

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3482/2014

ATAS/643/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 août 2015

8^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o M. B_____, à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT
Pierre-Bernard

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Quynh STEINER SCHMID, Présidente suppléante; Michaël BIOT et
Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1965 à Tirana, divorcée par jugement du Tribunal de district de Tirana du 2 février 1995, de nationalité suisse, titulaire d'un diplôme albanais de zootechnicienne, ainsi que d'un diplôme de civilisation française de l'Université de Genève délivré en 2004, a fonctionné comme traductrice indépendante de 1991 à 2007 puis, parallèlement, depuis octobre 2001, comme animatrice parascolaire auprès du Groupement intercommunal pour l'animation parascolaire de C_____ (ci-après le GIAP).

Selon un questionnaire du GIAP du 26 avril 2010, l'assurée exerçait son activité d'animatrice parascolaire à un taux de 23%, pour un salaire mensuel de CHF 1'259.- plus un treizième mois.

2. De 2007 à 2009, les rapports médicaux suivants ont été établis par les médecins consultés par l'assurée :

- a) Le 9 octobre 2007, le docteur D_____, radiologue, a relevé que la radiographie du thorax de l'assurée montrait un "infiltrat interstitiel de localisation parahilaire gauche et basale pouvant entrer dans le cadre d'une broncho-pneumonie atypique".

Dans ses rapports des 19 mars, 10 et 14 avril 2008, à la suite de radiographies du thorax et de l'abdomen supérieur et inférieur de l'assurée, il a relevé, en substance, que l'ablation du ganglion axillaire était, selon lui, souhaitable.

- b) Le 21 février 2008, le docteur E_____, spécialiste FMH en pneumologie, a indiqué que l'assurée s'était présentée - à son retour d'un voyage en Asie en octobre 2007 - à cinq reprises à sa consultation, du 28 octobre 2007 au 17 janvier 2008, en raison d'une suspicion de pneumonie atypique. Il a relevé qu'aucun germe n'avait pu être mis en évidence par sérologie et qu'aucune relation entre la pneumonie qu'elle présentait et son voyage n'avait pu être documentée. Sur le plan clinique, l'évolution avait été lentement favorable malgré la persistance d'une toux insomniante, avec un état d'épuisement qui avait justifié un arrêt de travail au 19 novembre 2007. Lors d'une consultation du 2 janvier 2008, l'assurée présentait une bronchite aiguë qui nécessitait un nouvel arrêt de travail du 11 au 17 janvier 2008, ainsi qu'un traitement antibiotique par une association de Klacid, Prenisone et Co-dafalgan.

Le pneumologue avait conseillé à l'assurée de prendre contact avec un diabétologue parce qu'elle risquait de développer un syndrome métabolique en raison de son obésité.

- c) Le 13 mai 2008, les médecins F_____ et G_____ du service de cardiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), ont attesté que l'assurée y a été admise et y a séjourné du 29 avril 2008 au 5 mai 2008, date de son retour à son domicile, pour une fibrillation auriculaire non datable à réponse ventriculaire rapide (140-160/min).

Ce rapport a été adressé au médecin traitant de l'assurée, le docteur H_____.

- d) Le 15 août 2008, la doctoresse I_____ a indiqué avoir suivi l'assurée du 19 février 2008 au 29 mai 2008 pour un trouble de l'adaptation F43.2 (réf. CIM-10) provoqué par une succession d'événements traumatisants. Elle a relevé que "le manque de prise en charge clinique de sa souffrance somatique a produit des effets aggravant sa souffrance psychologique".
- e) Le 22 septembre 2009, le Dr H_____ a certifié que l'assurée, qu'il suivait depuis le 14 mars 2008, souffrait d'un sarcoïdose pulmonaire et ganglionnaire qui remontait à septembre 2007. Sa prise en charge thérapeutique n'avait pas été optimale avant juin 2008, son diagnostic n'ayant pu être confirmé que lors de son hospitalisation en mai 2008 aux HUG. Il en résultait que son état général et respiratoire, ainsi que la fonction du cœur étaient affectés, ce qui contribuait à l'affaiblir. Il a observé, sans autres précisions, une évolution favorable et lente de l'état de santé de l'intéressée qui continuait à souffrir des complications de sa sarcoïdose. Un traitement médicamenteux au long cours était nécessaire et sa capacité de travail était réduite.
3. Le 8 janvier 2010, l'assurée a été admise aux urgences des HUG.
- Selon le rapport du même jour établi par les docteurs J_____ et K_____, la patiente était connue pour une fibrillation auriculaire paroxystique cardioversée spontanément en mai 2008, avec un traitement par Tombocor, Beloc et Sintrom. Sous la rubrique arrêt de travail, il a été mentionné "non".
4. Dans un rapport d'expertise établi le 27 septembre 2010 sur mandat de la Mobilière assurances, assurance perte de gain (ci-après l'APG) de l'assurée, le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne, à Genève, a rappelé que suite à une toux durant plusieurs mois accompagnée de sudations, un diagnostic de sarcoïdose avait été posé, au printemps 2008, par le service de pneumologie des HUG. Suite à un conflit avec sa hiérarchie (au GIAP), l'assurée avait reçu, le 19 décembre 2009, une lettre de licenciement. Elle avait alors consulté le Dr H_____, son médecin traitant habituel, qui, le 13 janvier 2010, lui avait établi un certificat d'incapacité de travail à 100 % dès le 1^{er} janvier 2010. L'assurée n'avait pas repris son travail depuis lors.

