et la liste des incapacités de travail (sur six pages), relate les données subjectives, soit l'histoire médicale actuelle selon l'expertisée et les plaintes actuelles de cette dernière, sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie (sur 4 pages et demi), indique les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles de l'expertisée (sur près de 2 pages). Il décrit les données objectives, en particulier le status de médecine interne, le status rhumatologique et le status psychique de l'expertisée (sur 3 pages et demi) et relate des examens et données complémentaires, soit un monitoring médicamenteux et des rapports médicaux (sur 1 page). Il comprend ensuite une synthèse et une discussion (sur un peu plus de 3 pages), puis répond aux questions posées (sur 4 pages).

Sur le plan de la médecine interne, l'assurée ne souffrait d'aucune limitation fonctionnelle justifiant une incapacité de travail. Elle avait bien présenté quelques symptômes de colopathie fonctionnelle, qui ne constituaient cependant pas non plus un motif d'incapacité de travail. Il en allait de même de sa polykystose hépatique, rénale et pancréatique.

Sur le plan rhumatologique, l'assurée avait entièrement guéri d'une sciatalgie sur hernie discale L4-L5, qui était asymptomatique depuis deux ans et n'impliquait plus de limitation fonctionnelle pouvant justifier une incapacité de travail. Il lui était conseillé de limiter les ports et transports de charges de plus de 6 kg avec les bras éloignés du corps.

Sur le plan psychique, les diagnostics retenus étaient ceux d'anxiété généralisée (F41.1) depuis le début de l'âge adulte, un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4), avec six épisodes depuis l'âge de dix-huit ans, une dysthymie (F34.1) depuis au moins cinq ans. Il existait quelques traits de personnalité dépendante depuis le début de l'âge adulte, sans que puisse être posé le diagnostic de trouble de personnalité. Le suivi psychiatrique était bien observé, même si l'assurée semblait douter de son efficacité ; une intensification de la psychothérapie pourrait améliorer la qualité de vie de l'assurée. Cette dernière pouvait compter sur des ressources personnelles et sur un réseau social soutenant. Concernant sa capacité de travail sur le long terme, il n'y avait, au niveau psychiatrique, aucun élément nouveau par rapport à l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_, même si le diagnostic supplémentaire d'anxiété généralisée était retenu, qui devait alors déjà exister, sa symptomatologie ayant été décrite dans la précédente expertise. L'assurée avait été hospitalisée encore au printemps 2013 durant un mois, mais les symptomatologies dépressive et anxieuse chronique ne s'étaient pas aggravées sensiblement en dehors de la période

d'hospitalisation par rapport aux années précédentes. En admettant que le rendement de l'assurée était réduit de 50% trois semaines avant et deux semaines après chacune des trois hospitalisations psychiatriques intervenues depuis 2010, l'assurée avait eu, pour l'année 2010, une diminution de rendement de 50% du 1<sup>er</sup> au 21 février, une incapacité de travail de 100% du 22 février au 12 avril et une diminution de rendement de 50% du 13 au 27 avril, puis, pour l'année 2012, une diminution de rendement de 50% du 5 au 25 mars, une incapacité de travail de 100% du 26 mars au 27 avril et une diminution de rendement de 50% du 28 avril au 12 mai, et enfin, pour l'année 2013, une diminution de rendement de 50% du 25 février au 17 mars, une incapacité de travail de 100% du 18 mars au 19 avril et une diminution de rendement de 50% du 20 avril au 4 mai. L'examen psychiatrique ne révélait pas de limitations fonctionnelles. La capacité de travail de l'assurée était complète dans toute activité sans diminution de rendement.

