



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1628/2018

ATAS/644/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 août 2020

6^{ème} 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, Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges
assesseures**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), 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 suivants :
 - état anxio-dépressif depuis 2013 (objectivé par ses soins), préalablement par la doctoresse D_____, FMH médecine interne et endocrinologie-diabétologie,
 - épisodes dépressifs sévères dans le courant de l'année,
 - 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 d'intervention précoce de l'AI (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 chroniques, 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, d'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 Service médical régional AI (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 C_____ 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 E_____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 contraires des médecins traitants, 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, confinant 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 accompagné 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 J_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel la Dre E_____, 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 psychiques et non somatiques et la Dre C_____ retenait plusieurs diagnostics mais ne justifiait pas l'incapacité de travail de 50 % autrement que par les plaintes subjectives 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^{er} 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 E_____ 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 E_____ 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 certain 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 E_____. 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 incompetente, 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 importants 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 K_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel, bien que la Dre E_____ 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 traitants 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 E_____ confirmaient ses propres déclarations lors de l'audience du 1^{er} 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.
25. Par ordonnance du 15 février 2019, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire bidisciplinaire aux Drs L_____, FMH rhumatologie, et M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie. Elle a considéré ce qui suit : 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 E_____. 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 E_____). 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.

26. Le 12 novembre 2019, le Dr L_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur un examen de l'assurée le 4 juillet 2019 et un entretien avec la Dresse E_____ du 4 septembre 2019.

L'assurée se plaignait de douleurs dans tout le corps (aux doigts, orteils, genoux, coudes, cervicalgie), avec des crises douloureuses qui s'étendaient sur plusieurs jours. Il n'y avait pas de diagnostic incapacitant mais des diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de syndrome de Sjögren, diagnostiqué en 2016, d'hyperlaxité des articulations des doigts aux mains et de cervicalgies communes. Les douleurs diffuses et les arthralgies ne pouvaient pas être attribuées objectivement au syndrome de Sjögren, en l'absence de synovites ou de symptômes compatibles avec un diagnostic d'arthrite inflammatoire. Par contre, ces douleurs sans substrat organique rentraient dans le cadre du diagnostic de somatisation posé par l'expert psychiatre. Du point de vue de la prise en charge thérapeutique, le diagnostic de fibromyalgie retenu par la Dresse E_____ pouvait être considéré comme équivalent au diagnostic de somatisation, diagnostic qui avait finalement été retenu par les experts du point de vue médico-assécurologique. La fatigue ne pouvait pas être reliée au syndrome de Sjögren, en l'absence d'arthrite et d'atteinte systémique.

Par contre, les patients souffrant de Sjögren même sans atteinte systémique pouvaient présenter une asthénie et des douleurs somatoformes de type fibromyalgie, sans qu'on puisse l'expliquer par des anomalies objectives. Il y avait aussi des causes psychiatriques à la fatigue de l'assurée, comme le mentionnaient ses médecins traitants. Ce lien était exploré dans le volet psychiatrique de l'expertise. Mais sur le plan rhumatologique, du point de vue médico-assécurologique, il était objectivement impossible de chiffrer quantitativement la relation entre le syndrome de Sjögren (forme non systémique) et la fatigue qui était un symptôme subjectif.

Il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé depuis janvier 2016. L'assurée était capable, sur le plan rhumatologique, d'exercer une activité de secrétaire

médicale à 100 %. Le traitement proposé était adéquat. Il adhérait à l'avis du Dr F_____ du CEMed.

27. Le 19 novembre 2019, la Dresse M_____ a rendu son rapport d'expertise fondé notamment sur trois entretiens avec la recourante (4h30 au total) et un entretien avec la Dresse C_____.

L'assurée se plaignait principalement de fatigue, installée au fil des années, depuis le début de l'âge adulte, de douleurs dans les doigts et les orteils, permanente, avec des pics plus intenses, de sécheresse oculaire et buccale, de difficultés digestives, de sinusite chronique et sueurs, et de bouffées de chaleur.

L'experte a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F 33.00) et, sans répercussion sur la capacité de travail, mais qui potentialisaient le trouble dépressif, de troubles mixtes de la personnalité (F 61.0) et somatisation (F 45.0).

Les troubles de la concentration, l'humeur triste, la baisse de la capacité à envisager l'avenir d'une façon positive, étaient objectivés en entretien. La fatigue n'avait pas pu être clairement objectivée en entretien. Le tableau clinique était cohérent. Une réserve persistait pour la fatigue qui n'avait pas été objectivée mais l'assurée avait été très collaborante, ce qui pouvait éventuellement amener à masquer la symptomatologie liée à la fatigue, l'assurée faisant des efforts pour ne pas le montrer. Selon toute vraisemblance, la vie de l'assurée était touchée dans tous les domaines par les trois diagnostics qui se potentialisaient malheureusement.

