

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/637/2017

ATAS/994/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 novembre 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée aux ACACIAS, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née B_____ en 1965, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) d'aide en pharmacie obtenu en 1987, a déposé une demande de prestations le 11 février 1992 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), mentionnant être atteinte de la maladie de Crohn et sollicitant une aide au placement.
2. Dans un rapport du 17 février 1992, le docteur C_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et médecine interne, a attesté que la maladie existait depuis 1986 et avait nécessité des hospitalisations de quelques semaines en 1988, 1990 et deux fois en 1991. L'assurée était sous traitement continu depuis 1989, mais l'affection n'impliquait pas d'incapacité de travail.
3. L'assurée a retiré sa demande en mars 1992 après avoir retrouvé du travail.
4. En date du 4 septembre 2006, elle a déposé une deuxième demande de prestations d'invalidité et sollicité de l'aide pour faire face à d'importants frais médicaux. Elle a indiqué avoir subi une ablation du colon, d'un bout du grêle et du rectum, et porter une poche depuis 1995. En outre, elle souffrait de la maladie de Verneuil et d'un diabète. Depuis le 1^{er} juillet 2006, elle avait réduit son taux d'activité à 80% pour avoir une meilleure qualité de vie.
5. Par décision du 19 décembre 2006, l'OAI a refusé la prise en charge de mesures médicales en l'absence d'infirmité congénitale.
6. Le 30 septembre 2008, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en raison d'une maladie de Crohn existant depuis 1988 et stabilisée en 1995, un diabète détecté en juin 2006, une maladie de Verneuil depuis environ 2002 et une insuffisance rénale depuis 2000. Elle a précisé être en instance de divorce et ne plus avoir la force de travailler à plus de 80%. Elle sollicitait donc une rente d'invalidité de 20%, voire une aide financière pour assumer le 10% des frais médicaux.
7. Dans un rapport du 6 octobre 2008, le docteur D_____, spécialiste FMH en dermatologie, a diagnostiqué une hidrosadénite suppurée ou maladie de Verneuil, datant d'avant 2000 et traitée par lui-même dès 2004. Depuis plus de dix ans, l'assurée souffrait de lésions inflammatoires localisées dans les plis inguinaux, sur le pubis et les fesses, qui formaient des nodules, puis abcédaient et fistulaient à la peau, les poussées étant très douloureuses. Par la suite, lors de la cicatrisation, des comédons et une fibrose rétractile se formaient. L'assurée avait été totalement incapable de travailler du 9 février au 3 mars 2008, mais la situation était calme lors du contrôle de septembre. Lors des poussées, l'assurée éprouvait des difficultés à se mouvoir et à s'asseoir, avec un impact psychologique considérable, mais demeurait apte à travailler entre 50% et 80%, étant précisé que le rendement était nettement diminué par les difficultés à se déplacer. Le traitement consistait en la prise d'antibiotique, le drainage des abcès et l'excision dans les cas extrêmes.