En conclusion, il n'y avait aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux de d'anxiété généralisée (F41.1) depuis le début de l'âge adulte, un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) avec six épisodes depuis l'âge de dix-huit ans, une dysthymie (F34.1) présente depuis au moins cinq ans, des traits de personnalité dépendante depuis le début de l'âge adulte, une maladie coronarienne avec angioplastie cinq ans plus tôt avec un ancien infarctus inférieur, un status après sciatalgie aiguë sur hernie discale deux ans plus tôt actuellement asymptomatique sans chirurgie et une colopathie fonctionnelle. Au titre des interactions des diagnostics était noté que l'anxiété généralisée et, dans une moindre mesure, les traits de personnalité dépendante étaient des facteurs de risque de décompensation dépressive ; au-delà de trois épisodes dépressifs, une rechute dépressive pouvait survenir sans facteur de stress déclenchant. La thérapie suivie était conduite dans les règles de l'art et l'observance thérapeutique était bonne. La capacité de travail était de 100% dans l'activité exercée jusqu'alors et dans toute activité correspondant aux aptitudes de l'assurée. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

38. Par un avis médical du 21 janvier 2016, les docteurs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ du SMR ont résumé l'expertise du CEMed et fait leurs conclusions.
39. Le 5 février 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel l'instruction du dossier avait été reprise après l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 5 août 2014, et les nouveaux documents récoltés lors de cette instruction avaient été soumis au SMR. L'assurée avait une pleine capacité de travail dès juin 2012. Les conditions d'octroi de prestations de l'AI n'étaient pas remplies. La demande de l'assurée serait rejetée.
40. Par courrier du 5 mars 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI de l'opposition de l'assurée à ce projet de décision. Il a contesté le volet psychiatrique de l'expertise du CEMed du 9 décembre 2015. Les experts avaient « balayé » le nouvel épisode dépressif de 2013 comme s'il s'était agi d'un événement isolé de l'ensemble. Ils

avaient un peu élargi les périodes d'incapacité de travail par rapport à la première expertise et son complément, mais il était étonnant que l'assurée aurait pu travailler à plein temps, avec un rendement de 50% dès le lendemain de ses sorties d'hospitalisation. Ils avaient confondu les deux demandes de prestations AI que l'assurée avait présentée, respectivement en 2010 et en 2011. Les psychiatres, y compris le Dr E\_\_\_\_\_, retenaient des diagnostics semblables se situant dans le spectre des troubles dépressifs et anxieux ; les différences essentielles consistaient dans l'évaluation de la présence des symptômes du trouble dépressif en dehors des hospitalisations et la prise en compte des données subjectives. L'assurée présentait, au moment de la dernière expertise, des symptômes devant faire admettre un épisode dépressif moyen, à savoir trois du critère B (humeur dépressive, diminution du plaisir, réduction de l'énergie) et quatre du critère C (perte de la confiance en soi, pensées récurrentes de la mort, diminution de la capacité de concentration, perturbation du sommeil) ; or, les experts avaient attribué ces symptômes à tort à la dysthymie et à l'anxiété généralisée. Le trouble du sommeil était essentiellement un réveil précoce, caractéristique de la dépression ; il était certes difficile de différencier une dysthymie (en fait une dépression plus légère, non incapacitante et chronique) d'une dépression résiduelle chronicisée, mais ledit trouble paraissait caractériser l'assurée depuis son adolescence et peut-être dans des longues périodes entre les hospitalisations. L'anxiété de l'assurée avait une dynamique sous-jacente faisant partie de la dépression anxieuse, et pas simplement du trouble d'anxiété généralisée, qui s'accompagnait normalement de signes neurovégétatifs très importants, non présents chez l'assurée. Les experts s'étaient fondés sur la présentation ponctuelle de l'assurée lors de leurs rencontres, sans tenir compte de la personnalité de cette dernière, qui donnait « un bon échange », aussi face à elle-même. Les données subjectives devaient être prises en compte, dès lors que l'histoire de l'assurée ne fournissait pas d'indices que celle-ci aurait une motivation rentière ou rechercherait un bénéfice secondaire ; elle ne pouvait pas travailler, et non ne voulait pas travailler. Il fallait tenir compte non seulement de l'état ponctuel du malade mais aussi du risque que son état s'aggrave notamment en raison du stress que représenterait pour lui le fait de travailler. Il était erroné de penser qu'un travail psychothérapeutique plus intense pourrait améliorer l'état de l'assurée, qui souffrait d'une dépression chronicisée, résistante à la psychothérapie. Il serait juste de retenir que sa capacité de travail est limitée.

