RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1642/2022 **ATAS/400/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 juin 2023

Chambre 1

En la cause

A_____ recourante

représentée par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, présidente ; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeuse. Elle a travaillé en qualité de cheffe de rayon dans la grande distribution dès 2005.

Selon son extrait de compte individuel AVS, l'assurée a réalisé des revenus de CHF 53'168.- en 2015, CHF 54'818.- en 2016, et CHF 51'486.- en 2017. Dans un questionnaire rempli en juin 2018, l'employeur a indiqué que, sans atteinte à la santé, celle-ci réaliserait un gain annuel de CHF 58'500.- en 2018.

b. L'assurée a été en incapacité de travail dès le 27 février 2018, date à laquelle elle a été hospitalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) à la suite d'un malaise.

Elle y a séjourné dans le service de médecine interne jusqu'au 8 mars 2018. Les médecins ont retenu à titre de diagnostic principal une anémie macrocytaire normochrome peu régénérative avec anémie de Biermer hémolysante, et les diagnostics secondaires d'œdème des membres inférieurs d'origine indéterminée, de probable hémangiome-thrombose de la jambe droite, d'hypokaliémie substituée, d'hypovitaminose D et B12 sévère, d'hypocalcémie modérée sur hypovitaminose D, et les comorbidités suivantes : by-pass gastrique en 2001, asthme et thromboses veineuses à répétition. Pendant l'hospitalisation, l'hémoglobine était restée stable, mais l'assurée était très fatiguée avec dyspnée à la marche, raison pour laquelle elle avait été transférée pour une réhabilitation globale.

L'assurée a ensuite été hospitalisée jusqu'au 23 avril 2018 au service de médecine de réhabilitation. Le diagnostic principal était un hémisyndrome douloureux gauche et parétique avec signes fonctionnels, et les diagnostics secondaires un syndrome douloureux chronique, un shunt interauriculaire droit/gauche discret, et des lésions ischémiques subaiguës tardives pariétales gauches, diagnostiquées fortuitement le 31 mars 2018 par IRM. L'hémisyndrome douloureux gauche était sans argument à l'IRM cérébrale et médullaire et sans déficit sensitif. Un large bilan rhumatologique, immunologique et infectiologique avait été réalisé, sans révéler de cause précise. Il avait mis en évidence une fibromyalgie avec un score de 19/19. Une prise en charge psychologique était proposée pour les troubles fonctionnels.

L'assurée a par la suite été transférée au service de neuro-rééducation des HUG jusqu'au 18 mai 2018 pour une rééducation multidisciplinaire. Les médecins y ont diagnostiqué une hémiparésie douloureuse gauche progressive d'origine fonctionnelle, d'évolution favorable, ainsi qu'un foramen ovale perméable avec shunt interauriculaire, un filament valvulaire aortique compatible avec un fibroélastome, et des lésions hémorragiques pariétales gauches secondairement

ischémiques. L'assurée avait vu une amélioration de sa symptomatologie durant son séjour, mais les objectifs initialement fixés, soit la marche sans moyen auxiliaire, n'avaient pas pu être complètement atteints. A sa sortie, elle se déplaçait avec une canne anglaise. Sans moyen auxiliaire, la marche s'effectuait sur un périmètre de 100 m avec quatre pauses.

c. L'assurée a adressé une demande de prestations à l'office d'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 9 mai 2018.

d. Dans un rapport à la suite d'une consultation du 14 juin 2018, la docteure B_____, médecin au service de neuro-réadaptation des HUG, a diagnostiqué un syndrome fonctionnel avec hémiparésie douloureuse gauche progressive et un accident vasculaire-cérébral (AVC) ischémique secondairement hémorragique pariétal gauche, découvert fortuitement le 31 mars 2018. Elle a pour le surplus repris les diagnostics déjà posés par ses confrères dans les précédents rapports. Dans son rapport du 18 juillet 2018, ce médecin a précisé que l'examen de juin 2018 ne révélait pas de trouble cognitif majeur et que l'AVC n'était pas impliqué dans la parésie, à laquelle les limitations étaient imputables. Au vu de la nature mixte neurologique et psychiatrique de la pathologie, le pronostic était favorable, à condition qu'une prise en charge psychiatrique soit mise en œuvre. Il était trop tôt pour déterminer la capacité de travail. Le 15 août 2018, la Dre B_____ a noté des progrès remarquables dans les séances de physiothérapie. Dans son rapport du 19 octobre 2018, elle a confirmé l'évolution lentement favorable, malgré un sentiment d'angoisse sous-jacente de l'assurée. Elle a ajouté que le moment était propice pour aborder le thème de la reprise professionnelle.

