

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2034/2013

ATAS/11/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 janvier 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par
ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christian PRALONG et Teresa SOARES,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968 au Portugal, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1980, où elle a travaillé comme employée de divers pressings, et notamment depuis le 1^{er} février 2004 pour B_____ S.A. (ci-après : l'employeur), en qualité de repasseuse à plein temps.
2. Le 2 mars 2012, l'assurée a été admise aux urgences de l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après : les HUG), en raison d'importantes douleurs abdominales et d'une asthénie. Elle a séjourné à l'hôpital jusqu'au 16 mars 2012, en raison d'une stéato-hépatite alcoolique, avec décompensation ascitique inaugurale. Les diagnostics secondaires étaient une cirrhose Child C d'origine éthylique (avec varices oesophagiennes de grade I, une gastropathie d'hypertension portale), un déficit en facteur vitamine K dépendant, une dépendance à l'alcool, une anémie macrocytaire normochrome d'origine mixte (inflammatoire et toxique sur l'alcool) et une bronchopneumonie basale droite. L'assurée avait présenté depuis deux mois des douleurs abdominales basses associées à des vomissements et une augmentation de son périmètre abdominal. L'assurée a accepté un sevrage d'alcool et a bénéficié d'un suivi spécialisé en milieu hospitalier. Les valeurs d'hémoglobine se sont progressivement améliorées suite à l'abstinence d'alcool, au traitement de la stéato-hépatite et de la bronchopneumonie (lettre de sortie du service de gastroentérologie et d'hépatologie des HUG du 16 mars 2012).
3. Le suivi a été assuré par le docteur C_____, spécialiste FMH en gastroentérologie auprès des HUG. L'évolution était globalement favorable avec disparition de l'ascite, mais avec deux épisodes fébriles en mars et avril 2012 (rapport du 2 mai 2012).
4. Par rapport du 30 août 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-traitant, a diagnostiqué une stéato-hépatite alcoolique avec décompensation ascitique. L'incapacité de travail était totale depuis le 2 mars 2012.
5. Le 3 octobre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
6. Par rapport du 8 octobre 2012, le Dr C_____ a diagnostiqué une maladie chronique du foie stade cirrhose. Malgré une amélioration progressive de la fatigue, de la dénutrition et de l'ictère, l'assurée présentait encore de la fatigue et une faiblesse musculaire. Le pronostic était réservé à moyen et à long termes. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 3 mars 2012 jusqu'à une date à revoir avec le médecin-traitant. L'assurée était limitée par une fatigue physique même en cas d'efforts modérés, impliquant une diminution de rendement. Le travail pouvait être repris à 30% au début, à adapter en fonction de la tolérance, et devait si possible avoir lieu en position assise.
7. Par rapport du 1^{er} novembre 2012, le Dr D_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une stéato-hépatite alcoolique, une cirrhose alcoolique

Child C et une anémie inflammatoire. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait des varices oesophagiennes stade I. À l'anamnèse, le médecin a noté que l'assurée présentait une asthénie intense suite à l'hépatite. Il avait constaté une amélioration progressive de l'asthénie, de l'état général et une augmentation du poids. L'incapacité de travail était totale du 2 mars au 31 octobre 2012, car l'asthénie rendait l'activité de lingère impossible. L'assurée disposait dès le 1^{er} novembre 2012 d'une capacité de travail de 50% dans son activité de pressing et dans toute autre activité adaptée, avec une baisse de rendement en raison d'une fatigue rapide à l'effort, quelle que soit l'activité exigée. Elle pouvait travailler quatre heures par jour, avec un rendement de 75%.

8. Dès le 1^{er} novembre 2012, l'assurée a repris son activité professionnelle à 50%.
9. Dans le questionnaire daté du 8 novembre 2012, l'employeur a noté que le salaire de l'assurée était de CHF 3'800.- par mois (versé treize fois l'an), pour une activité à plein temps en tant qu'employée de blanchisserie. L'assurée était souvent debout et l'endurance requise pour effectuer l'activité principale de repasseuse était grande.
10. Selon le rapport d'évaluation de l'OAI du 23 novembre 2012, l'assurée, qui avait repris son activité de 12h.45 à 17h.00, éprouvait de la fatigue. À 100%, le travail s'effectuait à raison de huit heures trente par jour. Elle présentait de surcroît des troubles du sommeil. Employée depuis huit ans pour ce pressing, elle n'avait jamais été absente pour raison de maladie, sauf une période d'incapacité de travail d'environ dix mois en 2001, en raison d'une dépression.
11. À la demande de l'assureur perte de gain maladie (AXA Winterthur assurances S.A.), l'assurée a été soumise à une expertise médicale, auprès du CEMed, effectuée par le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et cardiologie. Selon son rapport du 1^{er} février 2013, l'expert a diagnostiqué, sur la base d'un examen effectué le 14 janvier 2013, une stéato-hépatite alcoolique avec cirrhose hépatique, une hypertension portale (varices oesophagiennes), une décompensation ascitique inaugurale, une perturbation persistante des tests hépatiques, une dépendance alcoolique, actuellement en sevrage et un état dépressif actuellement compensé (ancien état dépressif en 2001). L'assurée travaillait à 50% depuis le 1^{er} novembre 2012, mais sortait épuisée de ses demi-journées de travail. Elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier. Hormis l'asthénie, il n'y avait pas d'autre plainte. Sur le plan somatique, la récupération biologique depuis l'hospitalisation de mars 2012 était bonne, même si elle n'était pas complète (persistance d'une augmentation des gamma-GT, de l'hypo-albumémie, mais normalisation du temps de Quick et disparition de l'ascite). Sur le plan psychique, l'assurée ne semblait pas présenter de symptômes dépressifs incapacitants et cette constatation semblait corroborée par l'avis du psychiatre-traitant, car selon l'assurée, elle présentait un « petit état dépressif ne nécessitant pas de traitement médicamenteux. » Lors de l'examen, l'expert n'était pas en possession des examens de laboratoire qui lui ont été communiqués par la suite par le médecin-traitant et qui ont permis d'assurer son analyse clinique. Ils avaient évoqué avec le Dr D_____

une éventuelle reprise complète de travail. Selon l'expert, l'état somatique (hépatique uniquement) ne devrait pas influencer la capacité de travail dans son activité habituelle, de sorte qu'une reprise d'activité à 75% était envisageable dès le 18 février 2013 et à 100% dès le 18 mars 2013. Enfin, l'assurée était convaincue de son incapacité à reprendre un travail à plus de 50%, sans raison objective.