8. Par rapport du 7 octobre 2008, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie, a mentionné les diagnostics de maladie de Crohn, d'asthme, de maladie de Verneuil, de furoncles sur les plis inguinaux et d'état dépressif réactionnel. Elle suivait l'assurée depuis le mois de juin 2006 et la capacité de travail était de l'ordre de 50% à 80% dans une activité qui n'était pas physiquement éprouvante. Il n'y avait pas de diminution de rendement, mais l'assurée était « épuisée à force de tenir ».
9. Le 2 avril 2009, le Dr D_____ a attesté que l'état était stationnaire depuis le mois de juillet 2008, que l'assurée travaillait à 100% en dehors des poussées, durant lesquelles le rendement était de 0% en raison des douleurs importantes et d'une grande difficulté à se mouvoir. La compliance était excellente et il n'y avait aucune limitation fonctionnelle en l'absence des poussées. L'intervalle entre ces dernières était impossible à prévoir, tout comme l'évolution de cette maladie chronique.
10. Par rapport du 15 mai 2009, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, a diagnostiqué une insuffisance rénale chronique sur une maladie lithiasique avec une surinfection rénale, un diabète sucré non traité par le régime, un status après une colostomie pour la maladie de Crohn et après une opération abdominale (filet sur bas ventre). La filtration glomérulaire était estimée à 45 ml/min et la multiplicité des problèmes impliquait une fatigabilité accrue, l'assurée étant toutefois capable de travailler entre 50% et 80%. Les restrictions se traduisaient essentiellement en des épisodes de fatigue et de dépression.
11. À la demande de l'OAI, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à une expertise. Selon le rapport du 16 octobre 2009, le diabète, l'insuffisance rénale, l'asthme et les diverses pathologies de l'appareil locomoteur n'étaient pas à l'origine de limitations fonctionnelles significatives. La maladie de Crohn était apparemment inactive et l'altération de la qualité de vie de l'assurée était essentiellement due à la maladie de Verneuil. Outre une souffrance esthétique, l'assurée présentait des douleurs et des difficultés de déambulation et pour tenir la position assise, de sorte que si l'activité d'assistante en pharmacie était exigible à 100%, il existait une diminution de rendement de 20%.
12. Par courrier du 10 juin 2010, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait été licenciée pour des raisons économiques et serait au chômage à partir du mois d'août 2010.
13. Le 11 octobre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser toute prestation, le taux d'invalidité étant de 20%.
14. Par pli du 8 novembre 2010, l'assurée a fait valoir une aggravation de son état de santé, sollicitant ainsi l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a produit un certificat du 1^{er} novembre 2010 du Dr D_____, selon lequel le problème médical de l'assurée se péjorait, avec des poussées qui occasionnaient une grande difficulté à se mouvoir. Il confirmait pour le surplus ses précédents rapports.
15. Dans un rapport du 30 mai 2011, le Dr D_____ a indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire, qu'elle était capable de travailler à 100% dans son activité en

dehors des poussées de la maladie de Verneuil, lors desquelles elle ne pouvait pas se tenir assise et avait beaucoup de mal à marcher.

Il a notamment annexé à son rapport les documents suivants :

- un rapport qu'il avait adressé le 3 novembre 2010 au docteur G_____, médecin auprès de la polyclinique de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), car il persistait sur la fesse droite de l'assurée un orifice suintant en permanence malgré l'exérèse d'une zone d'hydrosadénite ;
 - l'avis du 18 janvier 2011 du Dr G_____ concluant que l'assurée présentait un trajet fistuleux para-anal correspondant probablement à une fistule sur quelques implants de maladie de Crohn ; l'option chirurgicale était prise et les possibilités d'un traitement anti-TNF en post-opératoire seraient discutées avec le Dr C_____ ;
 - un rapport de gastroscopie du 1^{er} mars 2011 du Dr C_____ mentionnant une gastrite modérée, un œsophage et un duodénum normaux.
16. Dans un avis du 27 juin 2011, la doctoresse H_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a résumé les nouveaux rapports médicaux et relevé qu'on ignorait si une mise à plat de la fistule avait pu être réalisée et si un traitement anti-TNF avait été instauré en postopératoire. Cependant, une fistule n'était pas susceptible de provoquer une incapacité de travail de longue durée hormis pendant les périodes opératoire et postopératoire.
17. Par décision du 8 août 2011, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée, dès lors que le taux d'invalidité était évalué à 20%. Aucun élément nouveau n'était susceptible de représenter une incapacité de travail de longue durée.
18. Le 14 septembre 2011, l'assurée a recouru contre la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} janvier 2010. Elle a fait valoir qu'elle était totalement incapable de travailler depuis que son état de santé s'était fortement dégradé au début de l'année 2010, comme attesté par ses médecins-traitants. Après son licenciement en 2010, elle avait dû se tourner vers l'Hospice général car le médecin-conseil de l'assurance-chômage avait estimé qu'elle était totalement invalide et de manière définitive. Elle a notamment produit l'avis médical du médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) daté du 6 juillet 2011 et mentionnant qu'une rente AI avait été demandée, que l'incapacité de travail était totale depuis le 30 septembre 2010 et que l'invalidité était définitive.
19. Par pli du 17 novembre 2011, l'assurée a encore produit les certificats médicaux suivants :
- une attestation du 7 octobre 2011 de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle suivait l'assurée depuis novembre 2008 en raison d'une symptomatologie dépressive, dont l'amélioration avait été progressivement favorable ; l'aggravation des problèmes somatiques de