e. Le 15 mai 2018, la docteure C_____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a indiqué à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie que celle-ci devrait normalement récupérer sa capacité de travail. Les 20 décembre 2018 et 16 mai 2019, ce médecin a confirmé que la capacité de travail restait nulle pour l'heure, malgré certains progrès. Dans son rapport du 28 août 2019, elle a fait état de la persistance d'un handicap moteur léger qui concernait les membres supérieurs et inférieurs gauches. La rééducation était en cours, avec des progrès. L'assurée présentait une faible résistance au stress avec un terrain anxieux. Par courrier du 25 novembre 2019 à l'OAI, la Dre C_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était entière dans un poste respectant l'ensemble des restrictions listées dans son courrier du 28 août 2019.

f. La docteure D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a noté dans son rapport du 15 juin 2018 l'absence d'antécédent psychiatrique, malgré un trouble anxieux et dépressif mixte de longue date, exacerbé par des facteurs de stress, notamment la maltraitance par l'ex-mari de l'assurée. En fonction du stress, des éléments paranoïaques émergeaient. L'humeur était fluctuante, mais souvent avec tristesse et colère, sentiment d'injustice, troubles du raisonnement et du jugement, méfiance et interprétation sur un mode persécutoire, et crises d'angoisse avec symptômes neurovégétatifs. Les diagnostics psychiatriques étaient une

personnalité paranoïaque (F 60.0), un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), et des troubles moteurs dissociatifs (F 44.4). Au plan psychique, le pronostic pourrait être relativement favorable, mais il dépendait fortement des conditions de travail et de l'ambiance relationnelle. Les limitations fonctionnelles psychiques étaient les crises d'angoisse en situation de stress, le sentiment de persécution qui conduirait à des conflits, et les réactions de colère ou d'angoisse. L'assurée avait des ressources internes, avec beaucoup de volonté et de persévérance. Elle appréciait le jardinage. Du point de vue psychiatrique, elle pourrait travailler quatre heures par jour. Le domaine de la vente ne paraissait pas favorable.

La Dre D_____ a confirmé le diagnostic de personnalité paranoïaque dans ses rapports du 3 juillet et du 19 décembre 2020.

g. L'employeur a résilié les rapports de travail pour le 27 février 2020.

h. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, après avoir donné la possibilité à l'assurée de se déterminer sur la mission d'expertise et les experts désignés, soit les docteurs E_____, spécialiste FMH en neurologie, F_____, spécialiste FMH en médecine interne, et G_____, spécialiste en psychiatrie, médecins au CEMed.

Ces médecins ont rendu leurs rapports le 23 novembre 2022 et ont également procédé à une évaluation consensuelle de la capacité de travail et de gain de l'assurée.

Ils ont posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de maladie thrombo-embolique veineuse ; d'obésité morbide ; de status après by-pass gastrique en 2002 ; d'hypothyroïdie substituée ; de pluri-atopie avec asthme ; de déficit en B1 substitué dans le contexte d'une maladie de Biermer, d'une atrophie gastrique et du by-pass ; de carence en vitamine D substituée ; de suspicion non confirmée de fibroélastome aortique ; de foramen ovale perméable discret ; d'hémisyndrome fonctionnel et douloureux gauche d'origine indéterminée ; d'hémiparésie gauche d'intensité légère, de caractère inconstant et fluctuant ; de céphalées ; de séquelles vasculaires ischémiques pariétales gauches ; de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43. 22) ; et de trouble moteur dissociatif (F 44.4). Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. S'agissant des aspects de la personnalité pouvant avoir une incidence, il existait des traits anxieux et obsessionnels, essentiellement dans la sphère professionnelle. En ce qui concernait les ressources, l'assurée était pleinement autonome dans les activités de la vie quotidienne. Ses ressources personnelles et sociales étaient préservées, et on ne constatait pas de facteurs de surcharge. En ce qui concernait la cohérence, il existait plusieurs incohérences à l'examen neurologique de la force de l'hémicorps gauche. Il existait également une discordance entre ces anomalies et la pleine autonomie dans la vie quotidienne annoncée par l'assurée. La principale divergence était le diagnostic de personnalité paranoïaque retenu par la psychiatre traitante, sans précisions symptomatiques, dont on ne retrouvait pas ce

jour les critères habituels. Il n'y avait pas d'incohérences entre les plaintes psychiques de l'assurée et les constats à l'examen clinique. Les experts ont admis une capacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis septembre 2020, date à laquelle les troubles psychiques s'étaient amendés.