L'assurée n'avait pas de vie sociale. Elle avait peu de ressources, hormis son père qui était cependant âgé et malade. Elle était compliant aux traitements, ceux-ci avaient permis une amélioration de l'humeur qui était toutefois incomplète. Les troubles mixtes de la personnalité influençaient de façon négative l'évolution de la symptomatologie dépressive. En effet, les difficultés personnelles et interpersonnelles dues à ce trouble de la personnalité limitaient les ressources de l'assurée pour s'entourer, découvrir de nouvelles activités et de nouvelles personnes qui l'aideraient en retour à se décentrer de ses troubles. Ces troubles mixtes de la personnalité ne permettaient pas à l'assurée de faire entrer la vie dans son existence ; cette dernière était figée, bloquée.

Elle était authentique, sans signes d'exagération.

La capacité de travail était limitée à 50 % en raison de trouble de la concentration, des troubles mnésiques, du besoin de faire des pauses fréquentes et de l'hypersomnie diurne. Les limitations fonctionnelles étaient présentes depuis 2013.

L'appréciation consensuelle du cas effectuée par les experts mentionne ce qui suit : « les deux experts ont chacun pris connaissance de leur évaluation respective. L'expert rhumatologue adhère aux conclusions de l'expert psychiatre, et l'expert psychiatre adhère aux conclusions de l'expert rhumatologue. Les experts relèvent certaines discordances. Premièrement la fatigue n'a pas été visualisée effectivement

lors des entretiens quand bien même c'est la première plainte spontanée de l'assurée. Deuxièmement l'assurée décrit un rythme de siestes sans quoi elle ne tient pas, mais l'expert rhumatologue a relevé à l'anamnèse qu'au moins ponctuellement l'assurée est capable d'effort de concentration important toute la journée sans faire de sieste, comme le démontre son emploi du temps le jour de l'expertise rhumatologique. Globalement, les deux experts s'accordent pour dire que l'attitude générale de l'assurée est plutôt celle d'un manque d'expressivité des symptômes que d'un excès, d'une théâtralisation ou d'une simulation. La détresse est bien réelle selon l'évaluation psychiatrique, les douleurs somatiques sont sans substrat anatomique objectivable mais ne sont pas dues à une exagération. L'attitude de l'assurée a été égale et comparable au cours des entretiens rhumatologiques et psychiatriques. La limitation de la capacité de travail à 50 % est due aux troubles de la concentration, aux troubles mnésiques, aux besoins d'avoir des pauses fréquentes, à l'hypersomnie diurne. Ces limitations fonctionnelles sont vraiment présentes depuis son licenciement en 2014. Auparavant il y avait déjà une symptomatologie dépressive mais l'expertisée était encore capable de travailler, d'étudier et de passer des examens correctement. Il n'y a pas eu de résolution complète des troubles de l'humeur depuis ».

28. Le 4 décembre 2019, l'assurée a estimé que les expertises judiciaires étaient probantes.
29. Le 23 janvier 2020, la Dresse N_____, du SMR, a rendu un avis médical. Elle rejoignait les conclusions de l'expert L_____. En revanche, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger retenu par la psychiatre, ne pouvait être suivi. En comparant les plaintes de l'assurée et le status psychiatrique décrits lors de l'expertise du Dr G_____, en décembre 2017, avec ceux de l'expert actuel, on ne retrouvait pas d'éléments médicaux objectivement différents. Dans les deux situations, l'assurée se plaignait d'une fatigue et fatigabilité qui n'avaient pas été constatées lors des entretiens. La Dresse M_____ décrivait des troubles mnésiques et de concentration, cependant ils reposaient sur les dires de l'assurée, comme par exemple le besoin de faire des pauses sur son lieu de travail, mais cela n'avait pas été objectivé lors des entretiens, et aucun bilan neuropsychologique n'avait été effectué pour objectiver ces points. La thymie légèrement triste observée par la Dresse M_____ pouvait tout à fait s'inscrire dans le cadre d'une dysthymie, comme retenu lors de l'expertise de 2017 ; ainsi il n'y avait pas assez d'éléments objectifs pour poser le diagnostic de trouble dépressif. Par ailleurs, le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait pas être retenu non plus, car il reposait sur les dires du psychiatre traitant ; cependant, l'assurée n'avait pas été hospitalisée en milieu psychiatrique, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail, ni de modification notable du traitement psychotrope. Les activités quotidiennes de l'assurée n'avaient pas été modifiées ces dernières années, notamment par rapport à celles décrites lors de l'expertise psychiatrique de 2017. L'isolement social et la solitude que présente l'assurée s'inscrivaient dans le cadre du développement de sa personnalité, et il n'y

avait pas eu d'évolution ou d'aggravation ces dernières années. Sur le plan professionnel par ailleurs, l'assurée ne présentait pas d'isolement social.