12. Par avis du 28 mars 2013, le docteur F_____ du service médical régional AI (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions du Dr E_____, pleinement convaincantes. L'atteinte principale était une cirrhose; celles qui n'étaient pas du ressort de l'AI étaient les varices oesophagiennes, une décompensation ascitique, une dépendance alcoolique (actuellement en sevrage) et un état dépressif (en rémission actuelle). L'expert avait expliqué de façon précise que, comme confirmé par le psychiatre traitant, l'état dépressif n'était pas incapacitant et au niveau somatique la décompensation hépatique était guérie (normalisation des signes biologiques d'insuffisance hépatique et disparition de l'ascite). L'assurée était guérie au niveau hépatique et l'expert avait insisté sur la conviction de l'assurée, médicalement injustifiée, de ne pas pouvoir travailler à plus de 50%. Le SMR a par conséquent retenu une incapacité de travail de 100% du 2 mars au 31 octobre 2012, de 50% du 1^{er} novembre 2012 au 17 février 2013, de 25% du 18 février au 17 mars 2013 et une pleine capacité de travail au-delà dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée.
13. Par projet du 15 avril 2013, confirmé par décision du 23 mai 2013, l'OAI a refusé à l'assurée, dont le statut était celui d'une personne salariée à 100%, toute rente d'invalidité et toute mesure professionnelle au motif que si l'incapacité de travail déterminante avait certes débuté le 2 mars 2012, toutefois, à compter du 18 février 2013, la capacité de travail était de 75% et dès le 18 mars 2013, entière dans toute activité, sans baisse de rendement.
14. Par acte du 24 juin 2013, l'assurée, représentée par ASSUAS, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Les répercussions de la cirrhose sur son état de santé n'avaient pas été correctement appréciées. Elle présentait une importante asthénie, qui l'empêchait de travailler à plus de 50%. Au surplus, le rapport du CEMed ne tenait pas compte d'une tendinite ayant justifié une incapacité de travail du 28 février au 30 mars 2013 et d'une hernie ombilicale ayant donné lieu à un arrêt de travail du 30 avril au 30 mai 2013.

La recourante a produit diverses pièces comme suit :

- Un courrier du Dr D_____ au médecin-conseil de l'assureur perte de gain du 12 février 2013, dans lequel il contestait les conclusions du Dr E_____. Si la symptomatologie présentée par la patiente, soit une asthénie intense, pouvait être mise en doute en raison de la subjectivité de ce symptôme, l'important syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 93 accompagnée d'une hyperprotéïnémie à 92 g/l sur élévation massive des immunoglobulines était un

paramètre objectif témoignant de la sévérité de la cirrhose et il ne faisait pas de doute qu'une telle inflammation s'accompagnait systématiquement d'une asthénie intense. Le Dr D_____ a ajouté que les conclusions du Dr E_____ étaient d'autant plus étonnantes que lors d'un entretien téléphonique avec lui, ils avaient pu partager ces réflexions et le Dr E_____ semblait se rallier à l'avis que ces paramètres biologiques, transmis par pli postal, étaient un argument indéniable soutenant la symptomatologie présentée par la patiente. Le Dr D_____ a expliqué qu'en outre il n'avait jamais évoqué une reprise du travail à plus de 50%, contrairement à ce qui était écrit dans le rapport d'expertise.

- Un certificat médical du 16 avril 2013 du Dr D_____ indiquant que l'arrêt de travail dès le 28 février 2013 à 100% était majoritairement lié à une tendinite du biceps droit et non pas à l'affection hépatique.
 - Une lettre de sortie du 3 mai 2013 du service de chirurgie viscérale attestant d'une hospitalisation du 30 avril au 3 mai 2013, en raison d'une hernie ombilicale et une incapacité de travail totale du 30 avril au 15 mai 2013.
15. Par réponse du 23 juillet 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. L'expertise du Dr E_____ était probante. Au surplus, selon l'avis joint du SMR du 11 juillet 2013, la tendinite et la hernie ombilicale n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail durable.
16. Par écriture du 3 septembre 2013, l'assurée a persisté dans son recours en se référant notamment à un courrier du Dr D_____ du 22 juillet 2013 à l'assureur perte de gain maladie. La capacité de travail de la recourante risquait d'être durablement réduite à 50% dans toute activité en raison d'une cirrhose et, au-delà, sa patiente présentait une fatigue excessive. Les paramètres objectifs attestant de cette situation étaient une élévation de la vitesse de sédimentation associée à une élévation des protéines sériques. Il précisait que ce point avait été discuté avec le Dr E_____.
17. À la demande de la chambre des assurances sociales, le Dr D_____ a complété ses indications par pli du 23 septembre 2013 : la recourante avait présenté une incapacité de travail à 100% limitée du 28 février au 17 mars 2013 en raison d'une tendinite du biceps droit et du 30 avril au 30 mai 2013 en raison de l'opération d'une hernie ombilicale. Elle travaillait à nouveau à 50% depuis le 1^{er} juin 2013. Il a joint les résultats de laboratoire qu'il avait transmis au Dr E_____.
18. Les résultats des tests sanguins ont été soumis par la chambre des assurances sociales au Dr C_____, qui a répondu le 27 septembre 2013 aux questions posées : les tests sanguins n'indiquaient pas une aggravation mais plutôt une amélioration de l'insuffisance hépatique. Les dosages de la vitesse de sédimentation et des protéines n'avaient pas été effectués. Les résultats permettaient de déterminer le degré de gravité de la cirrhose et témoignaient d'une amélioration de la fonction hépatique par rapport à mars 2012, mais ne permettaient pas de se prononcer sur la capacité de travail et n'étaient pas des indicateurs de l'asthénie. Il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée sur la base de ces tests.

19. Le 1^{er} novembre 2013, l'assurée a rappelé qu'elle souffrait notamment d'une maladie chronique du foie, stade cirrhone, et qu'il n'existait pas de traitement permettant la guérison car les lésions étaient irréversibles. Contrairement à ce qu'avançait le Dr C_____, les tests de la vitesse de sédimentation avaient été effectués et ceux-ci restaient toujours anormalement élevés. Les tests de sédimentation mesuraient indirectement l'étendue d'une inflammation dans le corps humain. Ces résultats confirmaient un état inflammatoire toujours présent, associé à une asthénie intense. Au surplus, le Dr C_____ n'écarterait pas de façon irréfutable le lien entre l'asthénie et la symptomatologie présentée par la recourante.
20. Le 5 novembre 2013, l'OAI a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur un avis du SMR du même jour, selon lequel les tests montraient une amélioration de la fonction hépatique. Par ailleurs, le Dr D_____ n'expliquait pas pour quelle raison une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'était pas possible.
21. Le Dr C_____ a été à nouveau interrogé par la chambre des assurances sociales, qui lui a transmis les résultats des tests sanguins suivants :

| | 22.05.12 | 29.08.12 | 25.09.12 | 25.10.12 | 21.11.12 | 21.02.13 | 01.07.13 | 04.10.13 |
|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Sédimentation | 120 | 112 | 120 | 120 | 20 | 75 | 25 | 60 |
| Protéines | -- | 100 | 86 | 90 | 92 | 86 | 88 | 88 |