41. Le 9 mars, l'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a réitéré son opposition au projet de décision de l'OAI. Elle cachait sa dépression ; un examen clinique ponctuel ne pouvait être suffisamment probant.
42. Par avis médical du 21 avril 2016, le Dr T\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que les arguments avancés par le Dr E\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de mettre en doute les conclusions des experts du CEMed. Il n'y avait pas eu confusions des deux demandes de prestations de l'assurée. La CIM-10 n'étayait pas l'avis que des réveils précoces (pouvant d'ailleurs être générés par une anxiété généralisée) étaient

---

pathognomoniques de la dépression, ni que des signes neurovégétatifs (sudation, tremblements, sécheresse de la bouche) étaient obligatoires en cas de trouble anxieux (il était même fréquent que des personnes anxieuses ne présentent qu'un sentiment de tension, de nervosité ou de danger imminent). L'incapacité de travail ne pouvait se justifier par un risque d'aggravation et le stress qu'il génère. L'évaluation du Dr E\_\_\_\_\_ différait de celle de l'expert en raison de l'intégration, ne pouvant être faite, de facteurs subjectifs.

43. Par décision du 26 avril 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée, pour les motifs indiqués dans le projet de décision et dans le dernier avis médical du SMR.
44. Par acte du 12 mai 2016, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales, en concluant préalablement à la mise en place d'une expertise psychiatrique pour déterminer son incapacité de travail de juin 2012 à septembre 2015 et à l'audition du Dr E\_\_\_\_\_, et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI du 26 avril 2016 et à la reconnaissance de son droit à une rente entière de l'AI du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 30 septembre 2015.

On ne pouvait pas, à l'instar du CEMed, n'admettre d'incapacité de travail de l'assurée que durant ses périodes d'hospitalisation en clinique psychiatrique, élargies d'une diminution de rendement de 50% durant les trois semaines avant et les deux semaines après ces périodes. Les experts du CEMed se basaient sur un seul entretien avec l'assurée pour aboutir à cette conclusion. L'assurée s'efforçait depuis toujours de donner une bonne image d'elle-même en procédant à une dénégation de son affection psychiatrique pourtant continue. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, elle avait une incapacité de travail de 80% depuis 2012 en raison de son affection psychique. Une expertise psychiatrique judiciaire devait être ordonnée.

45. Par mémoire de réponse du 10 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'instruction avait été complète, et le rapport d'expertise multidisciplinaire du CEMed du 9 décembre 2015 avait pleine force probante. La durée de l'entretien que l'expert psychiatre avait eu avec l'assurée n'était pas déterminante, ni le fait qu'il y a eu un seul entretien. L'évaluation divergente du médecin traitant devait en revanche être prise avec réserve. Si les aspects subjectifs apportés par un patient doivent être pris en compte dans le processus diagnostique en psychiatrie, ils doivent impérativement être confrontés aux éléments objectifs ; or, le médecin traitant se basait essentiellement sur les affirmations de l'assurée. Il y avait évaluation divergente de la part du médecin traitant, mais pas d'éléments objectifs vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés par les experts.
46. Dans des observations du 23 juin 2016, l'assurée a fait valoir que son psychiatre traitant avait relevé de façon pertinente qu'elle niait son affection psychiatrique. Une expertise psychiatrique judiciaire devait être mise sur pied, le CEMed paraissant n'avoir pas voulu se déjuger en 2015 par rapport à l'expertise réalisée en 2012. Son psychiatre traitant devait être entendu.

47. Le 18 juillet 2016, l'OAI a objecté qu'il n'y avait pas de raison d'ordonner une expertise judiciaire et a persisté dans les termes et conclusions de sa précédente écriture.

### **EN DROIT**

1. a. 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé le 12 mai 2016 contre une décision du 26 avril 2016, le recours a été interjeté en temps utile.

Il satisfait par ailleurs aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Enfin, touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir contre cette décision (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad

---

art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss).

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; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). 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 à ce propos sous l'empire de l'art. 4 aCst. est toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5c). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. 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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

S'agissant de la LAI, il s'agit en l'espèce du droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

S'agissant des dispositions de droit matériel de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent en règle générale une version formalisée sur le plan de 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).

4. La recourante prétend avoir droit à des prestations de l'AI, en particulier à une rente (entière) d'invalidité, estimant qu'elle a été en incapacité de travail pour des motifs psychiatriques dès juin 2012.