i. Après avoir accordé une mesure professionnelle à l'assurée sous forme de coaching, l'OAI lui a octroyé un placement du 1er décembre 2020 au 29 mai 2021 pour un stage à 50% auprès de I_____ au service des ressources humaines.

j. Dans un avis du 9 décembre 2020, le docteur H_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), se référant à l'expertise, qui concluait à une capacité de travail entière dans toute activité depuis septembre 2020 en raison de la rémission à cette date du trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, a estimé qu'il existait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès septembre 2019, comme l'attestait la Dre D_____ dans son rapport du 17 septembre 2019. Il admettait ainsi l'aptitude à la réadaptation dès ce moment.

k. L'assurée a contracté le COVID en mai 2021. Elle a été hospitalisée du 30 mai au 14 juin 2021, et a subi une incapacité de travail jusqu'au 7 juillet 2021 selon les renseignements qu'elle a donnés à l'OAI.

l. Le 4 novembre 2021, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Pour le revenu après invalidité, il a indiqué un revenu CHF 55'222.- indexé en 2019 et, réduit à CHF 27'611.- compte tenu d'une capacité de travail de 50%. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 59'078.- en 2018. La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 53.26%. Il était fait référence à la comparaison des revenus réalisée le 27 février 2020, dans laquelle l'OAI avait établi le revenu après invalidité en fonction du revenu tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse pour la structure des salaires (ESS) 2016, tableau TA1_tirage_skill_level, soit CHF 55'045.- une fois indexé à 2019.

m. Le 9 novembre 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision prévoyant l'octroi d'une rente entière dès le 1er février 2019 puis d'une demi-rente correspondant à un taux d'invalidité de 53% du 1er janvier 2020 au 30 novembre 2020. L'OAI a considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% dès le 17 septembre 2019 et de 100% dès le 1er septembre 2020, et a repris son calcul d'invalidité. D'autres mesures de réadaptation ne se justifiaient pas.

n. Le 13 décembre 2021, l'assurée a formulé des observations sur le projet de décision, concluant en substance à l'octroi illimité dans le temps d'une demi-rente. Elle a contesté les conclusions de l'expertise psychiatrique. Une reprise à 100% n'était pas exigible. Elle a relaté plusieurs difficultés rencontrées durant son stage. Elle a affirmé qu'un abattement devait être appliqué au revenu d'invalide. Des mesures professionnelles se justifiaient.

Elle a produit les pièces suivantes :

- rapport du 26 novembre 2021 de la Dre D_____, reprenant le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque dont elle a donné les caractéristiques, qui menaient selon elle à une inadaptation sociale et professionnelle. Une activité professionnelle impliquant des échanges avec les autres n'était pas adaptée, mais une activité professionnelle serait indiquée, dans un premier temps à 50%, avec possibilité d'augmenter le temps de travail. Ce trouble ne pouvait être guéri, et le traitement psychothérapeutique visait le soutien et la gestion des crises ;
- certificat du 9 décembre 2021 de la Dre C_____ faisant état d'un handicap moteur lié à l'hémiparésie, avec une obésité sévère limitant l'assurée dans ses efforts physiques et sa mobilité, et un gros syndrome anxieux et dépressif sous-jacent. Un effort d'adaptation et de concentration à un poste de travail ne semblait pas exigible plus de quatre heures par jour ;
- rapport de l'infirmière de I_____ suivant l'assurée durant son stage, notant que celle-ci était ralentie et éprouvait encore des difficultés malgré une nette évolution et de nombreux progrès.

o. Le SMR a maintenu ses conclusions dans son avis du 22 décembre 2021.

p. Par décision du 7 avril 2022, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er février au 31 décembre 2019, puis une demi-rente du 1er janvier au 30 novembre 2020.