22. Le Dr C_____ a répondu le 9 décembre 2013 aux questions posées. Les tests montraient une amélioration des valeurs hépatiques, bien que celles-ci ne soient pas strictement normales le 4 octobre 2013. L'asthénie était un symptôme très difficilement chiffrable et les paramètres biologiques ne reflétaient pas nécessairement l'intensité de ce symptôme. À l'heure actuelle, aucun paramètre biologique ne permettait de chiffrer l'asthénie en présence d'une maladie chronique du foie compensée et il n'y avait pas d'examen scientifiquement reconnu permettant de déterminer la capacité de travail dans une telle situation.
23. Le 28 janvier 2014, la chambre des assurances sociales a entendu le Dr D_____. Il suivait la recourante depuis le 23 mars 2012, à sa sortie des HUG. Il fondait la fatigue de l'assurée sur plusieurs éléments. D'une part, un élément subjectif, c'est-à-dire ses dires. Toutefois, il la connaissait depuis deux ans et il pouvait donc juger qu'il n'y avait pas d'exagération de sa part, qu'elle faisait tout pour maintenir son activité professionnelle et qu'elle n'était pas une personne qui souhaitait profiter de l'AI. D'autre part, la fatigue pouvait s'expliquer par des paramètres objectifs, tels que la fièvre, etc. Ces paramètres-là faisaient défaut en cas de cirrhone. Finalement, les examens sanguins étaient des paramètres clairs. La vitesse de sédimentation était la mesure d'une inflammation. Chez l'assurée, cette vitesse de sédimentation était allée jusqu'à 120 et était de tout temps restée à des valeurs pathologiques. Dans son cas, ce paramètre, ainsi que celui de la protéine, étaient clairement des indicateurs d'une maladie hépatique. Lorsque la vitesse était de plus de 100, il

s'agissait d'un état gravement pathologique et on recherchait généralement un cancer, ou une maladie inflammatoire sévère, et cela correspondait à un état grippal grave. En-dessous, il s'agissait tout de même d'une mesure d'un mécanisme de défense du corps, qui impliquait logiquement de la fatigue. Ensuite, il était difficile de juger du pourcentage de capacité de travail résiduelle, en présence d'une fatigue, liée à la vitesse de sédimentation, la résistance personnelle variant d'une personne à l'autre. Cela étant, en tant que telle, une cirrhose impliquait de la fatigue qui avait un effet sur la capacité de travail. La dernière mesure faite en janvier 2014 était de 60 et la protéine de 84. Lorsque le foie était atteint, il ne faisait plus son travail de filtre correctement, de sorte que les bactéries créaient une inflammation, ce qui expliquait l'augmentation des anticorps et l'élévation de la vitesse de sédimentation. Il avait recherché d'autres pathologies, en vain. C'était donc la cirrhose qui était à l'origine de l'élévation de ces valeurs. Il n'y avait pas de contre-indication formelle entre la cirrhose à ce stade-là et la prise de somnifères ou d'antidépresseurs. En tous les cas, ces médicaments n'avaient pas d'incidence sur la vitesse de sédimentation et les protéines. La cirrhose provoquait des troubles du sommeil. Le suivi psychiatrique et la médication donnée pour les troubles du sommeil avaient surtout pour but de régler ce problème et d'améliorer la qualité de vie de l'assurée, qui n'était pas contente d'être contrainte de limiter son travail à 50%. Elle aimait son travail et souhaitait pouvoir travailler à 100%. Il lui semblait que l'état dépressif n'était pas assez sévère pour avoir des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Les médicaments prescrits n'impliquaient pas de la fatigue, ils avaient plutôt pour but d'améliorer l'état de l'assurée.

24. L'assurée a également été entendue par la chambre des assurances sociales. Elle travaillait toujours à 50% et était très fatiguée après une demi-journée de travail. Généralement, elle travaillait l'après-midi, mais elle avait parfois dû échanger son horaire avec celui du matin et cela ne changeait rien à son état de fatigue. Elle avait repris à 50% en octobre 2012, sans transition par un travail à 30%. Elle prenait des antidouleurs pour la tendinite qu'elle avait eue à l'épaule il y a un an, ainsi que des antidépresseurs, servant également de somnifères (Trittico). Elle avait commencé ce traitement d'antidépresseurs après le début de sa maladie en mars 2012. Au début de la maladie, elle avait beaucoup maigri, elle ne tenait plus sur ses jambes et elle était très fatiguée. Elle était moins fatiguée maintenant, mais trop pour travailler à plein temps. Du point de vue psychiatrique, elle avait été suivie par les HUG, mais le psychiatre changeait chaque année, de sorte qu'elle avait trouvé un psychiatre privé, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qu'elle voyait deux fois par mois. Suite à la tendinite de l'épaule droite, elle avait mal de temps en temps et elle prenait des anti-inflammatoires, lorsqu'elle avait mal. Elle assumait toutes les activités d'un pressing : réception, utilisation des machines à laver, repassage. Elle repassait debout, car il n'était pas envisageable de repasser en position assise. Le repassage correspondait aux trois quarts de son activité. Elle prenait du Trittico depuis octobre 2013, date du début du suivi par la Dresse G_____. Avant cela, les HUG lui avaient prescrit un somnifère,

à partir de début 2013, car auparavant, cela n'était pas compatible avec l'état de son foie. Enfin, elle a rappelé qu'elle travaillait dans des pressings depuis l'âge de 17-18 ans, qu'elle avait toujours travaillé à 100% et n'avait jamais été absente pour cause de maladie, sauf lors d'une dépression en 2001 et en raison de ses grossesses.

25. Le 4 février 2014, l'OAI a maintenu sa position en se référant à l'avis du SMR du 30 janvier 2014 relevant que l'avis du médecin-traitant se fondait surtout sur les dires de sa patiente et des tests pathologiques. Il s'agissait donc d'une explication surtout subjective. En cas d'amélioration de l'état de santé, soit une cirrhose non décompensée, la fatigue ne pouvait pas entraîner une incapacité de travail durable, tout au plus une diminution de rendement de 10%-20%. La capacité de travail déterminée par l'expertise était convaincante.
26. Le 3 mars 2014, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Elle présentait toujours une grave asthénie liée à sa cirrhose, qui l'empêchait de travailler à plus de 50%. Son travail nécessitait une grande résistance physique, ce qu'elle tolérait mal en raison de sa fatigue, son état d'épuisement constant et ses troubles du sommeil. Il s'agissait d'une sensation subjective, mais les résultats des tests sanguins confirmaient l'état inflammatoire qui expliquait cette fatigue, sans compter la limitation de la tendinite à l'épaule droite pour effectuer sa tâche principale de repassage. La recourante était suivie du point de vue psychiatrique depuis mars 2012, pour des troubles du sommeil et une dépression nerveuse, de sorte qu'une nouvelle évaluation s'imposait. Elle sollicitait un délai supplémentaire pour produire un certificat médical correspondant à son état de santé psychiatrique.
27. Le 7 mars 2014, la recourante a introduit auprès de la chambre des assurances sociales une demande en paiement d'indemnités journalières contre l'assureur perte de gain maladie (cause A/711/2014).
28. Le 11 juin 2014, la chambre des assurances sociales a ordonné l'apport de la procédure A/711/2014. Il en résulte notamment que par avis du 17 janvier 2014, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin conseil de l'assureur perte de gain maladie, avait expliqué que le fait qu'une vitesse de sédimentation soit élevée ou non n'avait aucun impact sur la capacité de travail et que dans le cas d'une cirrhose, la vitesse de sédimentation était systématiquement élevée. Le point de savoir si une cirrhose déterminait une incapacité de travail n'était pas liée à des mesures de laboratoire, mais plutôt à une appréciation globale tenant compte de l'examen clinique, biologique et permettant de conclure sur la question de savoir si une cirrhose était compensée ou non. En l'occurrence, la cirrhose de l'assurée étant compensée ; il n'y avait dès lors, morphologiquement, pas de raison de considérer qu'il subsistait une incapacité de travail.
29. Par écriture du 17 juin 2014, l'assurée a persisté dans ses conclusions et a transmis un rapport établi le 5 juin 2014 par la Dresse G_____. Ce médecin a expliqué ne pas adhérer entièrement à l'expertise du 1^{er} février 2013 en raison des conclusions psychiatriques qui ne traduisaient que partiellement les troubles dont souffrait la

