

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1628/2018

ATAS/120/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 15 février 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à COLOGNY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER  
FÜLLEMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1984, suisse, célibataire, titulaire d'un diplôme de secrétaire médicale et d'un bachelor en psychologie, exerce une activité de secrétaire médicale à 50 % pour la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin à Vézenaz depuis le 21 septembre 2015.
2. Le 17 janvier 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
3. Le 31 janvier 2017, la doctoresse C\_\_\_\_\_, FMH psychiatre et psychothérapeute a rempli un rapport médical AI attestant des diagnostics :
  - d'état anxio-dépressif depuis 2013 (objectivé par ses soins), préalablement par la doctoresse D\_\_\_\_\_, FMH médecine interne et endocrinologie-diabétologie.
  - dans le courant de l'année épisodes dépressifs sévères
  - agoraphobie avec trouble panique depuis 2013

Elle suivait l'assurée depuis mars 2013. Celle-ci souffrait d'un état anxio-dépressif moyen à sévère, d'anxiété et d'asthénie chronique, malgré toute sa bonne volonté ; la maladie somatique (maladie de Basedow et de Gougerot-Sjögren) péjorait son état clinique psychologique ; elle était trop fatiguée pour travailler à plus de 50 %, ses nombreuses pathologies la rendaient asthénique ; elle présentait une fatigue, des troubles cognitifs, un manque de concentration, un épuisement psychique et physique ainsi que de l'anxiété.

4. Un rapport d'évaluation IP suite à un entretien du 23 mars 2017 avec l'assurée a conclu à une proposition de cours de sophrologie, que l'assurée n'a finalement pas souhaité suivre.
5. Le 8 mai 2017, la Dre D\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics de :
  - Maladie de Basedow depuis 2006 avec 3 récurrences
  - Maladie de Sjögren depuis novembre 2016
  - Douleurs abdominales chroniques d'origine indéterminée depuis 2010.

La fatigue empêchait l'assurée de travailler à plus de 50 % ; la maladie de Basedow se manifestait par une fatigue, une perte pondérale, des palpitations et un essoufflement ; la maladie de Sjögren par des arthralgies diffuses, un syndrome sec oculaire et buccal et une asthénie majeure ; elle présentait des douleurs abdominales.

6. Le 19 septembre 2017, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH rhumatologie et médecine interne, a donné des renseignements médicaux à la demande de l'OAI.

Elle suivait l'assurée depuis le 3 novembre 2016 ; l'évolution était stationnaire ; le diagnostic posé était celui de maladie de Sjögren avec syndrome douloureux chronique, avec des limitations fonctionnelles d'arthralgies, asthénie et état dépressif. La capacité de travail était de 50 % maximum, l'assurée ayant besoin de

dormir tous les après-midi ; le Sjögren, associé à un syndrome douloureux chronique et de fatigue chronique limitait la capacité de travail à 50 %.

7. A la demande de l'OAI, le CEMed (Docteurs F\_\_\_\_\_, FMH Médecine interne / rhumatologie, et G\_\_\_\_\_, FMH psychiatre-psychothérapie) a rendu un rapport d'expertise le 14 décembre 2017

L'assurée se plaignait de palpitations liées à de l'anxiété, de problèmes de digestion, de maux de ventre, de yeux secs, de sinusites chroniques, de dyspnée à l'effort, de transpiration la nuit, de douleurs articulaires dans pratiquement toutes les articulations, de fatigue, d'épuisement, de fatigue psychique, d'hypersomnie, d'anxiété, de tristesse, de dépression moyenne, de manque d'estime et de confiance en elle, d'agoraphobie. Elle présentait les diagnostics suivants sur le plan :

De la médecine interne :

- Maladie de Basedow dès 2006.
- Carence en vitamine B 12 (2016).

Rhumatologique :

- Syndrome de Gougerot-Sjögren (2016).
- Troubles statiques modérés du rachis.