B. **a.** Par écriture du 20 mai 2022, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'intimé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à la constatation de son droit à une rente entière d'invalidité, subsidiairement à une demi-rente assortie de mesures professionnelles. Elle a contesté une amélioration de son état de santé au 1er janvier 2020. Elle considérait avoir droit à une rente entière d'invalidité, compte tenu de son état de santé. Elle contestait l'appréciation médicale, notamment de sa capacité de travail et de ses limitations fonctionnelles. Elle contestait également le calcul de l'invalidité. La décision n'étant pas motivée, elle demandait son annulation et le renvoi à l'intimé pour prononcé d'une décision conforme. Si la chambre de céans devait considérer la décision comme suffisamment motivée, la recourante solliciterait alors un délai pour compléter son recours.

b. Dans sa réponse du 20 juin 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. La motivation de sa décision figurait au dossier. En tout état de cause, une éventuelle violation sur ce point devait être considérée comme réparée. Quant à l'expertise, elle avait pleine valeur probante, et l'appréciation de la capacité de travail de la recourante ne saurait être remise en question. Le calcul de l'invalidité était conforme au droit. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, l'intimé a rappelé que la recourante avait bénéficié d'un coaching.

c. Le 16 septembre 2022, la recourante a complété son recours.

Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'audition de la Dre D_____ et à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique ; principalement à l'annulation de la décision et à la constatation du droit à une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps ; et subsidiairement à l'annulation de la décision, à la constatation du droit à une demi rente d'invalidité sans limitation dans le temps, et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à des mesures professionnelles.

d. Dans ses déterminations du 11 octobre 2022, l'intimé a persisté dans ses conclusions, affirmant en substance que l'expertise du CEMEd avait pleine valeur probante.

e. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante le 14 octobre 2022.

f. Sur ce, 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), 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2021 est applicable au litige, dès lors que le recours n'était pas encore pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).

La LAI a connu une novelle le 19 juin 2020, entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Dans ce cadre, le système des quarts de rente jusque-là applicable a été remplacé par un système linéaire de rentes (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'assurance-invalidité], FF 2017 2442). Cela étant, conformément aux principes de droit intertemporel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable est en principe celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Partant, les dispositions topiques seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

Malgré leurs formulations, on interprétera les conclusions de la recourante comme tendant à l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, si bien qu'elles sont de nature condamnatoire et non constatatoire, et sont partant recevables (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

5. Il convient en premier lieu de trancher le grief que soulève la recourante en lien avec le défaut de motivation allégué de la décision.

5.1 Le droit d'être entendu, garanti à l'art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), comprend celui d'obtenir une décision motivée. Conformément à ce principe, l'autorité doit indiquer dans son prononcé les motifs qui la conduisent à sa décision (ATF 123 I 31 consid 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_954/2008 du 29 mai 2009 consid. 3.1). Le destinataire de la décision doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 139 V 496 consid. 5.1). La violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant

une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 124 V 180 consid. 4a).

5.2 En l'espèce, si la décision ne comporte pas de motivation, le projet de décision adressé par l'intimé à la recourante en novembre 2021 mentionnait tous les éléments fondant sa position, notamment s'agissant du calcul du degré d'invalidité et de la capacité de travail retenue. Dans la mesure où la décision reprend les termes de ce projet, on doit admettre que la recourante – assistée d'une avocate – était bien en mesure d'en saisir les fondements. Par ailleurs, l'intimé a transmis le dossier complet de la recourante à son conseil le 9 mai 2022, lequel contenait la motivation de la décision adressée à la caisse de compensation, de sorte qu'une éventuelle violation du droit d'être entendue de la recourante devrait en toute hypothèse être considérée comme réparée.

Le grief de la recourante doit ainsi être écarté.

6. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

7. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

8. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2011 du 24 février 2012 consid. 4 et les références). Dans un tel cas, la date de la modification est déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201). Conformément à l'alinéa premier de cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1).

9. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

9.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

9.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

9.3 S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

10. Dans un arrêt portant sur les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que 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.

10.1 Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (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. À 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 joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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 (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité 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 ses 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 révélée par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (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 (ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

10.2 La fibromyalgie est considérée comme faisant partie des atteintes psychosomatiques soumises à la grille d'évaluation normative et structurée développée par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.2).

10.3 Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

Il convient encore de préciser que 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 elle 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).

11. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

11.1 L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

11.2 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_284/2020 du 8 juillet 2020 consid. 2.2).