Par arrêt du 5 août 2014, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, en considération d'affections somatiques s'étant révélées mais n'ayant pas été investiguées et d'éventuelles interactions entre ces affections et les problèmes psychiques de la recourante. L'expertise pluridisciplinaire qui a alors été faite sur mandat de l'intimé par le CEMed – dont il sied de rappeler qu'il a été désigné aléatoirement par le biais de la plateforme électronique Med@P, conformément à l'art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) – a été confiée aux experts R\_\_\_\_\_ pour les volets de médecine interne et ceux de rhumatologie et S\_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique, soit à d'autres experts que ceux qui avaient rendu les rapports d'expertise des 2 mars et 12 octobre 2012 (soit les Dr J\_\_\_\_\_ pour le volet cardiologique et le Dr I\_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique). Seules les conclusions de l'expertise psychiatrique sont contestées par la recourante, qui ne critique nullement les conclusions que les experts ont retenues sur les plans de la médecine interne et de la rhumatologie, à savoir qu'elle ne souffrait à ces égards d'aucune limitation pouvant justifier une incapacité de travail. Il appert que l'expertise a été menée conformément aux règles de l'art déjà pour ces volets somatiques, et rien ne vient non plus remettre en question que des affections d'ordre cardiologique et gastroentérologique que la recourante a pu avoir n'auraient, à tort, pas été prises en compte en l'espèce. La question ne se pose donc pas non plus du point de vue d'interactions entre des affections somatiques et les problèmes psychiques de la recourante, qui restent donc seuls au centre du litige.

5. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49%, de 50 à 59%, de 60 à 69% ou de 70% ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2

LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss).

Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité.

b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss).

Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un

---

jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

c. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé.

c/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte

l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

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/cc).

c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références).

---

6. a. En l'espèce, il appert que, concernant le volet psychiatrique aussi, le rapport d'expertise du CEMed du 9 décembre 2015 satisfait d'un point de vue formel aux réquisits jurisprudentiels relatifs à de tels documents médicaux. Il en va d'ailleurs de même du rapport d'expertise du CEMed du 2 mars 2012 des Drs J\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ et de son complément du 12 octobre 2012 du Dr I\_\_\_\_\_.

b. D'un point de vue matériel, le rapport d'expertise du 9 décembre 2015 ne perd pas de son poids du fait que l'expert psychiatre a rencontré la recourante une seule fois, pour un temps au demeurant non déterminé avec exactitude mais dont rien ne permet de retenir qu'il aurait été insuffisant. Il est patent, à lire le rapport d'expertise (notamment de son volet psychiatrique, mais aussi de sa partie générale), que l'expert a consacré du temps à l'établissement d'une anamnèse complète, notamment sur le plan psychique, et a donc recueilli consciencieusement les données subjectives de la recourante. Il a passé en revue les symptômes des lignées respectivement dépressive, hypomaniaque et maniaque, anxieuse et psychotique de la recourante, et s'est attaché à apprécier sa personnalité et à connaître ses activités quotidiennes. Il a manifestement pris le temps nécessaires pour recueillir toutes les données pertinentes pour, notamment, établir les diagnostics pertinents et apprécier la capacité de travail de la recourante, compte tenu de la psychopathologie de cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 58/06 du 13 juin 2006 consid. 2.2). Au demeurant, la recourante avait été vue à deux reprises par le Dr I\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise du 2 mars 2012 et de son complément du 12 octobre 2012.

La qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise ne dépend pas de façon proportionnelle du temps consacré à l'entretien et à l'observation du comportement de l'expertisé, l'expert devant se forger une opinion sur la base de l'ensemble du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3).

c. Or, il appert que les experts, et en particulier l'expert-psychiatre S\_\_\_\_\_ (à l'instar, au demeurant, du précédent expert-psychiatre I\_\_\_\_\_), ont pris connaissance de façon approfondie de l'ensemble du dossier et donc en particulier des divers rapports médicaux et des rapports d'hospitalisation concernant la recourante, en plus des données objectives et subjectives qu'ils ont recueillies et des observations qu'ils ont faites du comportement de la recourante. Les conclusions qu'ils ont tirées de leur analyse en termes tant de diagnostics que d'évaluation de la capacité de travail et d'éventuelles limitations fonctionnelles ne relèvent pas d'une unique observation momentanée (arrêt du Tribunal fédéral I 292/06 du 3 juillet 2007 consid. 5.3).

d. Sur le plan des diagnostics, il n'y a de divergence entre l'expert-psychiatre et le psychiatre traitant de la recourante guère que sur la question de savoir si, dans le spectre des troubles dépressifs et anxieux, il faut retenir un état dépressif moyen pérenne (donc y compris en dehors des périodes d'hospitalisation psychiatrique) ou

de la dysthymie et une anxiété généralisée avec des épisodes dépressifs limités dans le temps.