Le Dr L_____ a posé le diagnostic suivant : "Sarcoïdose pulmonaire et cardiaque". L'assurée se plaignait essentiellement d'une dyspnée d'effort. Il n'y avait pas de dyspnée de repos ni de toux.

En ce qui concernait la capacité de travail de l'assurée, il a observé que la sarcoïdose dont elle souffrait était parfaitement stable et ne nécessitait, selon les pneumologues, pas de traitement. L'assurée reconnaissait que sa capacité de travail était la même que l'année précédente à la même époque et que, si elle n'avait pas été licenciée, elle aurait pu continuer son travail au parascolaire. Si elle ne travaillait pas actuellement, c'était surtout parce que ses démarches pour retrouver un travail n'avaient pas abouti. Une capacité de travail de 100 % était donc exigible dès le 1^{er}

octobre 2010 pour un travail de type traductrice par exemple. Toutefois, dans le contexte d'un arrêt de travail durant déjà depuis près de neuf mois, une annonce du cas à l'assurance-invalidité paraissait nécessaire.

5. Selon la "Lettre de sortie" des HUG, adressée au Dr H_____ le 21 avril 2011 par la doctoresse M_____, cheffe de clinique, et les médecins du service de cardiologie, le docteur N_____, la doctoresse O_____ et le médecin-stagiaire P_____, l'assurée a fait l'objet d'une ablation de fibrillation auriculaire du fait de l'augmentation de la fréquence de ses palpitations depuis l'été 2010. Elle a pour ce faire été hospitalisée dans l'unité de cardiologie le 18 avril 2011.

Il a été relevé que le 19 avril 2011, l'ablation de fibrillation auriculaire avait été pratiquée par radiofréquence avec isolation des quatre veines pulmonaires. L'intervention s'était déroulée sans complication. Un traitement médicamenteux lui avait été prescrit pour sa sortie. S'agissant de son incapacité de travail, il a été mentionné "aucune".

Une copie de cette lettre a été adressée au docteur Q_____, son cardiologue en ville de Genève.

6. Par courrier du 17 novembre 2011 adressé au Dr H_____, le Dr Q_____ a indiqué avoir, le 31 octobre 2011, effectué à l'assurée un R-test. Selon les enregistrements électrocardiographiques, il existait une récurrence de fibrillation auriculaire dont une crise avait duré environ deux heures. Ces crises avaient été ressenties sous forme de palpitations par l'assurée. Après discussion avec cette dernière, il lui avait suggéré d'envisager une nouvelle ablation par radiofréquence.
7. Dans leur rapport de consultation adressé au Dr H_____ le 25 novembre 2011, les médecins du service de pneumologie des HUG, les docteurs R_____ et S_____, ont diagnostiqué une sarcoïdose pulmonaire de stade II. Ils ont relevé que l'assurée présentait une dyspnée d'effort depuis quelques semaines avec l'augmentation de micronodules au niveau scannographique et une tendance à la baisse des volumes mobilisables sur les deux dernières années. Elle présentait également une obésité de stade II. Elle refusait le traitement médicamenteux proposé pour le diabète. Ils lui ont proposé de la revoir dans trois mois pour un contrôle clinique, biologique et des fonctions pulmonaires.
8. Le 24 janvier 2012, l'assurée a bénéficié d'une ablation de fibrillation auriculaire par radiofréquence au centre de cardiologie des HUG, suite à une "récurrence de FA paroxystique après isolation des VP en avril 2011".
9. Dans leur "Lettre de sortie" du 13 février 2012, les docteurs N_____, T_____ et U_____ ont prescrit un traitement médicamenteux et un suivi intermédiaire à un mois, et complet à trois mois. Ils ont indiqué que l'assurée ne présentait "aucune" incapacité de travail.
10. Le 8 juin 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), son médecin traitant, le Dr