Psychique :

- Attouchements sexuels (12 ans) (Y 05).
- Situation d'hostilité envers une adolescente traitée en bouc émissaire (15 à 17 ans) (Z62.4).
- Achat compulsif, autre trouble des impulsions (F.63.8).
- Vaginisme (F52.5).
- Trouble panique avec agoraphobie (F40.1 anamnétique).
- Dysthymie (F34.1).
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

L'asthénie ne s'expliquait pas par l'atteinte rhumatismale ni par la pathologie thyroïdienne. Les symptômes digestifs, urinaires et pulmonaires, qui n'avaient pas été rattachés à des diagnostics précis, évoquaient une composante somatoforme à la symptomatologie douloureuse ; ce trouble n'était pas associé à un trouble psychiatrique sévère ; des traits de personnalité évitante et des traits de personnalité dépendante étaient présents ; ils étaient en nombre insuffisants pour retenir la présence d'une organisation pathologique de la personnalité ; L'assurée avait connu quelques carences affectives ; il y avait eu de la maltraitance scolaire et une agression sous formes d'attouchements sexuels ; elle avait fait preuve de résilience ; elle disposait d'un réseau social et familial efficient ; l'ensemble de ces éléments allait dans le sens de la présence de ressources personnelles. La capacité de travail était totale.

- 
8. Le 6 février 2018, la doctoresse H\_\_\_\_\_, du SMR, a considéré qu'il était justifié de suivre les conclusions des experts.
  9. Par projet de décision du 14 février 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestation au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.
  10. Le 22 février 2018, l'assurée a contesté le projet de décision en indiquant qu'elle était incapable de travailler à plus de 50 % en raison de la fatigabilité, ainsi que de problèmes d'endurance et de concentration sur une longue durée.
  11. Le 6 mars 2018, l'assurée a complété sa contestation en relevant qu'elle était actuellement en arrêt de travail de deux semaines pour rechute de la maladie de Basedow, que le syndrome de Gougerot-Sjögren entraînait des douleurs articulaires et de la fatigue ; elle présentait une dépression, de l'anxiété chronique et des troubles digestifs ; la fatigue physique et morale ne lui permettait pas de travailler à plus de 50 % car elle devait faire des siestes en journée.
  12. Par décision du 12 avril 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
  13. Le 14 mai 2018, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la Chambres des assurances sociales de la Cour de Justice à l'encontre de cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

Elle a produit :

- Un document comprenant ses commentaires concernant l'expertise du CEMed ; elle y relève des erreurs dans le rapport d'expertise ; en particulier, les douleurs et la fatigue n'étaient pas somatoformes mais dus au syndrome de Gougerot-Sjögren ; l'état anxio-dépressif chronique avait un effet sur la concentration et l'endurance au travail ; les douleurs abdominales étaient dues, selon le docteur I\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, à un problème de perméabilité intestinale.
  - Un rapport de la Dre J\_\_\_\_\_ du 20 mars 2018 attestant d'une incapacité de travail de l'assurée de 50 % depuis plusieurs années, en raison d'un trouble dépressif récurrent, un trouble anxieux avec une phobie sociale et un trouble de personnalité immature.
  - Un rapport du 26 avril 2018 de la Dre H\_\_\_\_\_ selon lequel la maladie de Sjögren était une maladie complexe, dont la prise en charge médicamenteuse était efficace s'il y avait une atteinte organique spécifique. L'atteinte de fatigue chronique associée à une maladie de Sjögren était souvent redoutable à prendre en charge du point de vue médicamenteux. Le plus approprié ici était un traitement antidépresseur dont l'assurée bénéficiait avec un suivi psychothérapeutique sur le long cours associé. Le rendement de travail chez certains patients souffrant de cette pathologie était souvent perturbé, avec une augmentation de fatigue chronique.
14. Le 11 juin 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours en soulignant que l'expertise du CEMed était probante.