11.3 Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Le revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 4 jusqu'à l'ESS 2010 et niveau 1 dès l'ESS 2012) est une valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1).

11.4 Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

12. Il convient en premier lieu d'examiner si l'expertise des médecins du CEMed satisfait les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus.

12.1 Au plan neurologique, le Dr E_____ a retenu dans son rapport le diagnostic d'hémiparésie gauche d'intensité légère et de caractère inconstant et fluctuant. Le diagnostic différentiel se posait avec un trouble somatoforme, dont l'experte psychiatre devait évaluer la plausibilité. La recourante présentait également des céphalées épisodiques fréquentes, d'origine probablement multifactorielle, notamment de tension et par abus d'antalgiques. Ces céphalées primaires ne constituaient pas une limitation fonctionnelle significative et durable de la capacité de travail. La recourante présentait en outre des séquelles vasculaires sans traduction clinique objectivable, qui n'étaient pas en relation de causalité avec les troubles moteurs hémicorporels. Ces anomalies n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle. Le neurologue a relevé que la recourante confirmait avoir recouvré une pleine autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Depuis environ un an, elle pouvait se déplacer de façon autonome. L'examen neurologique révélait quelques incohérences manifestes, telles que des difficultés à effectuer les divers mouvements de la jambe gauche lors du testing musculaire, alors que les performances s'amélioraient si la recourante était stimulée. De plus,

celle-ci pouvait marcher sans difficulté en prenant appui sur sa jambe gauche. Il n'existait par ailleurs aucune anomalie lors de l'examen de la sensibilité et des réflexes, et il n'y avait pas de signes pyramidaux. Le bilan radiologique en 2018 n'avait révélé aucune lésion organique cérébrale ou médullaire expliquant les symptômes. Il n'existait pas non plus d'argument clinique en faveur d'une origine périphérique. Si un trouble neurologique fonctionnel était possible, l'examen réalisé n'en mettait pas en évidence les signes diagnostiques nécessaires (signe de Hoover, signe de l'abduction de hanche). En conséquence, aucune limitation fonctionnelle ne pouvait être retenue au sens de la neurologie. L'évolution clinique avait été lentement favorable depuis le mois de février 2018, à la faveur de séances régulières de physiothérapie et d'ergothérapie. L'expert, outre les incohérences constatées à l'examen clinique, a noté une discordance entre ces anomalies et la pleine autonomie déclarée par la recourante dans sa vie quotidienne, celle-ci se disant capable d'effectuer quotidiennement toutes ses tâches ménagères et de promener ses chiens. Sa capacité de travail dans l'activité habituelle était complète. Elle avait été nulle durant le séjour hospitalier, soit durant trois mois dès février 2018, puis à nouveau totale depuis mai 2018. La réadaptation professionnelle dans le domaine des ressources humaines était exigible du point de vue neurologique.

12.2 L'expert de médecine interne a notamment relevé dans l'anamnèse que le syndrome douloureux s'était exacerbé depuis début 2018 et que la fibromyalgie avait été évoquée lors du séjour aux HUG. Le Dr F_____ a décrit les plaintes de la recourante. A l'examen clinique, hormis l'hémisyndrome gauche, on ne trouvait pas d'argument en faveur d'une maladie rhumatismale évolutive. La palpation des diverses insertions tendino-musculaires était douloureuse, surtout à l'hémicorps gauche, à peine mobilisable et avec des douleurs à l'effleurement. Les points de fibromyalgie étaient positifs, surtout à gauche, et tous les signes de Waddell étaient présents. Après avoir posé les diagnostics relevant de la médecine interne, le Dr F_____ a indiqué s'agissant de la capacité de travail qu'après correction de l'anémie et des diverses carences, l'évolution avait été favorable. Durant son hospitalisation, la recourante avait manifesté un hémisyndrome douloureux et moteur de l'hémicorps gauche, qui avait nécessité une longue prise en charge qui se poursuivait. Les progrès étaient lents, mais importants puisqu'elle se déplaçait sans aide et qu'elle était autonome. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100%, soit huit heures trente par jour, hormis durant trois mois dès février 2018. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle significative.