30. Le 23 janvier 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 4 décembre 2019. L'expertise psychiatrique devait être écartée ; elle contenait de nombreuses incohérences et contradictions, les conclusions sur la capacité de travail de seulement 50 % dans toute activité (ainsi que sur les limitations fonctionnelles) ne reposaient sur aucun élément objectif corroboré par les examens cliniques.

Les critères de la CIM-10 pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes somatiques, ne ressortaient pas de son examen clinique mais plutôt des plaintes subjectives de la recourante (cf. absence d'hospitalisation, absence de modification du traitement psychotrope depuis de nombreuses années, pas d'incapacité de travail attestée, gravité de la thymie indiquée comme «légèrement triste fatigue et troubles mnésiques/de la concentration non objectivés, etc ». Les plaintes de la recourante ainsi que le status de l'expertise actuelle étaient identiques à ceux décrits lors de l'expertise effectuée par le Dr G_____, lequel n'avait retenu qu'une dysthymie. Dans les deux expertises susmentionnées, la fatigue et fatigabilité dont se plaignait l'assurée n'avaient jamais été objectivées par les experts, restant ainsi du domaine subjectif.

Le besoin d'avoir des pauses ne pouvait donc pas être retenu comme limitation fonctionnelle ; les troubles mnésiques et de concentration ne reposaient que sur les plaintes subjectives de l'assurée ; des discordances avaient été mentionnées par les experts entre les dires de l'assurée et les éléments médicalement objectivés. L'analyse des indicateurs montrait que :

- S'agissant de l'atteinte à la santé, la recourante ne présentait pas de comorbidité psychiatrique justifiant une seule capacité de travail de 50 %. Les constatations cliniques permettaient d'ailleurs de retenir l'absence de gravité des atteintes retenues.
- S'agissant du traitement, l'expert indiquait que le traitement était adéquat, que la recourante suivait bien et régulièrement une psychothérapie depuis plusieurs années et qu'elle était au bénéfice d'un traitement anti dépresseur lequel avait permis une amélioration (incomplète) sur le plan de l'humeur. Dans ce contexte l'on ne pouvait en aucun cas parler d'échec de traitement, ni d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années (il n'y avait eu aucune modification du traitement et ce depuis de nombreuses années).
- S'agissant des ressources personnelles et de l'entourage, bien qu'un trouble de la personnalité avait été retenu par l'experte judiciaire, ce dernier était décrit comme n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail et comme n'ayant pas empêché la recourante de fonctionner (tant au niveau professionnel que social). La recourante avait des ressources personnelles qui pouvaient être mobilisables (elle se rendait aux rendez-vous médicaux ou autre, se promenait deux fois par jour, elle prenait les transports publics, pouvait fournir des efforts de

concentration importants le matin et l'après-midi ; voyageait, etc). L'assurée pouvait compter sur la présence de son père, des voisines/amies et même des collègues de travail.

- L'on ne pouvait à la lecture de l'expertise parler d'isolement social, l'assurée continuait son activité professionnelle, avait des contacts avec son entourage et voyageait. L'expert judiciaire parlait de « vie sociale extrêmement pauvre » mais ne retenait pas d'isolement.
- L'analyse de la vie quotidienne et sociale indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne et montrait que l'assurée disposait de ressources personnelles préservées (notamment l'exercice de son activité habituelle à 50 %).
- Il y avait un manque de cohérence entre l'incapacité de travail déclarée par l'assurée et les faits et les déclarations figurant au dossier.

31. A la demande de la chambre de céans, la Dresse M_____ a rendu le 17 mars 2020 un complément d'expertise.

Deux critères, l'humeur dépressive et le manque de plaisir dans toutes les activités de la vie quotidienne étaient présents et permettaient de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Ce diagnostic excluait celui de dysthymie. Le concept de fatigue psychique n'étant pas mesurable, elle avait préféré l'écartier des points permettant de faire le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, car lors des entretiens elle n'avait pas constaté de bâillements, d'attitude corporelle avachie et de somnolence. Cela ne voulait pas dire que l'assurée n'était pas fatiguée ou qu'elle ne ressentait pas la fatigue physique ou psychique. Car l'analyse de l'attitude générale (négligée, sans attention à son aspect extérieur) et du discours (latences dans les réponses sans barrages, troubles de la concentration) allaient dans le sens d'une asthénie psychique.