l'assurée avait provoqué une péjoration de sa qualité de vie en raison des douleurs, de la fatigue et de la lourdeur des soins quotidiens nécessaires ; malgré ce contexte difficile, l'assurée avait toujours souhaité poursuivre une activité professionnelle dont elle devait désormais faire le deuil en raison des nombreuses comorbidités somatiques qui ne lui permettaient plus d'assumer une charge professionnelle ;

- un certificat du 9 novembre 2011 du Dr D_____ indiquant que la maladie évoluait par poussées imprévisibles, extrêmement douloureuses et durant lesquelles l'assurée avait une grande difficulté à se mouvoir ; tous les traitements avaient déjà été tentés (antibiothérapie et chirurgie), sans permettre une réelle rémission ; les études montraient que les anti-TNF allaient être efficaces à l'avenir, mais le prix des injections et l'absence de prise en charge par les caisses rendaient l'utilisation du traitement très occasionnel, éventuellement dans le cadre d'un protocole ;
- un certificat du 3 novembre 2011 du Dr C_____ qui suivait la patiente depuis 1989 pour une maladie inflammatoire cryptogénétique de l'intestin ; le médecin a relaté l'évolution des troubles depuis la colectomie jusqu'à la pose d'un double filet en juillet 2002 ; au même moment, l'affection dermatologique de Verneuil s'était aggravée ; l'assurée avait fait de louables efforts pour perdre du poids mais sans résultat, au vu de l'altération endocrinologique induite par les traitements prolongés sur plus de dix ans avec des corticoïdes ; un diabète de type II avait été décelé en 2006, traité par antidiabétiques oraux puis par insuline ; en 2010, elle avait développé une fistule anale compliquée qui avait fait l'objet d'une intervention avec mise à plat en 2011 ; l'affection entrant dans le contexte de la maladie inflammatoire digestive, il avait été décidé de commencer un traitement immunologique avec injection d'anti-TNF Alpha (Humira) dès mai 2011 ; l'assurée avait été licenciée en cours de traitement ; elle avait en outre dû s'occuper de son père qui souffrait d'une tumeur jusqu'à son décès en 2006 et avait divorcé ; tout cela avait eu un impact certain sur son moral et un support psychologique et un traitement avaient été nécessaires ; cet historique médical comportant de très nombreuses interventions chirurgicales se caractérisait par des complications et des conséquences métaboliques importantes dont les effets étaient évidents sur son état de santé, sa qualité de vie et sa capacité de travail ;
- une attestation du 16 novembre 2011 du Dr E_____, aux termes de laquelle l'assurée souffrait depuis de nombreuses années d'affections médicales multiples dont les conséquences entraînaient un lourd handicap fonctionnel et un état de faiblesse permanent ; l'état s'était progressivement aggravé durant ces vingt-quatre derniers mois et l'assurée était inapte à travailler dans toute activité.

20. Sur demande de la chambre de céans, le dernier employeur de l'assurée a produit les relevés des absences pour cause de maladie durant les années 2008 à 2010, dont

il ressort que l'assurée avait été absente un peu plus de deux semaines et demi en 2008, près de six semaines et demi à raison de quelques jours durant le premier trimestre, quatre semaines en juin et deux semaines et demi en décembre en 2009, et qu'en 2010, de janvier à juillet (fin du contrat de travail), elle n'avait eu aucune absence.