patiente qu'elle suivait depuis décembre 2013. Sur le plan clinique, l'assurée présentait en début de traitement des troubles du sommeil associés à un trouble anxieux diffus pour lesquels un traitement antidépresseur de Trittico avait été initié au mois de mars 2014. La réponse à ce traitement s'était révélée globalement favorable sauf sur le plan de l'asthénie. Ce symptôme résistant, en plus des origines somatiques possibles, était à inclure dans le parcours de vie plus global de la patiente, chez qui le diagnostic retenu était une réaction à un facteur de stress important et des troubles de l'adaptation, avec une prédominance à l'asthénie (F43.28). Le médecin rappelait que l'assurée avait traversé des situations de vie traumatiques et stressantes en lien avec le contexte familial conflictuel et violent qu'elle avait affronté lors de son premier divorce. Par la suite, elle avait dû faire face à la naissance de son troisième enfant, qu'elle avait élevé seule, alors qu'il souffrait et souffre encore de troubles du comportement sévères. Ces difficultés de vie avaient mené la patiente à développer une dépendance à l'alcool dont elle était sevrée à ce jour. Sur le plan psychique, le fonctionnement global de la patiente reflétait un bon niveau d'autonomie et de stabilité. Toutefois, en situation de surmenage, son comportement pourrait se désorganiser et entraîner à son tour un risque de rechute alcoolique.

30. Le 21 juillet 2014, l'OAI a également persisté dans ses conclusions. Le rapport de la Dresse G_____ n'apportait pas d'éléments susceptibles de modifier l'appréciation du cas ; il était incohérent et aucun status clinique n'y figurait. En outre, le suivi psychiatrique avait débuté en décembre 2013, soit postérieurement à la décision litigieuse.
31. En date du 31 octobre 2014, la chambre des assurances sociales a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, leur a communiqué le nom des experts ainsi que les questions qu'elle entendait leur poser, en leur octroyant un délai au 12 novembre 2014 pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
32. L'assurée n'a pas pris position, tandis que l'OAI, par une écriture du 12 novembre 2014, a estimé que les conditions de mise en place d'une expertise judiciaire n'étaient pas réalisées, mais indiquant subsidiairement n'avoir pas de motifs de récusation à faire valoir à l'encontre des experts pressentis ni de questions complémentaires à leur faire poser.
33. Par ordonnance du 18 novembre 2014, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise et a mandaté le docteur I_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la doctoresse K_____, spécialiste FMH en rhumatologie. La chambre des assurances sociales a estimé que les conclusions du Dr E_____ ne pouvaient être confirmées.
34. Par rapport du 23 juin 2015, les experts ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, une cirrhose hépatique avec hypertension portale et une ténosynovite du long chef du biceps droit. L'assurée ne présentait pas de

trouble psychique. En raison de son atteinte hépatologique, la capacité de travail de l'assurée avait été nulle du 3 (recte : 2) mars 2012 au 30 octobre 2013 (recte : 2012) et depuis le 1^{er} novembre 2013 (recte : 2012) elle était de 50% avec une baisse de rendement. L'activité habituelle était raisonnablement exigible de la part de l'assurée à 50% depuis novembre 2012 et n'avait pas évolué hormis une période d'incapacité de travail totale du 28 février au 17 mars 2013 en raison de son atteinte à l'épaule droite. La capacité de travail dans une activité adaptée était également de 50% depuis novembre 2012 avec une baisse de rendement et ce taux n'avait pas évolué. Le rendement était diminué en raison d'une fatigue induite par la cirrhose. L'activité habituelle était adéquate, compte tenu de l'absence de formation de l'assurée et de son expérience professionnelle dans son domaine.

Dans le cadre de l'expertise, l'assurée a été soumise à une polysomnographie le 13 janvier 2015 au centre d'analyse du sommeil (ci-après : CENAS). Les experts ont relevé que cet examen révélait un sommeil organisé en trois cycles avec un endormissement rapide suivi d'un sommeil continu avec une bonne efficacité (94.2%) et une bonne distribution globale des différents stades de sommeil. Lors du test itératif de latences d'endormissement, l'assurée s'était endormie lors des cinq tests effectués pendant la journée, avec une latence moyenne de 2,7 minutes pour l'ensemble des tests avec un endormissement en sommeil paradoxal. Cet examen avait permis d'écarter la présence d'apnées du sommeil, par contre il avait permis d'objectiver une fatigue diurne sévère. Interrogé à ce sujet, le médecin examinateur, le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et pneumologie, parlait « d'une pression de sommeil massive ». Il n'avait pas le souvenir d'avoir vu un cas si important.

Sur le plan gastroentérologique, le Dr I_____ a relevé que jusqu'à l'hospitalisation du mois de mars 2012, l'assurée avait eu une bonne santé. Elle avait présenté une hépatite alcoolique avec décompensation ascitique sur fond de cirrhose hépatique. Elle ne consommait plus d'alcool depuis lors et avait repris le travail à 50% depuis le 1^{er} novembre 2012. Elle était suivie par le Dr D_____ et par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en gastroentérologie. Il persistait une fatigue importante. L'assurée travaillait le matin et rentrait à la maison pour le repas de midi de son fils. L'après-midi, souvent elle se recouchait en raison de la fatigue. Elle faisait son ménage surtout le week-end.

Une gastroscopie et une échographie abdominale avaient été effectuées les 25 août et 20 novembre 2014. Des examens sanguins réalisés le 4 mars 2015 révélaient l'absence d'anémie. À l'examen de l'abdomen, le Dr I_____ était surtout frappé par une très importante hypertrophie du lobe gauche hépatique. Il n'y avait pas de splénomégalie cliniquement décelable, ni d'œdème des membres inférieurs. Le Dr I_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'une cirrhose hépatique secondaire à un alcoolisme, découverte lors d'un épisode d'hépatite alcoolique particulièrement grave mettant sa vie en danger. Puis elle avait présenté une hémorragie digestive sur des varices oesophagiennes.