12.3 Dans le cadre de l'expertise psychiatrique, la Dre G_____ a rapporté que l'assurée ne se disait pas vraiment triste, mais plutôt préoccupée. Elle était encore motivée par ses filles, sa mère, ses chiens, sa formation, elle ressentait encore du plaisir. Elle se plaignait de fatigue fréquente. Elle ne verbalisait pas d'idées noires, de troubles de la concentration, de modifications sur le plan psychomoteur, de troubles de l'appétit. L'anamnèse retrouvait des ruminations anxieuses, adaptées,

centrées sur son avenir professionnel et sanitaire, mais pas d'autre trouble de cet ordre. L'entretien révélait essentiellement des traits anxieux et obsessionnels (hyperinvestissement professionnel). L'experte a posé les diagnostics non incapacitants de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22), survenu dans les suites de l'incapacité de travail de 2018, et réactivé par le licenciement de février 2020, en rémission depuis septembre 2020 ; et de trouble moteur dissociatif (F 44.4), retenu eu égard aux manifestations neurologiques concernant la motricité sans trouble somatique pouvant les expliquer, depuis l'hospitalisation et sans rémission à ce jour. Elle a exclu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), en l'absence de détresse psychique engendrée par la symptomatologie douloureuse, ainsi que celui de personnalité paranoïaque. On ne retrouvait pas les critères de la CIM-10 de ce trouble, en particulier pas de sensibilité excessive, pas de caractère soupçonneux, pas de surévaluation de sa propre importance et pas de tendance conspirationnelle. De plus, la recourante ne décrivait aucune difficulté interpersonnelle, notamment dans le domaine professionnel, classiquement retrouvée dans une telle atteinte.

L'experte psychiatre s'est également prononcée sur les critères jurisprudentiels relatifs au caractère incapacitant de troubles psychiques. Dans ce cadre, elle a souligné que la personnalité ne présentait pas de particularité. Il n'y avait pas d'incohérences entre les plaintes psychiques de la recourante et les données de l'examen clinique. Il n'y avait pas lors de l'entretien d'éléments en faveur d'une majoration des symptômes. En ce qui concernait les ressources, elles étaient globalement bonnes. On n'identifiait pas de difficultés de communication, d'adaptation et de flexibilité mentale, d'évaluation et de résolution de problèmes, d'endurance et d'organisation. La recourante bénéficiait de l'étayage de sa famille, soit ses filles, sa mère et son frère. La Dre G_____ a conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle depuis septembre 2020, date de rémission des troubles retenus. Bien qu'il n'y ait pas de limitations fonctionnelles retenues dans l'activité habituelle, on pouvait conseiller, afin d'améliorer le pronostic de retour à l'emploi, de ne pas reprendre un emploi dans la vente. En effet, la recourante reliait ses problèmes somatiques à un surmenage professionnel dans cette activité. L'activité d'assistante en ressources humaines paraissait adaptée, à plein temps.

12.4 Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont admis une incapacité de travail totale en raison essentiellement des atteintes psychiques jusqu'en septembre 2020. Le SMR a amendé ces conclusions, en ce sens qu'il a repris l'exigibilité de 50% dans une activité adaptée admise par la Dre D_____ dès septembre 2019.

12.5 Les médecins ont pris connaissance de l'ensemble du dossier de l'intimé, qu'ils ont complété en sollicitant plusieurs documents radiologiques qui n'y avaient pas été versés. Ils ont relaté de manière fouillée l'anamnèse de la recourante, qu'ils ont interrogée sur ses plaintes, avant de procéder à des examens

cliniques dont ils ont détaillé les résultats. Leurs diagnostics sont motivés et leurs conclusions sont claires. Ils ont en outre procédé à une appréciation consensuelle du cas. Partant, au plan formel, l'expertise contient tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

12.5.1 Au plan somatique, il n'existe pas de rapport médical justifiant que l'on retienne la persistance d'une incapacité de travail au-delà de septembre 2019. Cela correspond en effet au rapport de la Dre C_____, qui admettait une pleine capacité dans une activité adaptée dès août 2019 – étant souligné que la Dre B_____ estimait que la réinsertion devait être discutée en octobre 2018 déjà. La Dre C_____ est par la suite revenue sur cette évaluation dans son certificat du 9 décembre 2021, faisant état d'une capacité de travail de 50%. Toutefois, dans la mesure où elle n'a donné aucune explication sur cette seconde appréciation, qui n'est étayée par aucun nouveau diagnostic que les experts auraient ignoré, ce certificat ne suffit pas à mettre en doute la capacité de travail admise par ceux-ci. L'infection au COVID survenue en mai 2021 n'a pas non plus donné lieu à une incapacité de travail durable, puisque la recourante a uniquement signalé à l'intimé un arrêt de travail jusqu'au 14 juillet 2021.