---

15. Le 12 juillet 2018, l'assurée a répliqué en faisant valoir qu'au vu des avis contraire des médecins-traitant, l'expertise du CEMed n'était pas probante et qu'une expertise judiciaire devait être ordonnée ainsi qu'une comparution personnelle et l'audition de ses médecins traitants.

Elle a communiqué :

- Un rapport du docteur I\_\_\_\_\_ du 30 mai 2018 selon lequel il n'était pas d'accord avec les conclusions du rapport du CEMed ; les différentes pathologies autant physiques et surtout psychiques de l'assurée diminuaient sa capacité de travail. Actuellement, elle exerçait à 50 % le métier d'assistante médicale, ce qui était à son avis le maximum admissible pour elle ; il n'était pas possible de prévoir si par la suite sa capacité de travail serait de 100 %. En effet, le diagnostic retenu était celui de dysthymie (F34.1) qui ne lui paraissait pas être compatible avec les symptômes que présentait l'assurée. Il pensait qu'elle souffrait d'une dépression moyenne à sévère, avec de nombreux dysfonctionnements psychiques voire physiques ce qui, bien entendu, agissait sur sa capacité de travail.
- Un rapport de la Dre D\_\_\_\_\_, du 2 juillet 2018 selon lequel elle suivait l'assurée depuis 2006, laquelle arrivait à gérer, au prix d'une importante fatigue, confinante à l'asthénie, une activité de secrétaire médicale à 50 % ; l'assurée ne vivait pas une vie « normale » avec diminution progressive d'actes de la vie quotidienne, diminution des liens sociaux et familiaux. L'expertise faisait état d'une peur « d'être fatiguée » plutôt que d'une vraie asthénie, cette dernière ne pouvant être due selon les experts à la présence de la maladie de Basedow et la maladie de Gougerot-Sjögren. On négligeait ici la présence d'un état anxio-dépressif de sévérité moyenne à sévère, s'étant déjà accompagnés d'idées suicidaires ; la capacité de travail de l'assurée était diminuée à 50 % et une réévaluation de celle-ci devait être effectuée.
- Un rapport de la Dre C\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2018 selon lequel elle avait diagnostiqué chez l'assurée un trouble anxieux généralisé, un trouble dépressif récurrent, l'épisode actuel étant moyen avec des symptômes somatiques, un trouble de la personnalité dépendante, des traits de personnalité émotionnellement labile type borderline, des traits de personnalité anxieuse (évitant), un trouble de personnalité immature. Le diagnostic de dysthymie posé par le CEMed était erroné ; l'assurée était compliant, de sorte qu'on ne comprenait pas pourquoi l'experte le mettait en doute ; elle nécessitait un traitement de psychothérapie et médicamenteux. Elle travaillait à 50 % car elle était dans l'impossibilité de travailler davantage ; elle subissait une fatigue et un épuisement depuis de nombreuses années liés aux maladies auto-immunes, aggravées par les problématiques psychologiques.

16. Le 6 août 2018, le Dr K\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis selon lequel la Dre H\_\_\_\_\_, en indiquant que le traitement le plus adapté de l'asthénie était un

traitement antidépresseur, confirmait le caractère psychologique de la fatigue chronique ; le Dr I\_\_\_\_\_ ne justifiait pas pourquoi il s'écartait des conclusions du CEMed ; la Dre D\_\_\_\_\_ justifiait l'incapacité de travail de 60 % par des atteintes psychique et non somatique et la Dre C\_\_\_\_\_ retenait plusieurs diagnostics mais ne justifiait pas l'incapacité de travail de 50 % autrement que par les plaintes subjective de fatigue ; les médecins-traitants intégraient des facteurs psychosociaux et des plaintes subjectives pour évaluer la situation de l'assurée.