Les examens cliniques et paracliniques avaient confirmé un foie cirrhotique, dysmorphique avec des signes d'hypertension portale. La fatigue était un symptôme classique de la cirrhose hépatique. Deux études récentes, faites dans des pays différents, révélaient qu'environ la moitié des patients souffrant de cirrhose étaient à des degrés différents en incapacité de travail. Dans le cas de l'assurée, on disposait également d'une polysomnographie qui révélait, selon le Dr M_____, une pression de sommeil majeure, objectivant ainsi cette fatigue. Ces anomalies du sommeil n'étaient pas en rapport avec une encéphalopathie hépatique. Dans ces conditions, la fatigue de l'assurée était tout à fait cohérente et compatible, aussi bien pour son caractère et son intensité, avec les connaissances médicales actuelles.

Le traitement suivi était adéquat et une transplantation hépatique ne modifierait pas la capacité de travail. Son état de santé était stable mais précaire. L'assurée avait présenté une hémorragie digestive importante en août 2014. Le risque d'une nouvelle hémorragie n'était pas négligeable. Elle présentait également un risque élevé de développer un hépato-carcinome.

En raison de la cirrhose hépatique qui entraînait une fatigue et de la fatigabilité, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle de mars 2013 (recte : 2012) au 30 octobre 2013 (recte : 2012). Elle était de 50% depuis lors. Une diminution de rendement paraissait probable en raison de l'atteinte hépatique, l'hypertension portale et « la pression de sommeil massive ». Quant aux activités adaptées, il fallait tenir compte de la fatigue induite par la cirrhose. Cette fatigue était non seulement physique mais aussi mentale. Vu l'expérience de l'assurée, l'activité habituelle, exercée à 50%, paraissait adéquate. Des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables, car la fatigue était un facteur limitant dans n'importe quelle activité. De ce fait, elle était moins limitante dans une activité qu'elle connaissait bien et dans laquelle elle jouissait d'une longue expérience.

Le Dr I_____ n'était ni d'accord avec les conclusions du Dr F_____, ni avec celles du Dr E_____. Ce dernier était d'avis que l'état hépatique ne devrait pas influencer les capacités de travail de l'assurée dans son activité habituelle. Selon le Dr I_____, la fatigue était un symptôme classique de la cirrhose hépatique. Une étude récente, qu'il citait, avait confirmé l'existence d'une fatigue importante chez les patients cirrhotiques. Dans cette étude, 60% des patients étaient en incapacité de travail en raison de la fatigue. Dans une autre étude, également citée, près de la moitié des patients souffrant d'une maladie hépatique chronique avait une diminution de leur capacité de travail. En l'occurrence, l'examen du sommeil avait objectivé « une pression de sommeil massive ». Le Dr I_____ était par ailleurs d'accord avec l'appréciation du Dr D_____ émise dans son rapport du 1^{er} novembre 2013 et lors de son audition. S'agissant du Dr H_____, celui-ci considérait que la capacité de travail dépendait uniquement de la compensation ou non de la cirrhose. Selon le Dr I_____, cette affirmation était contraire aux données de la littérature scientifique. Dans une étude qu'il citait, une analyse multivariée montrait l'absence de rapport entre la fatigue et le degré de compensation de la cirrhose, de sorte qu'il

n'était pas d'accord avec le Dr H_____. L'expert a ajouté que ses réponses auraient été identiques si elles avaient été données le 23 mai 2013, étant précisé que l'examen du sommeil, effectué postérieurement, était un élément objectif qui renforçait son appréciation, mais qui ne la changeait pas.

Sur le plan rhumatologique, la Dresse K_____ a noté que l'assurée avait présenté vers la fin 2012, début 2013, des douleurs à l'épaule droite devenant de plus en plus importantes. Le 7 mars 2013, une échographie avait révélé une ténosynovite du long chef du biceps. L'assurée avait bien répondu à un traitement d'antalgiques, de physiothérapie et à une infiltration sous acromiale en mars 2013. Depuis, elle avait des douleurs occasionnelles à l'épaule, mais ne la handicapant pas actuellement, ni dans son activité professionnelle à 50%, ni dans la vie de tous les jours.

L'examen clinique était sans particularité, hormis des douleurs modérées à la mobilité active de l'épaule et au testing.

En conclusion, l'assurée avait présenté un épisode aigu de ténosynovite du long chef du biceps droit en février-mars 2013 qui avait entraîné un arrêt à 100% du 28 février au 17 mars 2013 et qui avait bien répondu au traitement. En raison des douleurs persistantes de l'épaule droite, l'assurée restait limitée dans les activités répétées avec le membre supérieur droit, surtout en élévation. Les douleurs ne limitaient l'assurée dans son activité habituelle à 50% et il n'y avait pas de diminution de rendement. L'expert a relevé toutefois qu'en raison de la persistance de douleurs modérées en travaillant à 50%, il n'était pas exclu que les symptômes s'aggravent dans le cadre d'une augmentation du temps de travail, en augmentant les activités répétées avec le membre supérieur droit telles que le repassage. L'activité habituelle à un taux de 50% était adaptée. Dans une activité légère, sans port de charges et sans mouvements répétés toute la journée avec le membre supérieur droit, la capacité de travail sur le plan rhumatologique était totale depuis le 18 mars 2013.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse J_____ a relevé notamment que l'assurée se décrivait comme plutôt organisée. Auparavant, elle ne manquait jamais le travail. Avant la cirrhose hépatique, elle était rarement fatiguée. Depuis son hospitalisation, elle était souvent triste, mais cela était entrecoupé par des moments joyeux, surtout en compagnie d'amis proches et de sa famille. Au cours de ces dernières années, elle était devenue méfiante, elle évitait le bruit et la foule. Elle présentait des troubles du sommeil depuis plusieurs années de type difficultés d'endormissement, des réveils fréquents, le sentiment de dormir peu et des ronflements.

À l'examen, l'expert a relevé notamment que l'assurée ne présentait pas de baisse d'estime de soi, ni de baisse d'élan vital ni de culpabilisations excessives. Son discours était plutôt laconique, informatif. Les propos étaient cohérents et adéquats, il y avait peu d'introspection. Elle présentait une fatigabilité durant toute la journée et se réveillait fatiguée. Elle avait des troubles de la mémoire, récente et ancienne,

des troubles importants de la concentration. Elle présentait des inquiétudes face à l'avenir mais pas d'idées noires, ni d'idéation suicidaire.

Selon l'expert, il était fort possible que la recourante ait souffert d'un ou plusieurs états dépressifs par le passé. Même si un certain nombre d'observations de l'examen clinique mettaient en évidence des symptômes que l'on pouvait retrouver dans la dépression, ces éléments n'étaient pas actuellement présents en nombre suffisant pour poser ce diagnostic. La survenue d'un diagnostic potentiellement létal (cirrhose avec décompensation ascitique en 2012) pouvait entraîner des réactions très individuelles, dont une forme de sidération psychique expliquant qu'un certain nombre de diagnostics aient été évoqués à cette époque : petit état dépressif en février 2013 (Dr E_____) et une réaction à un facteur de stress et trouble de l'adaptation en juin 2014 (Dresse G_____). Plus de deux ans plus tard, la situation avait évolué. L'examen clinique ne permettait pas de retrouver le diagnostic de « réaction à un facteur de stress et trouble de l'adaptation ». Cela pouvait être en lien avec une prise en charge adéquate qui avait aidé efficacement l'assurée. La présence de ronflements prononcés durant la nuit et d'une fatigue dès le réveil avait motivé la demande d'un examen polysomnographique au CENAS. Une fatigue diurne avait bien été objectivée, mais la présence d'apnées du sommeil avait été exclue. La prise d'un médicament métabolisé par le foie pouvait engendrer, dans le cas d'une cirrhose hépatique, un surdosage avec, entre autres symptômes, une fatigue excessive. Dans le cas de l'assurée, le dosage sanguin de Trittico avait permis d'exclure cette situation.