H_____ ayant diagnostiqué une “sarcoïdose pulmonaire et cardiaque” depuis juin 2008 et une “fibrillation auriculaire” depuis juillet 2008 comme cause d'une incapacité de travail, en précisant que son obésité de longue date et son diabète de type 2 étaient sans effets sur sa capacité de travail.

11. Selon le questionnaire du GIAP du 28 septembre 2012, l'assurée a été déclarée en incapacité de travail à 100% du 11 au 16 octobre 2007, du 7 au 17 janvier 2008, du 11 avril au 27 juin 2008, du 16 au 17 février 2009, le 9 octobre 2009 et, enfin, du 21 décembre 2009 au 30 septembre 2010.

12. Par courrier du 12 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'après examen de son dossier, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était nécessaire.

L'assurée n'a pas recouru contre cette décision.

13. Selon la “Lettre de sortie” du 3 décembre 2012 des médecins du service de cardiologie des HUG, la doctoresse V_____ et le docteur W_____, l'assurée a été hospitalisée du 20 novembre au 1^{er} décembre 2012 en raison de palpitations.

L'examen clinique d'entrée a montré qu'elle bénéficiait d'un état général conservé, afebrile. Elle ne présentait aucun signe de décompensation cardiaque, notamment pas de turgescence jugulaire, ni de reflux hépatojugulaire, ni d'œdème des membres inférieurs. Elle a été mise sous surveillance. Une IRM cardiaque avait été effectuée le 28 novembre 2012 par les professeurs X_____ et Y_____ qui avaient conclu à une “absence d'atteinte myocardique de la sarcoïdose sous réserve des artefacts liés à la fibrillation auriculaire” (rapport IRM cardiaque du 28.11.2012). Durant son hospitalisation, elle avait présenté deux épisodes de pics fébriles et de frissons solennels, sans point d'appel clinique ou anamnestique pour un foyer infectieux, mise à part une infection urinaire traitée par antibiothérapie la semaine précédente par le docteur Z_____ des HUG.

Un traitement médicamenteux lui avait été prescrit pour sa sortie. Une échocardiographie transœsophagienne, une étude électrophysiologique et une éventuelle ablation d'une fibrillation auriculaire proxystique avaient été prévues pour le 4 décembre 2012. Une incapacité de travail d'une semaine était indiquée.

14. Dans son rapport du 24 décembre 2012 adressé à l'OAI, le Dr Q_____, cardiologue, a indiqué que l'assurée souffrait d'une sarcoïdose pulmonaire et d'une fibrillation auriculaire rapide et récidivante, qui avait nécessité trois ablations successives, par radiofréquence, en avril 2011, en janvier 2012 et la dernière le 5 décembre 2012. Elle présentait une obésité morbide. Sur le plan cardiaque, son état paraissait stationnaire, avec une instabilité du rythme cardiaque très importante à l'étage auriculaire selon une étude électrophysiologique effectuée le 5 décembre 2012. L'assurée était limitée dans ses efforts pour la vie quotidienne et affectée sur le plan psychique du fait de son état de santé général.

15. Dans leur rapport du 24 janvier 2013 à l'OAI, les docteurs AA_____ et R_____ du service de pneumologie des HUG ont posé les diagnostics suivants pour