21. Répondant aux questions posées par la chambre de céans, le Dr D_____ a précisé, en date du 14 février 2012, que la fréquence des poussées était imprévisible, celles-ci pouvant survenir trois fois par mois aussi bien qu'aucune fois durant trois mois. Leur durée dépendait de l'inflammation et du nombre de lésions. Les poussées étaient traitées d'abord par administration d'un antibiotique et d'une injection locale de corticoïde et, dans les cas rebelles, d'une intervention chirurgicale, de sorte que la durée pouvait varier d'une semaine à un mois. À la question de savoir en quoi la maladie avait connu une aggravation qui avait justifié le dépôt d'une demande d'invalidité en octobre 2008, le médecin a donné des explications générales sur la maladie de Verneuil. L'assurée bénéficiait actuellement d'injections anti-TNF (Humira) qui n'avaient pas d'influence particulière sur l'évolution de la maladie. S'agissant de savoir si la maladie avait connu une nouvelle aggravation ultérieurement, le médecin a exposé que le traitement par Humira avait été administré dès mai 2011. L'assurée avait connu une inflammation le 8 juillet 2011 puis, malgré les injections, de nouvelles lésions s'étaient développées en novembre 2011 et en décembre 2011 (quatre foyers) nécessitant un traitement, la situation paraissant toutefois s'être calmée jusqu'à ce jour, sans savoir si cela était dû aux effets du traitement.
22. Par arrêt du 1^{er} mai 2012 (ATAS/576/2012), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assurée, considérant que l'expertise du Dr F_____ pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a notamment relevé que lors du dépôt de la demande, le généraliste, le psychiatre et le gastroentérologue attestaient d'une capacité de travail de 50% à 80% et qu'aucun rapport médical ne retenait que le diabète aurait eu un effet négatif sur la capacité de travail de l'assurée. La maladie de Crohn n'avait pas eu de répercussion durable sur la capacité de travail entre 1989 et 2002 et n'avait pas connu d'aggravation ultérieure. Si le Dr C_____ considérait en 2011 que l'ensemble des affections (en citant le diabète, la maladie de Verneuil et une fistule), les conséquences sur le métabolisme de l'assurée, mais aussi diverses difficultés personnelles (père malade, licenciement, divorce) avaient des effets évidents sur la capacité de travail, il n'indiquait pas quel serait le taux de l'incapacité. Quant au trouble dépressif, il avait connu une amélioration favorable selon la psychiatre qui précisait que l'assurée ne pouvait plus assumer de charge professionnelle en raison des nombreuses comorbidités somatiques. La maladie de Verneuil était fluctuante, avec des périodes de poussées impliquant de courtes incapacités de travail d'une semaine à un mois, lors de cas graves. Seules deux incapacités d'un mois avaient eu lieu depuis 2008 : l'une en été 2009, l'autre à la fin de 2011. Le Dr D_____ avait relevé qu'en dehors de ces poussées, l'assurée

était capable de travailler à 100%. En définitive, seule la maladie de Verneuil avait eu des conséquences sur la capacité de travail de l'assurée depuis 2004. Aucun des spécialistes n'affirmait que l'affection qu'il traitait impliquait une incapacité de travail de longue durée, mais tous soutenaient que les pathologies dans leur ensemble avaient une répercussion, qui n'était pas précisément évaluée. Ainsi, les avis des divers médecins consultés n'étaient pas divergents des conclusions de l'expertise du Dr F_____ qui retenait une diminution de rendement de 20%. De plus, ces médecins ne faisaient pas non plus état d'une aggravation durable depuis 2008. Quant aux avis du Dr E_____, médecin traitant qui attestait sans motivation d'une incapacité totale de travail depuis 2009, et du médecin-conseil de l'assurance-chômage qui retenait une totale et définitive invalidité sans autre explication que le dépôt d'une demande d'invalidité, ils n'étaient pas probants. L'assurée avait réduit son taux d'activité à 80% en 2006 en raison des effets sur sa capacité de travail de l'ensemble des pathologies, de la fatigue et des conséquences sur sa thymie des difficultés personnelles rencontrées et ce, afin de retrouver une meilleure qualité de vie. Cette réduction de son taux d'activité avait par ailleurs eu lieu lors de la prise d'un nouvel emploi en juillet 2006. C'était dans ce contexte que l'assurée avait déposé une demande de rente d'invalidité à 20%. Elle avait ensuite continué à travailler pour le même employeur à 80% jusqu'à son licenciement à fin juillet 2010, avec très peu de périodes d'absence en 2008, six semaines en deux périodes en 2009 et aucune absence en 2010 pour cause de maladie. Il était ainsi non seulement démontré que l'assurée n'était affectée d'aucune maladie impliquant une incapacité de travail de longue durée de plus de 20%, mais également que sa capacité de gain n'avait pas été affectée au-delà des 20% retenus par l'expert