12.5.2 Du point de vue psychique, la Dre D_____ atteste une capacité de travail de 50%, qu'elle impute au diagnostic de personnalité paranoïaque. On doit en premier lieu souligner que l'experte psychiatre a bien motivé les raisons pour lesquelles elle ne retenait pas cette atteinte. Dans son rapport du 19 décembre 2020, la Dre D_____ se contente de faire valoir que la durée d'une expertise serait insuffisante pour détecter un tel trouble, et reproche implicitement à sa consœur de ne pas avoir pris connaissance de ses notes de consultation, lesquelles contiendraient de nombreux exemples de manifestations paranoïaques. Sur les obligations de la Dre G_____ de prendre contact avec la psychiatre traitante, il suffit de rappeler que dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise, soit les modalités de l'examen clinique et le choix des examens complémentaires, est laissée au libre arbitre de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C 538/2009 du 8 janvier 2010 consid. 3.3).

Par ailleurs, sur le fond, on constate que si la psychiatre traitante a réitéré le diagnostic de personnalité paranoïaque dans ses différents rapports, elle n'en a jamais évoqué de symptômes concrètement observés. Les caractéristiques de la personnalité paranoïaque décrites par la Dre D_____ dans son rapport du 3 juillet 2020 sont la méfiance et une attitude soupçonneuse et hostile, manifestée par une virulence déclarée, par des plaintes répétées ou par une réserve sourde et hostile, qui handicaperaient selon elle la recourante dans ses relations. Or, aucun des médecins ou des intervenants ayant suivi la recourante à moyen ou long terme, notamment au cours de son hospitalisation, n'a rapporté une attitude hostile ou une défiance de sa part. Aucune difficulté relationnelle n'est signalée avec l'entourage de la recourante, qui peut compter sur son cercle familial. On relève aussi que la recourante a eu une vie professionnelle stable jusqu'à l'atteinte

survenue en 2018, alors même qu'un trouble de la personnalité paranoïaque – et partant son incidence sur la capacité de travail – remontent généralement à l'adolescence selon l'expérience médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.4). Aucun problème de cet ordre n'est non plus relevé dans le rapport de stage de I_____ du 14 juillet 2021, lequel n'émet aucune critique sur le comportement de la recourante. Les échanges que celle-ci a eus avec la psychologue du service de réadaptation de l'intimé sont par ailleurs tous courtois et parfaitement adaptés au contexte, sans trace de la moindre animosité, attitude vindicative ou expression d'un sentiment de persécution. On peut en particulier noter que ladite psychologue a expressément indiqué dans une note du 13 mai 2020 qu'elle avait interpellé le *case manager* en charge du dossier de la recourante pour l'assurance-maladie sur ce diagnostic. Ce dernier, ancien infirmier en psychiatrie, lui aurait répondu n'avoir perçu aucune attitude de paranoïa chez la recourante. Les experts ont eux aussi décrit la bonne collaboration et l'ouverture de la recourante.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'avis isolé de la Dre D_____ quant au diagnostic de personnalité paranoïaque, qu'aucun indice extérieur n'étaye, ne convainc pas. On ne saurait ainsi se rallier à l'incapacité de travail de 50% induite par ce trouble selon la psychiatre traitante.

Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirme la recourante, les médecins ont bien procédé à une analyse des critères dégagés par la jurisprudence pour admettre le caractère incapacitant d'un trouble sans étiologie claire, puisqu'ils ont décrit les aspects particuliers de la personnalité, les incohérences éventuelles et les ressources de la recourante. En ce qui concerne en particulier ces ressources, elles sont également notées par la psychiatre traitante dans ses rapports du 15 juin 2018 du 3 juillet 2020. Enfin, le diagnostic de fibromyalgie a bien été évoqué par le Dr F_____.