l'assurée : sarcoïdose pulmonaire, obésité morbide, troubles du rythme cardiaque (fibrillation auriculaire paroxystique et flutter auriculaire avec trois épisodes de thermo-ablation en 2011 et 2012), sarcoïdose pulmonaire de stade II, plus diabète et hypertension. L'assurée avait été particulièrement limitée les mois précédents par des troubles du rythme cardiaque. Si la dernière tentative de traitement était un succès, il était probable qu'il y ait un gain en termes de symptômes et de capacité d'effort. La sarcoïdose correspondait à une augmentation de sa dyspnée, une asthénie et une toux chronique depuis 2011. Objectivement, les fonctions pulmonaires étaient variables et en moyenne stables depuis deux ans et la distance parcourue aux tests de marche en 2008 et en 2013 restait à peu près identique. L'assurée limitait tout effort physique plus important que la marche à plat de crainte de déclencher une tachyarythmie. L'atteinte fonctionnelle et la dyspnée n'entravaient pas la capacité de travail dans l'activité de traductrice/enseignante. Par contre, elle se plaignait d'une asthénie intense, symptôme classique (mais non spécifique) de la sarcoïdose et de troubles de la concentration entravant de manière partielle son activité professionnelle depuis la mi-2011 environ. Un éventuel avis neuropsychologique pourrait mieux déterminer les conséquences de ces symptômes sur son activité professionnelle.

16. L'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire les 17 septembre, 26 septembre et 10 octobre 2013, ordonnée par l'OAI auprès du Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après le CEMed).

Dans leur rapport du 10 janvier 2014, les docteurs AB_____, AC_____ et AD_____ ont pris les conclusions suivantes :

- Sur le plan de la médecine interne, l'assurée présentait un syndrome métabolique avec obésité morbide à 39,7 kg/m², qui la limitait pour la marche rapide ainsi que pour le port de charges. Son hypertension artérielle semblait bien compensée, de même que son diabète sous un traitement de Glucophage. Sur le plan respiratoire, elle présentait une sarcoïdose pulmonaire de stade radiologique II, pas ou peu évolutive, s'exprimant par un syndrome restrictif, discret. Sa dyspnée, annoncée au stade 3, paraissait ainsi d'origine multifactorielle. Cette dyspnée constituait certainement un frein à des activités soutenues ou exigeant le port de charges. Une limitation fonctionnelle ne pouvait par contre pas être reconnue pour l'activité exercée habituellement, purement sédentaire, sans port de charges. Il en était de même du syndrome métabolique. Dans ces conditions, une capacité de travail totale était retenue, sans perte de rendement dans l'activité d'enseignante ou traductrice.

- Sur le plan cardiologique, les examens récents n'avaient pas mis en évidence d'atteinte cardiaque liée à sa sarcoïdose.

En conclusion, l'assurée présentait une fibrillation auriculaire dont la réponse ventriculaire était contrôlée sous traitement au repos. Cette fibrillation auriculaire pourrait, dans le cadre de sa dyspnée chronique, exacerber l'essoufflement lié à sa

pneumopathie. Toute activité physique lourde devrait ainsi être évitée. En revanche, il n'y avait pas de contre-indication cardiologique à une activité adaptée.

- Sur le plan psychique, l'évaluation ne mettait en évidence aucun trouble psychique tant à l'anamnèse qu'au status. En particulier, on n'objectivait aucun trouble anxieux, dépressif, psychotique sur le plan de la personnalité ou d'autres troubles psychiques. L'asthénie ne pouvait donc pas être explicable par un trouble psychiatrique. Son arrêt de travail a débuté en janvier 2010, quelques jours après avoir reçu sa lettre de licenciement. Cette chronologie pourrait laisser suspecter un trouble de l'adaptation, avec une perturbation des émotions de colère. Même si ce trouble avait existé, il ne pouvait justifier une longue incapacité de travail. Si un trouble de l'adaptation était attesté en 2008, il ne justifiait pas non plus une incapacité de travail de longue durée. Il en ressortait surtout une vive colère dirigée contre l'OAI, une incompréhension face à son évaluation alors qu'elle estimait avoir transmis tous les documents nécessaires et suffisants pour statuer en sa faveur, restant fixée sur la sarcoïdose qu'elle tenait pour responsable de son incapacité de travail. Cette colère expliquait une collaboration difficile, mais ne faisait référence à aucun trouble psychique spécifique. Il s'agissait d'une réaction sortant du champ médical. La capacité de travail psychique de l'assurée était donc entière et sans limitation.

17. Dans un avis médical du 29 janvier 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a observé que, selon le Dr H_____, son médecin traitant, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'économie libre en raison de l'atteinte pulmonaire et cardiaque de sa sarcoïdose, avec pour comorbidités une obésité morbide et un trouble anxieux. En revanche, le Dr L_____, interniste, qui l'avait examinée à la demande de l'APG, avait retenu une pleine capacité de travail dès le mois d'octobre 2010. Le Dr Q_____, cardiologue, avait retenu que la sarcoïdose entraînait une dyspnée, une asthénie et une toux chronique mais ne justifiait pas en soi une incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée, mais d'autres diagnostics mériteraient d'être investigués tels qu'un trouble thymique.