17. Le 6 août 2018, l'OAI a dupliqué en maintenant ses conclusions.
18. Le 1<sup>er</sup> octobre 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.
19. La recourante a déclaré : « Je présente deux maladies auto immunitaires. La première est la maladie de basedow, j'ai un traitement médicamenteux continu. Je subis parfois des rechutes. J'en ai eu quatre ou cinq depuis 2006. J'ai alors des symptômes de tachycardie, essoufflement, hyperthyroïdie, nausée, perte de poids, tremblement, épuisement. Ma dernière rechute date d'avril 2018. Actuellement je suis stable. Je présente aussi un syndrome de Gougerot-Sjögren. J'ai des douleurs aux articulations dans tout le corps, quotidiennes, d'intensités variables, mais envahissantes. Je dois prendre un traitement pour stimuler la salive et des gouttes contre la sécheresse oculaire. J'ai un traitement antiépileptique pour les douleurs, qui agit aussi sur les humeurs et un traitement antidépresseur. Le syndrome le plus dérangeant à côté des douleurs, est l'épuisement, la fatigue. Je dois dormir tous les après-midi environ trois heures et malgré cela je m'endors encore le soir autours de 20h30 – 21h00, et cela même si je suis en train de regarder un film à la télévision. J'ai également des douleurs abdominales chroniques très gênantes qui ont été investiguées mais aucun diagnostic précis n'a été posé.

Après la maturité, j'ai vécu une période d'importante dépression qui a duré trois ans. A cette époque ma mère a vécu sa première crise bipolaire. Depuis je présente un état dépressif chronique et je suis suivie une fois par semaine par la Dre C\_\_\_\_\_. Après les trois ans passés à rien faire, mon père m'a encouragée à faire une formation médicale, j'ai suivi les études pour être secrétaire médicale, mais à distance, c'est-à-dire que je travaillais uniquement à la maison. Après cela, j'ai également passé un Bachelor en psychologie, toujours par le biais d'études à distance, et ceci sur une durée de quatre ans et demi au lieu de trois ans. Je n'aurais pas pu suivre des études impliquant ma présence dans des Aulas avec beaucoup de monde car je souffre de gros problèmes d'anxiété et de phobie sociale. Je travaille depuis trois ans comme secrétaire médicale à 50 %. J'ai travaillé avant huit ans à l'OFAC, dont trois ans à 100 % mais avec beaucoup de difficultés, et ensuite à 50 %. L'autre 50 % était consacré à mes études en vue du Bachelor. Cela était possible car j'arrivais à faire des siestes et à me reposer. Je voulais devenir psychothérapeute mais je n'ai pas eu l'énergie de continuer mes études et passer un Master.

L'expertise psychiatrique au CEMed s'est mal passée. J'ai eu l'impression d'une expertise à charge. Il était pressé par le temps. Je n'ai pas réussi à dire tout ce que je voulais. C'était stressant. Quand je voulais détailler certaines choses, il ne voulait pas l'entendre si cela sortait du champ de ses questions. Par ailleurs, j'ai été perturbée par toute une série de question sur ma vie intime et ma sexualité car cela n'était pas déterminant dans le cadre de mon incapacité de travail. Il était intrigué par le fait que je n'avais pas de vie amoureuse et sexuelle, mais n'a pas pris en compte le fait que je n'ai pas du tout de vie sociale. Je ne me suis pas reconnue dans le rapport d'expertise, en particulier certaines petites choses que j'ai dites ont été généralisées. Je n'ai pas compris le diagnostic de dysthymie, alors qu'à mon sens j'ai souffert d'une importante dépression notamment les trois ans après ma maturité.

Je suis également suivie par la Dre H\_\_\_\_\_ que je vois occasionnellement et surtout par la Dre D\_\_\_\_\_ que je vois au moins une fois par mois. J'ai un employeur compréhensif, qui accepte que certains jours je sois moins productive. J'ai le droit de faire régulièrement des petites pauses. Je ne pourrai pas travailler quatre heures sous pression. J'ai beaucoup de peine à me lever le matin. Ce sont mes parents avec qui je vis qui me font à manger midi et soir. Je n'ai en effet pas l'énergie pour m'occuper de mon ménage. Après mon travail je dois dormir environ trois heures en moyenne. Ce n'est par ailleurs pas toujours évident pour moi de vivre avec mes parents notamment en raison de la bipolarité de ma mère ».