L'expert était d'accord avec la Dresse G_____. La survenue d'une cirrhose hépatique grave avec les conséquences potentiellement létales de ce diagnostic pouvait expliquer une réaction à un facteur de stress avec trouble de l'adaptation. Ce trouble était aigu ou chronique. Il pouvait se résorber avec une bonne prise en charge, ce qui semblait avoir été le cas pour l'assurée.

Ainsi, l'assurée ne présentait pas de trouble psychique. La Dresse J_____ a précisé que ses réponses n'auraient pas été les mêmes à la date de la décision rendue par l'OAI le 23 mai 2013, car l'examen clinique psychiatrique semblait avoir évolué favorablement.

Enfin, les experts estimaient que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables dès lors que la fatigue était un facteur limitant dans n'importe quelle activité. De fait, elle était moins limitante dans une activité que l'assurée connaissait bien et dans laquelle elle jouissait d'une longue expérience. Ils n'étaient pas d'accord avec les capacités de travail retenues par le Dr F_____ dans son avis du 28 mars 2013, qui les avait simplement reprises des conclusions de l'expertise du Dr E_____, lesquelles étaient fausses pour les raisons déjà exposées.

35. Par écriture du 17 août 2015, l'OAI s'est référé à l'avis du Dr F_____ du 28 juillet 2015. Selon ce médecin, le Dr I_____ expliquait qu'il était reconnu que la fatigue était un symptôme classique chez les porteurs de cirrhose. Or, les deux études qu'il

mentionnait n'étaient pas utiles pour le cas de l'assurée. La première étude présentait un faible nombre de participants et le biais déclaratif empêchait de pouvoir évaluer cette étude comme probante. Les auteurs insistaient fortement sur les causes de la fatigue et écrivaient qu'elle était uniquement liée à la dépression, l'anxiété, la gravité de la cirrhose et de faibles niveaux sériques de cortisol. Ils ajoutaient que l'anémie et l'insuffisance rénale contribuaient également à la fatigue psychique. Or, l'assurée ne présentait aucune de ces raisons pour expliquer cette fatigabilité. Par ailleurs, les auteurs de la deuxième étude ne se prononçaient absolument pas sur les causes de l'incapacité de travail. L'expert s'opposait en outre à l'avis du Dr H_____ qui liait les conséquences de la cirrhose à la décompensation hépatique, alors que la littérature médicale était tout à fait explicite pour confirmer les dires de ce médecin. Par ailleurs, l'expert rhumatologue retenait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, mais il précisait que l'examen ostéo-articulaire était strictement normal. L'assurée ne présentait donc aucune raison médicale objective à la fatigabilité et aux douleurs du membre supérieur droit. Sa capacité de travail était donc pleine dans son activité habituelle.

Pour l'OAI, l'expertise n'avait pas de valeur probante. La conclusion selon laquelle l'assurée avait une capacité de travail de 50% dans toute activité à cause de la fatigabilité due à l'atteinte hépatique était surprenante étant précisé que d'un point de vue psychiatrique, l'expert ne retenait aucun diagnostic. Par ailleurs, les conclusions de l'expert rhumatologue étaient contradictoires, car il retenait que l'activité habituelle à 50% était adéquate alors qu'il n'y avait pas d'élément objectif pour retenir une telle capacité. Il se fondait sur les simples plaintes subjectives de l'assurée, qui disait avoir des douleurs modérées persistantes, mais qui étaient occasionnelles, supportables et ne l'empêchaient pas d'effectuer toutes ses activités quotidiennes.

En outre, les études sur lesquelles se fondait l'expert gastroentérologue n'étaient pas pertinentes. L'appréciation de la capacité de travail par le Dr I_____ ne pouvait être retenue puisqu'elle se fondait uniquement sur les plaintes de l'assurée, alors que les conclusions du Dr E_____ se fondaient sur son examen clinique.

36. Par écriture du 18 août 2015, l'assurée s'est ralliée aux conclusions de l'expertise, soit une capacité de travail de 50% avec une baisse de rendement depuis novembre 2012.
37. Le 28 septembre 2015, la chambre des assurances sociales a soumis l'avis du Dr F_____ du 28 juillet 2015 au Dr I_____, a requis un rapport établi par le Dr M_____ et posé des questions complémentaires, auxquelles les experts étaient invités à répondre en consilium.
38. Par rapport du 14 octobre 2015, le Dr I_____ a relevé que c'était à tort que le Dr F_____ considérait que l'étude n'était pas probante puisqu'elle avait compté 108 patients – nombre qui ne pouvait être qualifié de faible - présentant le diagnostic de cirrhose de n'importe quelle origine. Il n'y avait donc aucun biais de sélection. En

outre, le Dr F_____ avait mal cité une phrase de l'étude. Les auteurs relevaient qu'il semblait que l'anxiété, la dépression, la sévérité de la cirrhose et le taux faible de cortisol étaient des facteurs importants de la fatigue, tandis que l'anémie et une diminution de la fonction rénale étaient des facteurs supplémentaires. Les auteurs n'écrivaient donc à aucun moment que la fatigue était uniquement liée à ces facteurs. Contrairement à ce que notait le Dr F_____ s'agissant de la deuxième étude, les auteurs avaient examiné non seulement le coût de la prise en charge, mais également les coûts indirects sous forme de perte de productivité, ce qui englobait l'absence de travail et la diminution de rendement, bien que les deux aspects ne soient pas différenciés. C'est en outre de manière inexacte que le Dr F_____ relevait que le Dr I_____ s'opposait à l'évaluation du Dr H_____, qui liait les conséquences de la cirrhose à la décompensation hépatique. Le Dr I_____ a expliqué que le Dr H_____ estimait que seule une cirrhose décompensée pouvait induire une incapacité de travail. Or, comme l'expert l'avait noté dans sa réponse 17, il contestait que l'incapacité de travail dépende uniquement de la décompensation de la cirrhose. Il affirmait qu'une incapacité de travail était également possible chez les patients souffrant d'une cirrhose compensée. Une récente étude italienne publiée en 2015 étayait ce fait. Enfin, le Dr F_____ estimait que la lecture médicale était tout à fait explicite pour confirmer les dires du Dr H_____. Or, le Dr F_____ ne donnait aucune référence en support à son affirmation.