Le SMR a retenu que les conclusions du Dr L_____ étaient pertinentes en ce sens que l'assurée ne subissait pas d'incapacité de travail de longue durée. Il a conclu comme suit :

- Atteinte à la santé au sens de l'AI : fibrillation auriculaire.
- Début de longue maladie (IT) : pas d'atteinte à la santé au sens de l'AI.
- Limitations fonctionnelles : activités lourdes, port de charges, effort physique.
- Capacité de travail exigible dans l'activité habituelle qui est adaptée : 100% (depuis toujours).
- Début de l'aptitude à la réadaptation : sans objet.

18. Par projet de décision du 12 février 2014, l'OAI a informé l'assurée de son refus de toutes prestations, relevant qu'à l'issue de l'instruction médicale, le SMR de l'AI était d'avis qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Sa demande de prestations serait ainsi rejetée.
19. Par courrier du 14 mars 2014, AE_____, la mère de l'assurée, a communiqué à l'OAI, pour le compte de sa fille, un courrier dactylographié, inachevé, ni daté ni signé, par lequel l'assurée déclarait s'opposer au projet de décision du 12 février 2014 de l'OAI. En substance, le rapport d'expertise aurait été rédigé "avec toutes les transformations de (s)es réponses, omission(s) de quelques parties importantes des certificats médicaux qui document(aient) (s)es maladies et surtout quelque(s) jugement(s) préjudiciable(s), tout ça pour justifier le refus de la reconnaissance de (s)on invalidité". Pour le surplus, l'assurée a longuement exposé, notamment sa toux chronique, ses troubles de la concentration, de sommeil, de digestion et de tension. Divers rapports médicaux ont été produits.
20. Par courrier du 20 mars 2014 adressé à l'OAI, qui l'a reçu le 25 mars 2014, le Dr H_____ a déclaré s'opposer au projet de décision de l'OAI du 12 février 2014, les pathologies constatées (sarcoïdose pulmonaire, troubles du rythme récurrents, troubles anxieux) étant directement responsables de souffrances invalidantes pour l'assurée (toux chronique, palpitations, dyspnée d'effort, asthénie, accès de panique). Il a soutenu qu'elle était incapable de travailler à 100% dans sa profession de traductrice.
21. Par avis médical du 3 octobre 2014, le SMR a relevé que, par un second courrier du 16 mars 2014 de sa mère, qu'elle avait contresigné en annexant notamment les pages manquantes de son opposition, l'assurée a demandé à être réexaminée sur le plan médical. Cette demande ne pouvait pas être prise en considération, aucun nouvel élément médical ni nouvelle atteinte ou aggravation de son état de santé n'étant allégués. Dans son courrier du 20 mars 2014, son médecin traitant, le Dr H_____, avait mentionné les atteintes retenues par les experts pour conclure qu'elles lui causaient des souffrances invalidantes. Or, l'OAI reconnaissait que l'assurée présentait ces atteintes, considérant toutefois qu'elles n'entraînaient pas de répercussions sur la capacité de travail (CT) exigible de l'assurée.
22. Par décision du 14 octobre 2014, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé son refus de prestations de l'assurance-invalidité, le SMR ayant considéré que les éléments allégués n'établissaient pas de nouveaux éléments médicaux, de sorte que sa précédente appréciation ne pouvait pas être modifiée.
23. Par acte formé le 14 novembre 2014, par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après la chambre des assurances sociales) contre cette décision, concluant à son annulation et à qu'il soit constaté qu'elle a droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à une rente de l'assurance-invalidité.

Elle a sollicité un délai pour compléter son recours.

24. Par courrier du 3 décembre 2015 (recte : 2014), l'OAI a conclu à la confirmation de la décision attaquée et au rejet du recours. Il a produit son dossier et les pièces.
25. Par écritures complémentaires du 12 janvier 2015, par l'intermédiaire de son conseil, la recourante a repris l'historique des problèmes de santé qu'elle avait rencontrés depuis le mois de septembre 2007, à son retour d'un voyage en Asie, et décrit le contenu des divers rapports médicaux établis par la suite.