Les lacunes relatées dans le rapport de stage du 14 juillet 2021 ne suffisent pas à remettre en cause l'aptitude à la reprise de la recourante. En effet, les oublis et la nécessité de prendre des notes qui y sont mentionnés – qui peuvent au demeurant s'expliquer notamment par le fait qu'il s'agit d'une nouvelle activité dans laquelle la recourante ne dispose d'aucune expérience – ne sont pas imputables à une atteinte médicale, en l'absence de tout trouble cognitif actuel. On doit également relever que ce rapport est globalement positif, et que les progrès de la recourante y ont été notés. Il n'est d'ailleurs pas anodin de souligner que I_____ a accepté de prolonger ce stage, et que selon la note de l'intimé du 15 juillet 2021, les responsables du stage ont indiqué qu'ils avaient eu l'impression que le taux de travail aurait pu être augmenté.

12.6 Eu égard à ce qui précède, on renoncera, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2), à procéder aux mesures d'instruction requises par la recourante.

On s'en tiendra ainsi aux conclusions du SMR du 9 décembre 2020, qui, se fondant sur les avis des experts et de la Dre D_____, a admis une capacité de travail nulle dans toute activité de février 2018 à septembre 2019, puis de 50% dès septembre 2019 à septembre 2020, la recourante étant en mesure d'exercer son activité habituelle.

13. Il reste à examiner le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé dès septembre 2019, le degré d'invalidité total de février 2018 jusqu'à cette date étant admis.

13.1 Pour le revenu sans invalidité, l'intimé a retenu un montant de CHF 59'078.- en 2019. Ce revenu est légèrement supérieur au salaire communiqué par l'employeur pour 2018 (CHF 58'500.-), même compte tenu de l'indexation. On ne s'en écartera ainsi pas.

13.2 S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'ESS, soit CHF 4'371.- par mois et CHF 54'681.- par an. On notera que ce revenu est plus favorable que celui de CHF 4'511.- correspondant à une activité de niveau 2 dans le commerce de détail selon l'ESS 2018 (TA1_skill_level), auquel la recourante pourrait également prétendre au vu de son CFC de vendeuse. Une activité simple et répétitive lui procurerait un revenu de CHF 27'340.50 à 50%.

La comparaison des revenus avant et après invalidité aboutit ainsi à 54.37%, ce qui donne droit à une demi-rente.

Compte tenu de la capacité de travail totale que la recourante a recouvrée en septembre 2020, la comparaison du revenu avant invalidité de CHF 59'617.- (CHF 58'500.- indexé) et du revenu après invalidité de CHF 55'725.-, correspondant au salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives une fois indexé et adapté à la durée normale de travail en 2020, aboutit à une perte de gain de 6.53%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente.

On notera que l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation en ne tenant compte d'aucun abattement sur le revenu d'invalide. En effet, une telle réduction ne se justifie pas au vu des circonstances, notamment de l'absence de limitations fonctionnelles et de la capacité de travail complète. La chambre de céans n'a ainsi pas à substituer son appréciation à celle de l'autorité.

13.3 C'est ainsi à juste titre que l'intimé a alloué une rente entière dès la fin du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI, puis une demi-rente à la recourante trois mois après l'amélioration de son état de santé en septembre 2019, et qu'il l'a supprimée trois mois après que celle-ci a pleinement recouvré sa capacité de travail.

Sa décision doit ainsi être confirmée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente.

14. La recourante conclut également à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

En premier lieu, il faut souligner que de telles mesures sont en principe inutiles, dès lors que la capacité médico-théorique de la recourante dans son activité habituelle est redevenue entière. De plus, son degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à des mesures de reclassement. Enfin, elle a déjà bénéficié de telles mesures, sous forme d'un coaching afin de cibler une piste professionnelle. Il n'est à cet égard pas inutile de relever que selon la note de l'intimé du 19 octobre 2021, si la motivation de la recourante n'était pas mise en cause, celle-ci n'avait pas collaboré de manière optimale avec le coach, à qui elle ne soumettait pas ses lettres de motivation avant leur envoi et aux courriers duquel elle ne répondait pas systématiquement. Elle avait par ailleurs décidé de manière autonome de faire une formation de gestionnaire en ressources humaines et avait requis la prise en charge par l'intimé après avoir trouvé un stage à I_____. Ces démarches démontrent qu'en toute hypothèse, la recourante n'a guère besoin de soutien pour définir un projet professionnel, ni d'une aide au placement.

Le refus de mesures professionnelles prononcé par l'intimé est ainsi également conforme au droit.

15. Mal fondé, le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

La procédure en matière d'octroi de prestations d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), elle supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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
Stefanie FELLER	Fabienne MICHON RIEBEN

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