L'assurée avait effectué un voyage en bateau qui était une tentative de changer de cadre pour vaincre sa fatigue mais l'expérience s'était plutôt mal passée et elle n'était plus repartie depuis.

Les troubles de l'humeur dont souffrait l'assurée duraient depuis plusieurs années, les symptômes, même s'il n'y avait pas eu d'hospitalisation, ni de passage à l'acte suicidaire, engendraient la nécessité d'avoir un suivi psychothérapeutique régulier, et affectaient bien tous les domaines de la vie quotidienne. Une visite chez une voisine âgée, amie de la famille, plusieurs fois par an en-dehors de toute vie affective ou amicale ne pouvait être considéré comme une vie sociale normale, même si cela représentait aux yeux de l'assurée un évènement dont elle parlait volontiers. Si, pris isolément, seul le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, avait une répercussion sur la capacité de travail, pris ensemble, ces trois troubles se potentialisaient et entamaient les capacités de ressources de l'assurée. Celle-ci travaillait déjà à 50 % dans un poste aménagé de nombreuses pauses. Elle s'y rendait en voiture car le trajet était court. Elle

bénéficiait de l'aide quotidienne de son père âgé et malade pour les tâches domestiques. Elle n'avait pas d'amis, et n'entretenait aucun lien avec des collègues. Elle sortait vingt minutes deux fois par jour sur conseil de sa psychothérapeute, avec qui elle avait une excellente alliance. En considérant les pathologies évoquées, les contextes personnel, professionnel et familial, déjà aménagés autour des troubles de l'assurée, l'experte, en accord avec son confrère expert rhumatologue, maintenait une capacité de travail de 50 % actuellement, avec un pronostic réservé. Les limitations fonctionnelles de type nécessité d'avoir des pauses fréquentes étaient liées à la fatigue psychique, aux troubles de la concentration et de la mémoire. Ces troubles de la concentration et de la mémoire avaient été mis en évidence à l'examen clinique. Ils étaient compatibles avec les demandes de l'assurée d'avoir des pauses. En pratique lors des entretiens l'assurée avait eu besoin de stopper à certains moments, elle avait demandé du temps pour réfléchir et se concentrer. Un examen neuropsychologique n'avait pas été demandé car elle avait eu suffisamment d'éléments cliniques pour étayer ses conclusions.

De nombreux mois s'étaient écoulés depuis l'expertise du Dr G_____. De ce fait l'expertise actuelle bénéficiait d'un temps supplémentaire pour observer comment les troubles avaient évolué dans le temps. Une atteinte de l'humeur compatible avec une dysthymie à un moment donné mais que l'on voyait par la suite durer dans le temps, donc se chroniciser, ou revenir, devait être convertie du point de vue diagnostique en trouble dépressif récurrent, en l'occurrence dans ce cas un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Le trouble mixte de la personnalité n'affectait pas à lui seul la capacité de travail car des adaptations étaient possibles (poste adapté, aménagement de la vie sociale en conséquence). Toutefois, il avait forcément des répercussions négatives sur le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, en limitant les capacités de ressources personnelles et la capacité de résilience. L'assurée souffrait de somatisation, qui, à elle seule, n'affectait pas la capacité de travail ; par contre ce trouble allait encore altérer la capacité de résilience de l'assurée. Les trois troubles se potentialisaient, altéraient les ressources de l'assurée qui était déjà dans un contexte où elle ne pouvait être aidée plus : au travail elle bénéficiait des pauses et de la compréhension de son employeur. A la maison, son père âgé faisait les courses, cuisinait et faisait l'essentiel du ménage. En psychothérapie, elle allait une fois par semaine à ses entretiens et bénéficiait de médicaments antidépresseurs.

Son examen clinique spécifiait bien un « aspect extérieur négligé, mimiques faciales plutôt tristes et soucieuses, voix monocorde, latences dans les réponses...troubles mnésiques...troubles de la concentration, humeur triste, baisse de l'estime de soi, pas de perspectives d'amélioration, idées de mort de façon intermittente, pas d'envies du point de vue de la libido.... ». L'absence d'hospitalisation ne permettait ni de mettre en doute la réalité d'un trouble dépressif récurrent léger ni d'en banaliser ses conséquences et son impact sur la vie d'un individu. Son examen clinique n'était pas identique à celui du Dr G_____. Le

besoin de pauses fréquentes était lié aux troubles de la concentration et de la mémoire ainsi qu'à la fatigue psychique de l'assurée. Les troubles de la concentration et de la mémoire avaient bien été objectivés en entretiens d'expertise et étaient mentionnés dans l'examen clinique.