Force est de retenir à cet égard que le psychiatre traitant substitue son appréciation de la question à celle de l'expert-psychiatre, sans apporter d'éléments susceptibles de convaincre la chambre de céans. L'avis du Dr T\_\_\_\_\_ du SMR apporte à cet égard la précision utile et fiable, d'une part qu'une absence de signes neurovégétatifs (sudation, tremblements, sécheresse de la bouche) – signes non relevés chez la recourante – n'est nullement incompatible avec le diagnostic d'anxiété généralisée posé par l'expert-psychiatre, et d'autre part que des réveils précoces – présents chez la recourante – peuvent être générés par une anxiété généralisée et ne sont pas pathognomoniques de la dépression.

e. Le fait qu'une personne ait déjà eu plusieurs épisodes dépressifs peut faire craindre qu'elle en ait encore d'autres, sans même qu'un facteur de stress ne survienne, ainsi que l'expert-psychiatre l'a relevé. Il n'implique toutefois pas, nonobstant le cas échéant leur effet incapacitant lors de leur survenance, qu'une telle personne doive être reconnue incapable de travailler de façon durable voire pérenne, en quelque sorte préventivement (ainsi que le psychiatre traitant le préconise à demi-mots).

Aussi n'y a-t-il pas matière à décrédibiliser l'opinion de l'expert-psychiatre en tant que celui-ci n'a pas admis d'incapacité de travail en dehors des trois périodes d'hospitalisation psychiatrique de la recourante respectivement des 22 février au 12 avril 2010, 26 mars au 27 avril 2012 et 18 mars au 19 avril 2013, ni d'ailleurs en tant qu'il a admis, raisonnablement, qu'avant et après ces périodes d'hospitalisation, pendant quelques semaines, la recourante a pu n'avoir qu'un rendement de 50% en raison desdits épisodes dépressifs respectivement s'étant développés au point de rendre une hospitalisation souhaitable voire nécessaire puis s'étant estompés progressivement encore-au-delà de l'hospitalisation.

f. Enfin, l'expert-psychiatre n'a pas ignoré les données subjectives de la recourante, qu'au contraire il a pris soin de recueillir attentivement. Il n'en a cependant tenu compte que dans la mesure où, confrontées aux éléments du dossier (et pas uniquement à une observation limitée au temps de l'entretien), elles apparaissaient objectivement vérifiables ou devoir être tenues pour déterminantes.

g. La chambre de céans attribue une pleine valeur probante à l'expertise du CEMed du 9 décembre 2015, y compris quant à l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. Elle a d'autant plus de raison de le faire que les constatations et conclusions de cette expertise se trouvent globalement corroborés par celles des experts du CEMed – en particulier le Dr I\_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique – ayant établi le rapport d'expertise du 2 mars 2012 et son complément du 12 octobre 2012.

L'avis du psychiatre traitant doit être pris avec la réserve dont il se justifie généralement de faire montre à l'endroit d'avis médicaux émis par des médecins traitants (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Le dossier ne comporte pas d'éléments objectivement vérifiables suffisamment pertinents qui remettraient en cause le bien-fondé de ladite expertise et/ou justifieraient d'ordonner une expertise judiciaire et/ou l'audition du psychiatre traitant.

h. Il doit ainsi être retenu, à l'instar de l'intimé, que la recourante n'a pas présenté d'incapacité de travail ni a fortiori d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2012. Aussi l'intimé a-t-il rejeté à juste titre sa demande de prestations.

7. Mal fondé, le recours doit être rejeté.
8. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).

Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé, en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61).

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A\_\_\_\_\_.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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