20. A la demande de la chambre de céans, la Dre H\_\_\_\_\_ a indiqué le 15 octobre 2018 que la maladie de Sjögren n'était pas toujours associée à de la fatigue chronique mais que cette association était connue et fréquente ; chez l'assurée, la fatigue chronique, avec des symptômes particulièrement marqués, était associée à la maladie de Sjögren et à un état dépressif ; il était tout à fait vraisemblable que la maladie de Sjögren entraîne, du point de vue de la capacité de travail, une inefficacité après un nombre d'heures, des troubles de la concentration et l'apparition d'un état anxieux ; un traitement antidépresseur avait tout son sens pour l'assurée car celle-ci, outre la fatigue chronique, souffrait d'un état dépressif ; la description faite par le CEMed de la maladie de Sjögren du point de vue factuel était tout à fait convenable (pas d'arthrite, ni d'atteinte systémique actuelle). Néanmoins, les arthralgies et myalgies sans répercussion biologique étaient connues dans la maladie de Sjögren ; quant à la fatigue chronique, elle relevait tant de la maladie de Sjögren que d'un syndrome douloureux chronique.
21. A la demande de la chambre de céans, la Dre C\_\_\_\_\_ a indiqué le 30 octobre 2018 que le trouble anxieux généralisé, présent depuis l'adolescence, s'était péjoré avec les années ; l'assurée présentait un sentiment permanent de nervosité, par moments des tremblements, des tensions musculaires, une sensation de « tête vide », des palpitations, des étourdissements. Ces symptômes étaient extrêmement gênants dans la vie professionnelle de l'assurée et dans sa vie sociale qu'elle fuyait de toute évidence. Le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes

---

somatiques était particulièrement gênant car il entraînait une diminution de la concentration et de l'attention ; une diminution de la confiance en soi ; une perturbation du sommeil qui entraînait une grande fatigabilité ; une baisse d'élan vital et une diminution de l'intérêt et du plaisir marqués ; ceci malgré le traitement antidépresseur d'escitalopram prescrit par la Dre H\_\_\_\_\_. Le trouble de personnalité dépendante handicapait l'assurée dans son quotidien ; elle avait tendance à encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place ; une soumission excessive à la volonté des personnes qui l'entouraient (ses parents avec qui elle vivait, les patients du cabinet...) ; des réticences à faire des demandes car elle ne se sentait jamais la légitimité de le faire malgré leur cohérence ; un sentiment de malaise ou d'impuissance quand elle se trouvait seule en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seule ; une préoccupation par la peur d'être abandonnée par la personne avec qui l'assurée avait une relation proche et d'être livrée à elle-même ; une capacité réduite à prendre des décisions dans la vie quotidienne sans être rassurée ou conseillée de manière excessive par autrui. Des traits de personnalité émotionnellement labile type borderline se démontraient par une image de soi et des objectifs et préférences personnelles (y compris sexuelles) perturbés ou incertains et des sentiments permanents de vide présents. L'assurée faisait des efforts démesurés pour éviter les abandons. Des traits de personnalité anxieux (évitant) poussaient l'assurée à un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension ; une perception de soi comme socialement incompétente, sans attrait ou inférieure aux situations sociales ; une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité ; un évitement des activités sociales ou professionnelles impliquant des contacts important avec autrui de peur d'être critiquée, désavouée ou rejetée. Un trouble de personnalité immature qui plongeait l'assurée dans un univers décalé du monde d'adultes dont elle devrait faire partie à son âge. Les troubles de personnalités étaient présents depuis la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte, moment charnière où se construisait la personnalité des individus.