32. Le 12 mai 2020, la Dresse N_____, du SMR, a rendu un avis médical. En l'absence de nouvel élément médical objectif de la part de l'experte psychiatre, le SMR maintenait son précédent avis. Les constatations objectives du status ne permettaient pas de retenir un trouble dépressif récurrent ; l'assurée n'avait pas de trouble de la concentration, de culpabilité, d'attitude pessimiste, d'idées suicidaires, de troubles du sommeil ou de l'appétit. Ainsi, tous les critères pour poser le diagnostic de trouble dépressif, même léger, n'étaient pas présents. La fatigabilité et les troubles cognitifs étaient subjectifs et non objectivés lors de l'examen clinique. Il n'avait pas été constaté de ralentissement psychomoteur ; les troubles de la mémoire des faits anciens décrits par l'experte n'étaient pas significatifs pour parler d'un trouble cognitif avéré, entraînant un trouble de la mémoire de travail. La thymie abaissée pouvait s'inscrire dans le cadre d'une dysthymie.

A la lumière des indicateurs, peu importait le diagnostic retenu (de dysthymie ou de trouble dépressif léger), une capacité de travail de 50 % n'était pas justifiée. En effet, les activités quotidiennes de l'assurée étaient semblables depuis de nombreuses années, et ne s'étaient pas détériorées au cours du temps. L'isolement social et la solitude que présentait l'assurée s'inscrivaient dans le cadre du développement de sa personnalité, et il n'y avait pas eu d'évolution ou d'aggravation ces dernières années. Si l'on détaillait l'analyse des indicateurs, on pouvait retenir que l'assurée ne présentait pas d'atteinte grave à la santé, les symptômes de dépression chronique de l'humeur étaient légers. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité décompensé ni d'autre comorbidité psychiatrique ou somatique grave. L'assurée avait des ressources internes, car elle avait pu travailler tout en effectuant des études universitaires parallèlement. Elle pouvait compter sur l'aide de ses parents, en tant que ressources externes. Même si son entourage social était pauvre, il n'était pas nul et était semblable depuis des années. Même si son père l'aidait au quotidien, l'assurée était indépendante dans les actes de la vie quotidienne (repas, courses, toilette, déplacements, entre autres). L'assurée adhérait bien au traitement psychothérapeutique et médicamenteux. L'experte retenait que la situation n'était pas favorable à une modification de traitement, car tout changement représentait un risque d'aggravation car l'assurée surinvestissait ses traitements. Le SMR ne pouvait suivre ce raisonnement, car, lorsqu'une atteinte avait des répercussions sur une capacité de travail, tout devait être mis en œuvre pour améliorer la capacité de travail ; et l'adaptation du traitement antidépresseur faisait partie des actions raisonnablement exigibles, en cas d'atteinte incapacitante. Ainsi, il y avait une contradiction entre une atteinte incapacitante aux yeux de l'expert, et une non-adaptation du traitement psychotrope, car l'assurée le surinvestissait. La gravité de l'atteinte et de la situation que l'experte semblait attribuer à l'assurée, n'était pas

pertinente par rapport au traitement instauré. Par ailleurs, il n'y avait pas d'incapacité de travail linéaire dans le temps depuis 2013/2014, comme le retenait l'experte, car l'assurée avait effectué un bachelor en psychologie tout en travaillant à 50 % en parallèle, en 2014. De plus l'assurée s'était vue proposer d'augmenter son taux de travail mais elle avait refusé pour des raisons subjectives (fatigabilité), sans tenter un essai.

33. Le 12 mai 2020, l'assurée a estimé que l'avis de l'experte psychiatre était probant. Celle-ci avait démontré qu'un examen neuropsychologique n'était pas nécessaire et que la nécessité de faire des pauses était reliée aux troubles de la concentration, de la mémoire (objectivés par l'experte) et à la fatigue psychique. Elle était au maximum d'énergie mobilisable en travaillant à 50 % et l'experte avait souligné une vie sociale extrêmement pauvre.
34. Le 14 mai 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 12 mai 2020.
35. Le 29 mai 2020, l'assurée a requis un délai pour communiquer un rapport médical de la Dresse C_____.
36. Le 23 juin 2020, la recourante a produit un certificat médical de la Dresse C_____ du 22 juin 2020, laquelle retenait la même incapacité de travail que l'expertise judiciaire.