23. Le 7 janvier 2013, l'arrêt précité du 1^{er} mai 2012 a été confirmé, sur recours, par le Tribunal fédéral (9C_486/2012).
24. Le 5 avril 2013, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une attestation établie par le Dr E_____ le 2 avril 2013, dans laquelle ce médecin certifiait que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler depuis plusieurs mois. Après avoir rappelé les affections présentées par l'assurée, le Dr E_____ a expliqué que la situation s'était compliquée avec l'apparition d'une acidose métabolique importante difficile à juguler. Sa patiente souffrait en outre de douleurs ostéomusculaires probablement en lien avec la maladie de Crohn. Le traitement d'Humira, le traitement antidiabétique, le traitement antihypertenseur et celui lié à la correction métabolique de l'acidose entraînaient une fatigue importante dans un contexte de polyopathie extrêmement pénible.
25. Par courrier du 8 avril 2013, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de trente jours pour lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision.
26. Le 7 mai 2013, l'assurée a formellement déposé une nouvelle demande de prestations, mentionnant les maladies de Crohn et de Verneuil, ainsi qu'une insuffisance rénale.

En annexe à la demande figuraient les documents suivants :

- un certificat établi le 16 avril 2013 par le Dr D_____, dans lequel ce dernier a expliqué que les traitements ne permettaient pas d'enrayer le processus et que malgré un traitement d'anti-TNF (Humira), la maladie n'avait pas régressé ; les poussées étaient toujours aussi violentes, occasionnant des douleurs importantes et rendant tout travail impossible ; compte tenu du caractère invalidant et permanent de cette maladie et de l'utilisation de tous les traitements existants à ce jour, il estimait qu'il était impossible que l'assurée reprenne une activité professionnelle dans des conditions normales ;
 - l'attestation du 2 avril 2013 du Dr E_____, transmise à l'OAI le 5 avril 2013 ;
 - un certificat du 1^{er} mai 2013 de la Dresse I_____, dans lequel la psychiatre a signalé une nouvelle aggravation de la thymie de l'assurée depuis le mois de décembre 2012, mentionnant un épisode dépressif majeur (F33.2), qui avait partiellement répondu à la réintroduction du traitement antidépresseur, lequel devrait vraisemblablement être poursuivi à vie eu égard aux échecs précédents d'arrêt ; l'aggravation de ses nombreuses maladies somatiques et la lourdeur des soins quotidiens avaient affecté l'humeur de l'assurée ; au vu des antécédents psychiatriques et des comorbidités somatiques, la probabilité d'une rémission totale des symptômes psychiatriques semblait quasi-nulle et empêchait la reprise d'une activité professionnelle régulière.
27. Par avis du 21 mai 2013, la doctoresse J_____, médecin auprès du SMR, a considéré que les rapports des Drs E_____ et D_____ n'apportaient aucun élément nouveau et que celui de la Dresse I_____ ne contenait aucun élément en faveur d'une aggravation justifiant des prestations de l'assurance-invalidité.
28. En date du 27 mai 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il projetait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, étant donné qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait se seraient modifiées de manière substantielle depuis la dernière décision.
29. Dans un rapport du 21 juin 2013, le Dr D_____ a écrit au médecin-conseil de l'OAI que les poussées étaient de plus en plus rapprochées et que le traitement à base d'Humira n'avait pas été efficace. Désormais, il n'y avait plus aucun espoir de traitement et toute activité professionnelle était impossible.
30. Le 25 juin 2013, le Dr E_____ a contesté le projet de l'OAI, rappelant les principales atteintes de sa patiente, ajoutant en outre que cette dernière souffrait d'arthralgies chroniques et d'une pathologie rénale associant une atrophie rénale gauche sur une pyélonéphrite et un calcul pyélique droit d'extraction difficile, car constitué d'acide urique et dont la dissolution était rendue problématique en raison de l'impossibilité d'alcaliniser les urines. La coexistence de ces pathologies multiples entraînait, sur le plan métabolique, une acidose chronique importante associée à la perte de bicarbonates par l'iléostomie et à l'incapacité rénale de la compenser. L'assurée était confrontée à une multitude de pathologies, engendrant