Sa capacité de travail était de 50 % depuis quatre ans. Elle contestait le diagnostic de dysthymie car l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent et non pas des symptômes en temps et fréquence trop courts et trop légers pour parler de dépression, comme c'était le cas lors d'une dysthymie.

La vie de l'assurée était entravée tant dans sa profession, ses relations professionnelles, sociales et amoureuses. Elle était constamment épuisée malgré la multitude d'efforts répétés, soulignée en thérapie. Malgré aussi sa bonne volonté. Il ne s'agissait donc pas de voir le cas de l'assurée comme celui d'une personne qui souffrait momentanément d'un épisode dépressif dans sa vie, mais d'un réel trouble chronique qui ne s'améliorait pas malgré les efforts et la médication, et qu'il fallait donc considérer avec un pronostic mauvais.

22. Le 12 novembre 2018, le Dr L\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel, bien que la Dre H\_\_\_\_\_ attestait de fatigue chronique liée à la maladie de

---

Sjögren, le Dr F\_\_\_\_\_ avait relevé qu'en l'absence de signes (arthrite, atteinte inflammatoire, atteinte d'organe ou répercussion systémique) la fatigue ne pouvait être expliquée par la maladie de Sjögren. La Dre C\_\_\_\_\_ réitérait un diagnostic de trouble anxieux généralisé mais les symptômes typiques de celui-ci n'étaient pas rapportés ; le diagnostic de dysthymie correspondait mieux que celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, à la symptomatologie décrite par l'assurée, qui n'était pas entravée dans son fonctionnement ; au vu du parcours d'études et professionnel de celle-ci, il n'y avait pas de trouble de la personnalité, l'assurée ayant pu fonctionner dans des activités nécessitant des contacts sociaux en permanence et au niveau familial ; les médecins traitant intégraient les plaintes subjectives de l'assurée, contrairement aux experts qui se prononçaient sur un plan strictement médico-théorique ; les conclusions précédentes du SMR étaient maintenues.

23. Le 13 novembre 2018, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 12 novembre 2018 et a maintenu ses conclusions.
24. Le 15 novembre 2018, l'assurée a observé que les avis des Dres C\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ confirmaient ses propres déclarations lors de l'audience du 1<sup>er</sup> octobre 2018 ; la situation était chaotique depuis son adolescence et les troubles s'étaient aggravés progressivement pour entraîner, depuis quatre ans, une incapacité de travail de 50 % ; l'expertise du CEMed s'était mal passée et n'avait pas de valeur probante, de sorte qu'elle maintenait ses conclusions.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité, singulièrement sur le taux de sa capacité de travail.
5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165

consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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

8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

#### A. Axe « atteinte à la santé »

##### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

##### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

##### 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble

dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de

---

lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

9. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante.

Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

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

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

d. 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).

e. 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 permet 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f. Une expertise sur pièces n'apporte pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54 consid. 2f).

g. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 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). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

h. 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, 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. A 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 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).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat

---

médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

12. a. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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 319 consid. 5a).

b. 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, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à

---

récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

13. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2).

14. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en

---

demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

15. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).
16. En l'occurrence, l'intimé a fondé sa décision sur les conclusions du rapport d'expertise tri-disciplinaire du CEMed du 14 décembre 2017, retenant une capacité de travail totale de la recourante dans toute activité, les diagnostics posés étant considérés sans aucune répercussion sur la capacité de travail. En particulier, sur le plan somatique, les experts relèvent que l'asthénie, qui constitue le facteur limitant selon la recourante, ne s'explique pas par l'atteinte rhumatismale ou la pathologie thyroïdienne ; sur le plan psychique, le tableau clinique est compatible avec un diagnostic de dysthymie et un syndrome douloureux somatoforme persistant non incapacitant (pas de trouble psychologique sévère associé, pas d'organisation pathologique de la personnalité, recourante qui a fait preuve de résilience, réseau social et familial efficient) ; la fatigue et la peur d'éprouver celle-ci entraînent de nombreuses autolimitations, en particulier sociales mais pas dans les activités professionnelles.