Selon ce certificat, la Dresse C_____ a indiqué que le trouble dépressif récurrent, le trouble anxieux invalidant et le trouble de la personnalité empêchaient l'assurée d'avoir une vie normale et l'incapacité de travail était de 50 % ; la tentative de travail à 70 % en 2015 aux HUG avait aggravé l'état de santé général ; une augmentation de l'antidépresseur avait dû être supprimée en raison d'effets secondaires et d'autres tentatives de traitement médicamenteux s'étaient révélées inefficaces ; il était ainsi erroné de la part du SMR d'affirmer qu'il n'y avait pas eu de changement thérapeutique ; elle présentait une attitude pessimiste, une hypersomnie, une fatigabilité et, par moments, des idéations suicidaires. Elle ne pouvait pas compter sur sa mère, qui souffrait d'un trouble bipolaire jamais totalement stabilisé depuis plus de 20 ans, et vivait en Valais ; depuis l'acquisition d'un bachelor en 2014, la situation s'était nettement péjorée sur les plans somatique et psychiatrique ; plusieurs tests psychologiques effectués en juin 2020 concluaient à la présence d'un trouble dépressif important.

Le 23 juillet 2020, la Dresse N_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel la Dresse C_____ ne décrivait pas de status clinique objectif appuyant un trouble dépressif récurrent sévère, lequel reposait seulement sur des tests subjectifs, et la Dresse M_____ n'avait retenu que des symptômes dépressifs légers et pas de troubles anxieux. S'agissant des traitements, un autre antidépresseur n'avait pas été tenté ; maintenir un même antidépresseur pendant plus de cinq ans allait à l'encontre d'un diagnostic de trouble dépressif sévère.

37. Le 24 juillet 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

38. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

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^{er} 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 malade, 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 asséculoologique 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 (inévitable) 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 LPG) 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).

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).

14. En l'occurrence, la chambre de céans a estimé qu'une expertise judiciaire bidisciplinaire se justifiait, au vu des avis des médecins traitants de la recourante, qui mettaient en doute les conclusions rhumatologiques et psychiatriques du rapport d'expertise du CEMed du 14 mai 2017.
15. La valeur probante de l'expertise judiciaire rhumatologique du Dr L_____, du 12 novembre 2019, est admise par les parties. Celui-ci conclut à la présence de diagnostics de syndrome de Sjögren avec syndrome sec et arthralgies ainsi qu'une hyperlaxité des articulations des doigts aux mains qui n'entraînent aucune limitation fonctionnelle, de sorte que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle de secrétaire médicale est totale.
16. a. S'agissant de l'expertise judiciaire psychiatrique de la Dresse M_____, du 19 novembre 2019, comprenant le complément du 17 mars 2020, la recourante estime qu'elle a pleine valeur probante alors que l'intimé le conteste.
b. Fondé sur trois entretiens avec la recourante (totalisant 4h30), un entretien avec la Dresse C_____, comprenant une anamnèse familiale, socio-affective, professionnelle et médicale psychiatrique, la description des plaintes de la recourante ainsi que d'une journée type, un examen clinique, des diagnostics clairs et motivés, la mention des limitations fonctionnelles et leur incidence sur la capacité de travail de la recourante, les éléments permettant l'analyse des indicateurs jurisprudentiels précités, ainsi qu'une appréciation consensuelle du cas avec l'expert rhumatologue, le rapport d'expertise judiciaire de la Dresse M_____ répond aux critères jurisprudentiels précités permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

L'experte conclut à la présence, chez la recourante, de troubles mixtes de la personnalité (F 61.0), d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F 33.0) et de somatisation (F 45.0), lesquels, pris ensemble, entraînent une limitation de la capacité de travail à 50 %, depuis 2014 (date du

licenciement de la recourante), en raison de troubles de la concentration, mnésiques, de la nécessité de faire des pauses fréquentes, ainsi que d'une hypersomnie diurne.

17. a. Les critiques émises par l'intimé et le SMR à l'encontre de cette expertise judiciaire ne sont pas à même de mettre en doute sa valeur probante.

b. Le SMR conteste la présence du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger, au motif que les plaintes et le status psychiatrique étaient identiques lors de l'expertise judiciaire et lors de celle du Dr G_____ ; la fatigue et fatigabilité n'avaient pu être constatées et le trouble mnésique et de concentration n'avaient pas non plus été objectivés ; la thymie légèrement triste pouvait relever d'une dysthymie, laquelle était définie comme chronique, ce qui était le cas en l'occurrence ; le caractère récurrent du trouble ne reposait que sur les dires du psychiatre traitant, alors qu'aucune hospitalisation n'avait eu lieu. Il y avait seulement une possible diminution du plaisir, pas de trouble de la concentration, de culpabilité, d'attitude pessimiste, d'idées suicidaires, de trouble du sommeil ou de l'appétit ; il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur constaté.

b/aa. Selon la CIM-10 (F 33), le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisode dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). L'épisode dépressif léger présuppose au moins deux ou trois des symptômes (abaissement de l'humeur, réduction de l'énergie et diminution de l'activité), lesquels s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse mais le sujet reste, le plus souvent capable de poursuivre la plupart de ses activités (F 32 et F 32.0).