Selon elle, ces nombreux rapports médicaux constatent qu'elle souffre de graves problèmes physiques, principalement aux niveaux pulmonaire et cardiaque, qui provoquent une forte asthénie, d'importants troubles de la concentration et du rendement, ainsi qu'une fatigue accrue en raison de troubles du sommeil. Contrairement à ce qu'avancent les experts et les médecins du SMR, ses problèmes de santé la limitent physiquement, intellectuellement et psychiquement. Les multiples interventions et leurs séquelles ont contribué à la dégradation générale de son état de santé. Elle n'est ainsi plus en mesure d'exercer son activité professionnelle d'animatrice. Elle présente une capacité de gain et un rendement "fortement" réduits dans toute activité. Cette diminution est en lien de causalité avec les diverses atteintes à sa santé. En reprenant les conclusions du SMR sans tenir compte des remarques qu'elle avait formulées à la suite du projet de décision qui lui avait été soumis, l'OAI a minimisé l'influence des troubles de sa santé sur sa capacité de travail résiduelle et, partant, mal évalué sa situation, qui justifiait qu'une invalidité totale lui soit reconnue.

Il ressort du chargé de pièces de la recourante que, récemment, le 5 janvier 2015, le Dr H_____ a établi une réponse médicale à la demande de l'ASSUAS, l'Association suisse des assurés. Selon lui, l'évolution de l'état de santé de l'intéressée avait été lente et constamment défavorable depuis mars 2008 (point 5). Dans sa fonction de traductrice, la recourante présentait des limitations fonctionnelles en termes de diminution de la concentration et du rendement (point 6). Sa capacité de travail était réduite depuis l'été 2007 et de 0% depuis mars 2010 (points 7 et 8).

26. Le 10 février 2015, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il a relevé que dans son complément de recours du 12 janvier 2015, le conseil de la recourante n'avait pas apporté de nouveaux éléments médicaux ou d'arguments susceptibles de modifier l'appréciation du cas.
27. Par courrier du 2 juillet 2015, la chambre des assurances sociales a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

Sur le plan matériel, le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (Thierry TANQUEREL, Manuel du droit administratif, 2011, n. 403 p. 132; Benoît BOVAY, Procédure administrative, 2000, p. 196; ATF 130 V 230 consid. 1.1; ATF 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 8 juin 2012 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ainsi que les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

3. Interjeté dans le délai de 30 jours et dans la forme prescrite, le recours est recevable (art. 59, 60 al. 1 et 61 let. b LPGA).
4. L'objet du litige est déterminé par la décision de l'OAI du 14 octobre 2014. Il porte sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé de la recourante entraînant une incapacité de travail lui donnant droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

4.1 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 depuis le 1er janvier 2008).

- 4.2 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- a. 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 ;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

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.

- 4.3 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 de l'ancien Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

Lorsque, en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 105 V 158 consid. 1; arrêt de l'ancien Tribunal fédéral des assurances I 449/01 du 27 décembre 2001 consid. 2a).

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

- 5.1 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a fixé des lignes directrices en ce qui concerne

la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est effectuée 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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_904/2010 du 20 juin 2011, consid. 3.2).

Le juge peut accorder une pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a toutefois lieu de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

- 5.2 Une expertise médicale établie sur la seule base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232; 133 V 469 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2; 9C_986/2008 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et 4.3).

- 5.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5B; 125 V 193 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, dans le doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'elles se justifient eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents pour la seule raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt de l'ancien Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient

plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

Le choix de suivre les conclusions d'une expertise, et non pas celles des médecins mandatés par l'assuré, à propos des atteintes diagnostiquées et de leur répercussion sur la capacité de travail relève ainsi de la libre appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_980/2012 du 4 juin 2013 consid. 3.2).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté qu'après son retour d'un voyage en Asie, en octobre 2007, la recourante a été diagnostiquée, en mai 2008, comme souffrant d'une sarcoïdose pulmonaire et d'une fibrillation auriculaire récidivante, qui a ultérieurement nécessité trois ablations successives, par radiofréquence, en avril 2011, en janvier 2011 et en décembre 2012.

A l'exception du médecin traitant de la recourante, tous les autres médecins qui l'ont suivie et examinée dès 2007, à son retour d'Asie, ont conclu qu'elle disposait d'une capacité de travail pleine et entière sous réserve d'arrêts de travail ponctuels prescrits notamment en novembre 2007 pour un état d'épuisement dû à une toux insomnante, en janvier 2008 pour une bronchite aiguë, puis en 2009 et 2010 selon certificat de son médecin traitant, étant précisé que la recourante n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis le 1^{er} janvier 2010, suite à son licenciement par le GIAP.