Or, ces conclusions sont sérieusement mises en doute par les rapports des Dres C\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Celle-ci, contrairement à l'avis des experts du CEMed, a attesté d'un lien entre la fatigue chronique de la recourante et la maladie de Sjögren, avec répercussion sur la capacité de travail, cela nonobstant l'absence d'arthrite et d'atteinte systémique. Elle a souligné également que les arthralgies et les myalgies, sans répercussions biologiques, sont décrites et connues dans la maladie de Sjögren (rapport du 15 octobre 2018 de la Dre H\_\_\_\_\_). Quant à la Dre C\_\_\_\_\_, elle a clairement contesté le diagnostic de dysthymie ; en référence à son suivi, débuté il y a cinq ans, elle a posé les diagnostics de trouble anxieux généralisé, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec des symptômes somatiques, trouble de la personnalité dépendante, traits de personnalité émotionnellement labile type borderline, traits de personnalité anxieux (évitant) et trouble de la personnalité immature. Ces diagnostics entraînent des limitations fonctionnelles (dont une grande fatigabilité) incapacitante à hauteur de 50 %, depuis quatre ans. Le trouble est chronique, sans amélioration malgré les traitements et la recourante est constamment épuisée malgré les efforts entrepris et sa bonne volonté (rapport de la Dre C\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2018).

Compte tenu de ce qui précède, il est nécessaire d'instruire le cas, par le biais d'une expertise judiciaire bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Celle-ci sera confiée au docteur M\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, à Confignon, et à la doctoresse N\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Genève.

17. S'agissant des questions complémentaires proposées par la recourante, il convient de relever ce qui suit : Concernant le volet rhumatologique, la question 4.3 se recoupe avec la question D.4 de la mission ; la question 4.4 sera maintenue telle quelle mais il sera requis de l'expert qu'il se détermine sur les diagnostics posés par les experts du CEMED (question 8.1 modifiée) ; les questions 6.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.3 et 6.5 seront modifiées dans le sens voulu par la recourante ; il sera ajouté une question 6.1.5 et 6.2.3 (concernant le rendement) ; enfin, la question 10 traite déjà des mesures de réadaptation professionnelle. Concernant le volet psychiatrique, la question 4.3 proposée se recoupe avec la question D.4 de la mission ; les questions 9.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.3 et 9.5 seront modifiées dans le sens requis par la recourante et il sera ajouté une question 9.1.4 et deux questions 9.1.5 et 9.2.3 (concernant le rendement) ; enfin, la question 13 traite déjà des mesures de réadaptation professionnelle.

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

**Préparatoirement :**

I. Ordonne une expertise médicale psychiatrique et rhumatologique. La confie au docteur M\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, à Confignon, et à la doctoresse N\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Thônex.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

**DU POINT DE VUE RHUMATOLOGIQUE :**

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée, notamment la Docteure H\_\_\_\_\_.

C. Examiner l'assurée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de l'assurée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

4.3 En particulier, l'état de santé de l'assurée s'est-il détérioré depuis janvier 2016 ?

4.4. L'assurée présente-t-elle la maladie de Sjögren ? Si oui, quels sont les symptômes de cette maladie ? En particulier, entraîne-t-elle une fatigue chez l'assurée ? Si oui, de quelle gravité ?

5. **Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.2 Dates d'apparition

6. **Capacité de travail**

6.1 L'assurée est-elle capable d'exercer une activité de secrétaire-médicale ?

- 6.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?
- 6.1.3 Si oui, à quel taux de travail l'assurée peut-elle exercer comme secrétaire-médicale ? Depuis quelle date ?
- 6.1.4 En particulier, est-il exigible de l'assurée qu'elle exerce comme secrétaire médicale à un taux supérieur à 50 % ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ?
- 6.1.5 L'assurée présente-t-elle une diminution de rendement ? De quel taux ?
- 6.2 L'assurée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
- 6.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 6.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 6.2.3 L'assurée présente-t-elle une diminution de rendement ? De quel taux ?
- 6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à l'exercice d'une activité lucrative à un taux supérieur à 50 % ? Si oui, lesquelles ?
- 6.4 Comment la capacité de travail de l'assurée a-t-elle évolué depuis janvier 2016 ?
- 6.5 Quel est votre pronostic quant à l'exercice d'une activité lucrative à un taux supérieur à 50 % ?