A cet égard, l'experte a expliqué que si une fatigue physique n'avait pas été mise en évidence chez la recourante, une fatigue psychique était présente. Celle-ci n'étant pas mesurable, elle n'en n'avait pas tenu compte mais elle l'avait néanmoins constatée par une attitude négligée (l'énergie pour effectuer des soins quotidiens, s'occuper de soi était lacunaire), une attitude en repli, des latences dans les réponses sans barrage et des troubles de la concentration ; toute activité envisagée était perçue comme une montagne, tout changement engendrant de l'inquiétude ; les troubles de la concentration et de la mémoire avaient été mis en évidence à l'examen clinique par le besoin de pauses et la nécessité de réfléchir et se concentrer. Un examen neuropsychologique était superflu. Ainsi, contrairement à l'avis du SMR, les troubles de la concentration et de la mémoire ont bien été objectivés par l'experte, tout comme une réduction de l'énergie.

L'experte a indiqué avoir posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger car la recourante présentait deux critères bien présents, soit une humeur dépressive et l'absence de plaisir, à manger et en général, dans toutes les activités de la vie quotidienne ainsi qu'une absence de libido. La recourante n'avait envie de rien mais se forçait à effectuer les tâches de la vie quotidienne, ce qui ne pouvait en

aucun cas être considéré comme dans la norme. Enfin, un sentiment de détresse est aussi bien présent, lequel a été relevé par les experts (appréciation consensuelle de l'expertise judiciaire).

Ainsi, contrairement à l'avis du SMR, la recourante ne présente pas seulement une possible diminution du plaisir, mais répond aux conditions précitées pour qu'un trouble dépressif récurrent léger soit réalisé, par la présence d'une humeur dépressive, une absence de plaisir, une réduction de l'énergie, des troubles de la concentration / mémoire et un sentiment de détresse.

b/bb. S'agissant du diagnostic de dysthymie, l'experte a expliqué qu'il ne pouvait pas être retenu car celui-ci impliquait une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante et dont la durée des différents épisodes était trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Or, la recourante présentait une symptomatologie dépressive survenant à plusieurs reprises dans sa vie, depuis plusieurs années, qui affectait tous les domaines de la vie quotidienne et engendrait la nécessité d'un suivi psychothérapeutique régulier. L'examen clinique n'était pas identique à celui du Dr G_____ de 2017 car la dysthymie diagnostiquée à l'époque, qui s'était chronicisée, devait être convertie en un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Contrairement à l'avis du SMR, la recourante présentait des troubles de la concentration, des idées de mort par intermittence et une perturbation du sommeil (expertise M_____ p. 19).

b/cc. Le SMR estime encore qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail ni de modification notable du traitement psychotrope et que l'isolement social et la solitude relèvent de la personnalité de la recourante.

A cet égard, l'experte a indiqué que la recourante travaillait, mais seulement à 50 %, dans un poste aménagé de nombreuses pauses et qu'elle maintenait cet emploi mais n'était pas capable d'augmenter son taux d'activité. L'absence d'incapacité de travail relevée par le SMR n'est donc pas pertinente ; quant au traitement psychotrope, il avait amélioré la thymie, les troubles phobiques et anxieux mais l'amélioration n'était pas complète et un changement de traitement, vu le contexte, n'était pas préconisé. S'agissant de l'isolement social, l'experte a relevé qu'il était réalisé, la recourante n'ayant aucune vie sociale, ni affective et ne maintenait des contacts qu'avec son père, avec lequel elle vivait.

Au vu des explications étayées de l'experte, il convient de constater que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, qu'elle retient est convaincant.

c. L'intimé et le SMR estiment que l'analyse des indicateurs conclut à l'absence d'incapacité de travail.

c/aa A cet égard, et préalablement, les troubles psychiques diagnostiqués résistent aux motifs d'exclusion, tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie, la recourante étant authentique, sans signes d'exagérations manifestes (expertise M_____ p. 25), avec même un manque

relevé d'expressivité des symptômes (expertise M_____ p. 27 ; appréciation consensuelle).

c/bb Concernant l'axe « atteinte à la santé », les diagnostics posés par l'experte, bien motivés et convaincants, peuvent être retenus ; on peut déduire de l'interaction des trois diagnostics posés, qui se potentialisent, un impact sur la capacité de travail de la recourante en raison des troubles mnésiques, des troubles de la concentration, de la nécessité d'avoir des pauses fréquentes et d'une hypersomnie diurne ; la recourante est dans un emploi à 50 %, au maximum de ses capacités de ressources. On peut ainsi déduire des diagnostics et symptômes retenus par l'experte un degré de gravité important de la maladie.