Compte tenu des rapports médicaux établis par les médecins des HUG, par le médecin mandaté par l'AGP, ainsi que de l'expertise pluridisciplinaire réalisée de manière approfondie par le CEMed en septembre et octobre 2013, le SMR a, à juste titre, conclu que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles consistant à devoir ménager ses efforts physiques lourds et le port de charges (consid. 17 de la partie en fait ci-dessus).

Pour sa part, le médecin traitant de la recourante s'est borné - dans ses courriers du 20 mars 2014 à l'OAI et du 5 janvier 2015 à l'ASSUAS - à préciser le diagnostic qu'il avait posé pour sa patiente, soit le même diagnostic que tous les autres médecins l'ayant suivie - pour conclure à une incapacité totale de travail dans sa profession de traductrice, respectivement, à des limitations fonctionnelles dues à une diminution de concentration et de rendement, sans autres précisions médicales permettant d'établir le bien-fondé d'une telle appréciation.

7. La recourante reproche à l'autorité intimée de n'avoir pas pris en considération ses observations selon lesquelles l'expertise du CEMed contiendrait des erreurs, notamment en retenant qu'elle avait "exercé une activité d'enseignante-traductrice" alors qu'elle n'avait jamais travaillé comme enseignante mais comme animatrice, et

qu'il lui arrivait rarement de travailler comme interprète à la demande de quelques institutions étatiques, sans avoir pour autant exercé cette profession à temps partiel.

Cet argument tombe à faux. Que le CEMed confonde son activité parascolaire auprès du GIAP avec une activité d'enseignante ne modifie en rien le fait qu'elle dispose d'une capacité entière pour une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans son "curriculum vitae", produit à l'autorité, la recourante indique être "zootechnicienne/traductrice/animatrice", mentionnant avoir fonctionné comme traductrice de 1991 à 2007, soit durant seize ans, et de 2001 à 2007 comme animatrice parascolaire au GIAP, pour un taux d'activité de 23%. Il ressort de ce "curriculum vitae" que, de langue maternelle albanaise, la recourante dispose d'une bonne maîtrise de l'espagnol, de l'italien et du français, et de bonnes connaissances d'anglais et de portugais.

Il n'apparaît ainsi ni erroné ni déraisonnable de la part du CEMed de déduire de l'ensemble de ces éléments que la recourante dispose d'une capacité totale de travail, notamment pour une activité de traductrice, adaptée à ses limitations fonctionnelles.

8. C'est également à tort que la recourante reproche à l'autorité intimée de n'avoir pas tenu compte des remarques qu'elle a formulées à la suite du projet de décision qui lui a été soumis et d'avoir mal évalué sa situation. En estimant que l'expertise et les rapports médicaux mettent plutôt en évidence que ses problèmes de santé la limitent physiquement, intellectuellement et psychiquement et que les multiples interventions et leurs séquelles ont contribué à la dégradation générale de son état de santé, la recourante ne fait que substituer ses propres appréciations et interprétations à celles du CEMed, du SMR et de l'autorité intimée, sans au demeurant aborder le contenu de l'expertise ni argumenter sur sa capacité concrète de travail au sens de la LAI.

Sur ce point, la chambre de céans observe que, hormis l'opinion isolée de son médecin traitant, les avis et rapports médicaux établis par les différents corps médicaux, particulièrement par les médecins des différents services des HUG, ne présentent aucune contradiction ni différences d'appréciation par rapport à l'expertise pluridisciplinaire du CEMed et à l'avis du SMR.

Au vu des règles et principes jurisprudentiels sur la valeur probante d'une expertise ou d'un rapport médical, aucun élément objectif du dossier ne permet de mettre en cause les conclusions médicales des médecins des HUG et de l'interniste mandaté par l'APG, ni de l'expertise réalisée de manière complète par le CEMed.

C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée s'est fondée sur cette expertise pluridisciplinaire du CEMed et sur l'avis du SMR pour refuser des prestations AI à la recourante, considérant qu'elle ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

9. Le recours sera rejeté et la décision querellée confirmée.

Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument. Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Confirme la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 14 octobre 2014.
4. Dit qu'aucun émoulement ne sera perçu, l'assurée plaidant au bénéfice de l'assistance juridique.
5. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité.
6. 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 suppléante

Irène PONCET

Quynh STEINER SCHMID

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