## 7. **Traitement**

- 7.1 Examen du traitement suivi par l'assurée et analyse de son adéquation.
- 7.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de l'assurée

## 8. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 8.1 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ du CEMed (expertise du 14 décembre 2017) ? En particulier avec les diagnostics posés, l'absence de limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de l'assurée de 100 % dans toute activité ? Si non, pourquoi ?
- 8.2 Etes-vous d'accord avec les avis de la Dre H\_\_\_\_\_ des 19 septembre 2017, 26 avril 2018 et 15 août 2018 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de l'assurée de 50 % au maximum ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le **pronostic** ?

10. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?
11. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

**DU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE :**

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée, en particulier la Docteure C\_\_\_\_\_.
- C. Examiner et entendre l'assurée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
  1. **Anamnèse détaillée.**
  2. **Plaintes de l'assurée.**
  3. **Status clinique et constatations objectives.**
  4. **Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**
    - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
      - 4.1.1 Dates d'apparition
    - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
      - 4.2.2 Dates d'apparition
    - 4.3 En particulier, l'état de santé de l'assurée s'est-il amélioré/détérioré depuis janvier 2016 ?
  5. **Limitations fonctionnelles**
    - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
      - 5.1.2 Date d'apparition
    - 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?
  6. **Cohérence**
    - 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
    - 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
    - 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de l'assurée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de l'assurée ?

6.4 Est-ce que l'assurée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7. **Personnalité**

7.1 Est-ce que l'assurée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ?

7.2 Est-ce que l'assurée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de l'assurée ?

7.4 L'assurée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. **Ressources**

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de l'assurée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de l'assurée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social

d) familial

9. **Capacité de travail**

9.1 L'assurée est-elle capable d'exercer une activité de secrétaire-médicale ?

9.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

9.1.3 Si oui, à quel taux de travail l'assurée peut-elle exercer comme secrétaire-médicale ? Depuis quelle date ?

9.1.4 En particulier, est-il exigible de l'assurée qu'elle exerce comme secrétaire médicale à un taux supérieur à 50 % ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ?

9.1.5 L'assurée présente-t-elle une diminution de rendement ? De quel taux ?

9.2 L'assurée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

- 9.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 9.2.3 L'assurée présente-t-elle une diminution de rendement ? De quel taux ?
- 9.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à l'exercice d'une activité lucrative à un taux supérieur à 50 % ? Si oui, lesquelles ?
- 9.4 Comment la capacité de travail de l'assurée a-t-elle évolué depuis janvier 2016 ?
- 9.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à un taux supérieur à 50 % ?

## 10. **Traitement**

- 10.1 Examen du traitement suivi par l'assurée et analyse de son adéquation.
- 10.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de l'assurée.

## 11. **Appréciation des avis médicaux au dossier**

- 11.1 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ (expertise CEMed du 14 décembre 2017) ? En particulier avec les diagnostics de dysthymie et syndrome douloureux somatoforme persistant, sans conséquence sur la capacité de travail de l'assurée ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Etes-vous d'accord avec les avis de la Docteure C\_\_\_\_\_ des 20 mars 2018, 3 juillet 2018 et 30 octobre 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de l'assurée de 50 % depuis quatre ans ? Si non, pourquoi ?

## 12. Quel est le **pronostic** ?

## 13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

## 14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

## II. **Appréciation consensuelle du cas.**

Compte tenu des limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques, l'assurée dispose-t-elle d'une capacité de travail ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

## III. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le