c/cc La recourante est par ailleurs compliant à son traitement médicamenteux et psychothérapeutique, lequel a permis une amélioration sur le plan de l'humeur, des troubles phobiques et anxieux mais qui reste incomplète. L'experte a relevé qu'en raison d'un surinvestissement des traitements médicamenteux, une modification du traitement était un risque de péjoration. Selon le SMR (avis du 12 mai 2020), l'adaptation du traitement antidépresseur doit être exigible en présence d'une atteinte incapacitante. A cet égard, l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit qu'un traitement peut être exigé d'un assuré, à certaines conditions. Il incombera ainsi à l'intimé d'examiner l'exigibilité d'une adaptation du traitement, compte tenu de l'avis de l'experte judiciaire et de la psychiatre traitante de la recourante. En l'état, la recourante étant compliant au traitement instauré, lequel est reconnu comme adéquat par l'experte (expertise M_____ p. 26), qui estime même qu'il existe un surinvestissement des traitements (complément d'expertise M_____ p. 7), l'échec des traitements doit être reconnu, ce d'autant que la Dresse C_____ a expliqué que d'autres traitement médicamenteux avaient été tentés, sans succès (rapport du 22 juin 2020).

c/dd S'agissant de l'axe « personnalité », l'experte a retenu une comorbidité, soit des troubles mixtes de la personnalité, lesquels se combinent et renforcent les autres diagnostics, en potentialisant le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique ; les difficultés personnelles et interpersonnelles dues au trouble de la personnalité limitent les ressources de la recourante pour s'entourer, découvrir de nouvelles activités et de nouvelles personnes qui pourraient l'aider en retour à se décentrer de ses troubles, son existence étant figée, bloquée (expertise M_____ p. 22, 24 et 25).

c/ee S'agissant de l'axe « contexte social », l'experte a relevé une vie sociale inexistante ; la recourante n'a pas d'amis, n'a aucune activité sociale ni intime ; elle se contente de promener son chien deux fois par jour ; elle voit son père avec lequel elle vit mais pas sa mère, victime d'une maladie psychiatrique grave ; contrairement à l'avis du SMR (du 12 mai 2020), la recourante ne bénéficie ainsi pas du soutien de ses parents mais uniquement de son père (expertise M_____ p. 5, 11 et complément d'expertise M_____ p. 10), ce qui a été confirmé par la Dresse C_____ (rapport du 22 juin 2020).

c/ff S'agissant de la cohérence, l'experte a relevé que tous les domaines de la vie de la recourante étaient touchés par les troubles retenus (expertise M_____ p. 24 - 28). La journée type décrite démontre une activité de la recourante très réduite. En sus de son travail à 50 %, elle promène deux fois par jour son chien, consulte internet, et regarde la télévision. Elle n'a aucun hobby, aucune activité sociale ou récréative et aucune vie sociale (expertise M_____ p. 14 et complément d'expertise M_____ p. 4 et 10), ce qui a aussi été relevé par la Dresse C_____ (rapport du 22 juin 2020).

Le fait, relevé par le SMR, que la recourante est indépendante dans les actes de la vie quotidienne (repas, courses, toilette, déplacement), n'est pas déterminant dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de travail, étant par ailleurs relevé que les tâches ménagères sont effectuées par le père de la recourante, celle-ci n'ayant pas l'énergie pour les assumer (expertise M_____ p. 14 et complément d'expertise M_____ p. 10).

c/gg Enfin, contrairement à l'avis de l'intimé, l'exercice de l'activité habituelle à 50 % ne saurait être considéré comme la preuve de ressources personnelles préservées chez la recourante, la question étant précisément de savoir si celle-ci dispose de suffisamment de ressources pour augmenter cette capacité partielle de travail, ce que l'experte conteste, en relevant que la recourante est actuellement au maximum de ses capacités de ressources (complément d'expertise M_____ p. 9).

On ne saurait, à cet égard, suivre l'intimé qui semble considérer que toute capacité partielle de travail chez un assuré est un indice de ressources suffisantes pour travailler à plein temps.

d. Au demeurant, l'analyse des indicateurs jurisprudentiels conclut à la présence, chez la recourante, d'une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, depuis 2014.

18. En conséquence, au 1^{er} juillet 2017, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations (du 17 janvier 2017), la recourante, dont le statut est celui d'active à 100 %, présentait, depuis plus d'une année, une incapacité de travail de 50 %, laquelle entraîne un degré d'invalidité de 50 %, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, vu l'activité adaptée de secrétaire médicale exercée par la recourante à 50 %. Ce taux ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.
19. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2017.
20. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 12 avril 2018.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2017.
5. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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