39. Le 26 octobre 2015, les Drs I_____, K_____ et J_____ ont répondu aux questions complémentaires. Ils ont indiqué que sur le plan gastroentérologique, selon le Dr I_____, il semblait probable que l'assurée présentait une diminution de rendement de l'ordre de 5% à 10% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée exercées à 50%. L'assurée présentait la même incapacité de travail dans toute activité, car le facteur déterminant de son incapacité de travail était l'importante fatigue, qui était présente quelles que soient les activités. Cette fatigue était moins limitante en exerçant l'activité que l'assurée avait toujours pratiquée, qu'elle connaissait bien et dont elle avait acquis de longue date les automatismes, raison pour laquelle elle pouvait continuer à l'exercer à 50%. Sur le plan rhumatologique uniquement, en théorie, l'assurée pourrait exercer une activité adaptée à ses limitations rhumatologiques à 100% (sans mouvements répétés en élévation avec le membre supérieur droit et sans port de charges). Enfin, les experts ont transmis une copie du rapport de polysomnographie effectuée le 13 janvier 2015 par le Dr M_____, concluant notamment à la présence d'une somnolence diurne objective sévère objectivée par le test itératif de latences d'endormissement.
40. Par pli du 13 novembre 2015, l'OAI a joint un avis du Dr F_____ du 10 novembre 2015 auquel il se référait. Selon ce médecin, l'étude évoquée par le Dr I_____ n'était pas de bonne qualité. Par ailleurs, l'assurée ne présentait pas de signe de fatigue physique, mais seulement psychique. S'agissant de la deuxième étude, le Dr F_____ ne comprenait pas la remarque du Dr I_____ . Que les auteurs s'intéressent

aux coûts indirects des atteintes hépatiques ne permettait en rien de préjuger des justifications médicales éventuelles. Les précisions apportées par l'expert confirmaient que l'assurée ne présentait aucune raison médicale à la fatigabilité alléguée. Par ailleurs, la baisse de rendement se fondait sur une étude sans rapport avec le cas de l'assurée. Les experts confirmaient que la capacité de travail n'était diminuée que par la fatigue et que sur le plan rhumatologique ; la capacité était entière. Enfin, le rapport de polysomnographie ne montrait aucun trouble du sommeil nocturne. On ne retrouvait qu'une somnolence diurne avec un endormissement rapide sans étiologie précise. Cela ne permettait pas de justifier une capacité de travail limitée à 50%, mais uniquement éventuellement une baisse de rendement modérée. Au vu des nouveaux rapports, il n'était pas possible de s'écarter des conclusions précédentes du SMR.

Par ailleurs, l'OAI a fait valoir que les experts indiquaient que l'incapacité de travail de l'assurée était due uniquement à la « fatigue », soit une conclusion basée sur des éléments purement subjectifs, en particulier sur des études dont les résultats n'étaient pas fiables. Sur le plan rhumatologique, l'expert concluait à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et de 50% dans l'activité habituelle, ce qui était en totale contradiction avec les conclusions finales d'une capacité de travail de seulement 50% dans toute activité. Par ailleurs, la baisse de rendement était seulement probable et étayée par une seule étude. Les conclusions prises en consilium sur la capacité de travail n'étaient toujours pas convaincantes. L'expertise judiciaire devait être écartée.

41. Le 7 décembre 2015, la chambre des assurances sociales a adressé une copie de cette écriture à l'assurée.
42. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La chambre de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 18 novembre 2014, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/1185/2014).
2. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
3. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

4. En vertu de 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.

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).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).
6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3).

7. Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).
8. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
9. a. En l'occurrence, l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, considérant, sur la base des conclusions du Dr E_____ et du SMR, que l'état de santé de la recourante lui permettait d'exercer son activité habituelle à 50% du 1^{er} novembre 2012 au 17 février 2013, à 75% dès le 18 février 2013 et à 100% dès le 18 mars 2013. L'intimé ne conteste pas que la recourante a présenté une incapacité de travail totale du 2 mars au 31 octobre 2012.
b. Dans le cadre de l'instruction de la cause, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Dr I_____ et des Dresses K_____ et J_____, étant donné que les conclusions du Dr E_____ ne pouvaient être confirmées.

Par rapport du 23 juin 2015, complété le 15 octobre 2015 par le Dr I_____ et le 26 octobre 2015 par l'ensemble des experts, ceux-ci ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, une cirrhose hépatique avec hypertension portale et une ténosynovite du long chef du biceps droit. La recourante ne présentait pas de trouble psychique. La capacité de travail de la recourante avait été nulle du 2 mars 2012 au 31 octobre 2012 et depuis le 1^{er} novembre 2012 elle était de 50% avec une baisse de rendement de 5% à 10% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Ce taux n'avait pas évolué, hormis une période d'incapacité de travail totale du 28 février au 17 mars 2013 en raison de son atteinte à l'épaule droite. L'activité habituelle était adaptée et des

mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables dès lors que la fatigue était un facteur limitant dans n'importe quelle activité.

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise se base sur des examens de la recourante et sur son dossier médical. Les anamnèses sont complètes et les plaintes ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de sa situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue eu égard notamment aux avis des Drs D_____, G_____, E_____, H_____ et F_____. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes.

c. Il convient encore d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre en doute les conclusions des experts.

L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise en se référant aux rapports du Dr F_____ du 28 juillet et du 10 novembre 2015. Les appréciations du Dr F_____ ne permettent cependant pas d'écarter les conclusions rendues par les experts judiciaires, et ce pour les motifs qui suivent.

Tant le Dr F_____ que l'intimé font état de ce que la recourante ne présente aucune raison médicale à la fatigabilité alléguée. Selon eux, en retenant une incapacité de travail de 50% en raison de la fatigue, les experts se sont fondés sur des éléments purement subjectifs et sur des études qui ne sont pas fiables. L'intimé et le Dr F_____ contestent également la baisse de rendement de 5% à 10% retenue par le Dr I_____, et selon le Dr F_____, la recourante ne présenterait pas de signe de fatigue physique, mais seulement psychique (avis du 10 novembre 2015).

La chambre de céans relèvera que le Dr I_____ a noté que les examens cliniques et paracliniques avaient confirmé un foie cirrhotique, dysmorphique avec des signes d'hypertension portale. L'expert a ensuite dûment expliqué, de manière détaillée et convaincante, que la fatigue est un symptôme classique de la cirrhose hépatique, comme l'avaient révélé deux études récentes. S'agissant de la fiabilité de ces études, force est de constater que le Dr I_____ a répondu, par rapport du 14 octobre 2015, de manière circonstanciée aux critiques émises par le Dr F_____. De surcroît, les experts disposaient également d'une polysomnographie effectuée le 13 janvier 2015 par le Dr M_____, examen qui a mis en évidence une somnolence diurne objective sévère. Dans ces conditions, le Dr I_____ a estimé que la fatigue de la recourante était tout à fait cohérente et compatible, aussi bien pour son caractère que pour son intensité, avec les connaissances médicales actuelles. Il a ajouté que même si l'examen du sommeil avait été effectué postérieurement au 23 mai 2013 (date de la décision litigieuse), ses réponses auraient été identiques à cette date-là, car cet examen était un élément objectif qui renforçait son appréciation, mais qui ne la changeait pas. Au vu de ces éléments, l'expert a estimé que la cirrhose hépatique entraînait une incapacité de travail de 50% avec une baisse de rendement de 5% à 10% dans toute activité en raison de la fatigue et de la fatigabilité.

On relèvera que le Dr I_____, en se référant à l'ensemble des éléments objectifs, a dûment expliqué et de manière convaincante que les conclusions du Dr E_____, qui estimait que l'atteinte hépatique ne devrait pas influencer la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, étaient fausses (page 20 du rapport d'expertise).

S'agissant de la baisse du rendement de 5% à 10%, le Dr I_____ a expliqué qu'elle était due à l'atteinte hépatique, à l'hypertension portale et à la pression de sommeil massive (page 19 du rapport d'expertise) et il s'est par ailleurs référé à une étude (rapport du 26 octobre 2015). Selon le Dr F_____, cette étude ne concernerait pas la recourante et l'intimé fait valoir que la baisse de rendement était seulement probable.

La chambre de céans relèvera que s'il apparaît que le titre de l'étude citée par l'expert concerne l'hépatite C, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une atteinte qui touche également le foie. Au demeurant, le Dr I_____, qui est un spécialiste FMH en gastroentérologie, est à même de déterminer les répercussions de la cirrhose, de l'hypertension portale et de la pression de sommeil massive sur le rendement de la recourante.

Par ailleurs, contrairement à ce qu'avance le Dr F_____ lorsqu'il fait valoir que la recourante ne présente pas de signe de fatigue physique, mais uniquement psychique, le Dr I_____ a dûment relevé que la fatigue induite par la cirrhose chez la recourante était notamment physique (page 19 du rapport d'expertise).

Enfin, l'expert a également expliqué que l'avis du Dr H_____, qui considérait que la capacité de travail dépendait uniquement de la compensation ou non de la cirrhose, était contraire aux données de la littérature scientifique, puisqu'une analyse multivariée montrait l'absence de rapport entre la fatigue et le degré de compensation de la cirrhose (page 21 du rapport d'expertise).

Sur le plan rhumatologique, le Dr F_____ et l'intimé font valoir que la Dresse K_____ retient une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle sur la seule base de plaintes subjectives alors que l'examen ostéo-articulaire était strictement normal (avis du 28 juillet 2015 et écriture du 17 août 2015). En outre, selon l'intimé, cet expert se contredit dès lors qu'il retient une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et de 50% dans l'activité habituelle, alors que les conclusions finales font état d'une capacité de travail de seulement 50% dans toute activité.

La chambre de céans relèvera que contrairement à ce que font valoir le Dr F_____ et l'intimé, la Dresse K_____ a noté, au status ostéo-articulaire de l'épaule droite de la recourante, des douleurs modérées en fin de rotation externe, en élévation antérieure à partir de 80° et en abduction à partir de 160°. Par ailleurs, les tests de Jobe et Patte étaient sensibles (page 12 du rapport d'expertise). De surcroît, l'expert a dûment expliqué que la recourante avait présenté une ténosynovite du long chef du biceps droit en 2013 qui avait entraîné une incapacité de travail totale du 28

février au 17 mars 2013. Depuis, les douleurs étaient fluctuantes mais supportables et ne limitaient pas l'activité habituelle exercée à 50%. L'expert a précisé que dans le cas d'une augmentation du temps de travail, il n'était pas exclu que les symptômes s'aggravent en augmentant les activités répétées avec le membre supérieur droit, telles que le repassage. Dans une activité légère, sans port de charges et sans mouvements répétés toute la journée avec le membre supérieur droit, la capacité de travail sur le plan rhumatologique était totale depuis le 18 mars 2013. Enfin, la chambre de céans ne voit pas de contradiction entre l'appréciation de la capacité de travail sur le seul plan rhumatologique, et la capacité de travail résultant des conclusions finales, puisque celles-ci ont été prises en consilium, compte tenu non seulement de l'atteinte rhumatologique, mais aussi gastroentérologique.

Force est dès lors de retenir que le rapport d'expertise ne contient pas de contradictions et aucun spécialiste en gastroentérologie, en rhumatologie et en psychiatrie n'a émis des opinions contraires aux conclusions des experts judiciaires. Il s'ensuit que le rapport d'expertise remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante.

10. Il y a donc lieu de retenir que la recourante souffre d'une cirrhose hépatique avec hypertension portale et d'une ténosynovite du long chef du biceps droit. Sa capacité de travail a été nulle du 2 mars au 31 octobre 2012. Depuis le 1^{er} novembre 2012, elle est de 50% avec une baisse de rendement de 5% à 10% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Ce taux n'a pas évolué, hormis une période d'incapacité de travail totale du 28 février au 17 mars 2013 en raison de son atteinte à l'épaule droite. L'activité habituelle est adaptée et des mesures de réadaptation ne sont pas envisageables.
11. Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse, une capacité de travail de 50% du 1^{er} novembre 2012 au 17 février 2013, puis de 75% du 18 février au 17 mars 2013, puis totale dans toute activité.
12. Par conséquent, le recours est partiellement admis et la décision du 23 mai 2013 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour calcul du degré d'invalidité que présente la recourante et nouvelle décision.
13. La recourante, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
14. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).
15. a. Il convient encore de statuer sur le sort des frais de l'expertise judiciaire mise en œuvre par la chambre de céans, à hauteur de CHF 8'124.-.

b. Selon la jurisprudence, les frais découlant de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire mono ou pluridisciplinaire peuvent, le cas échéant, être mis à la charge de l'assureur (ATF 137 V 210 consid. 4.1 et 4.4.1.4). Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Il doit ainsi exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265). Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4; voir également ATF 139 V 225 consid. 4 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2), lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c. En l'occurrence, dans la mesure où l'atteinte principale à la santé de la recourante relevait du domaine de la gastroentérologie et qu'elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier (page 6 du rapport du Dr N_____), l'intimé ne pouvait se fonder sur les seules conclusions du Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et cardiologie, sans procéder à une instruction complémentaire avant de rendre sa décision. On relèvera d'ailleurs qu'il résulte de la lecture du rapport du Dr E_____, que ce médecin n'a posé aucune question concernant le sommeil de la recourante, alors que celle-ci se plaignait d'épuisement. La chambre de céans n'ayant pas eu d'autre alternative que de mettre en œuvre une expertise judiciaire afin de pouvoir statuer sur le présent litige, il se justifie dès lors de mettre les frais de l'expertise judiciaire à charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du 23 mai 2013.
4. Dit que Madame A_____ a présenté une incapacité de travail entière du 2 mars au 31 octobre 2012, puis une capacité de travail de 50% avec une baisse de rendement entre 5% et 10% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée.
5. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité pour calcul du degré d'invalidité et nouvelle décision.
6. Condamne l'office de l'assurance-invalidité à verser à Madame A_____ CHF 4'000.- à titre de dépens.
7. Met les frais de l'expertise judiciaire à hauteur de CHF 8'124.- à charge de l'office de l'assurance-invalidité.
8. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité.
9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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