une altération de son état général, associée à une fatigue et à des douleurs résistant à tous les traitements, y compris les anticorps monoclonaux. Il était donc d'avis qu'elle ne pouvait pas travailler à plus de 20%.

31. Dans des avis des 8 et 11 juillet 2013, le docteur K_____, médecin au SMR, a considéré que le Dr E_____ n'apportait aucun élément médical permettant de justifier une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Quant au Dr D_____, il ne faisait que confirmer l'atteinte dermatologique de l'assurée et son rapport était en grande partie similaire à celui du 1^{er} novembre 2010. Le fait que le traitement n'avait pas été efficace était le signe d'une absence d'amélioration et non pas d'une aggravation.
32. Par décision du 15 juillet 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, motif pris qu'aucun élément médical ne permettait de justifier une aggravation de l'état de santé.
33. En date du 11 septembre 2013, l'assurée a recouru auprès de la chambre de céans contre la décision précitée, concluant à la réalisation d'une expertise.
34. Par arrêt du 17 décembre 2013 (ATAS/1245/2013), la chambre de céans a admis le recours de l'assurée, annulé la décision de l'OAI du 15 juillet 2013 en tant qu'elle refusait d'entrer en matière sur la demande de prestations du 7 mai 2013 et lui a renvoyé la cause pour instruction et nouvelle décision. Elle a en effet jugé que si certaines atteintes constatées en 2013 étaient certes superposables à celles énumérées en 2011, notamment la maladie de Verneuil ou l'état dépressif, il existait des indices en faveur d'une aggravation, les poussées étant de plus en plus rapprochées et l'état dépressif nécessitant désormais un traitement antidépresseur continu. En outre, de nouvelles atteintes étaient apparues, soit l'acidose, associée à une perte de bicarbonates, avec une incapacité de la compenser et des douleurs articulaires. Il existait donc des indices suffisants d'une modification des circonstances entre 2011 et 2013, de sorte que l'OAI devait entrer en matière sur la demande et ordonner une expertise.
35. Par rapport du 21 février 2014, le docteur L_____, médecin adjoint agrégé au service de dermatologie et vénéréologie des HUG, lequel a repris le suivi de l'assurée le 26 septembre 2013 suite au décès du Dr D_____, a mentionné que sa patiente souffrait de la maladie de Verneuil, qualifiée de sévère, de la maladie de Crohn, d'insuffisance rénale, d'asthme et de diabète. L'assurée avait bénéficié de perfusions. La reprise d'une activité professionnelle n'était pas exigible en raison des douleurs, des suppurations et des abcès. Les limitations fonctionnelles concernaient toutes les positions et l'assurée n'était pas apte à se déplacer. En outre, les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées.
36. Dans un rapport du 21 février 2014, le Dr E_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une maladie de Crohn traitée par iléostomie permanente, une maladie de Verneuil, une insuffisance rénale chronique de causes multiples, une maladie lithiasique, un diabète insulino-dépendant et un

état dépressif. L'assurée était traitée depuis environ vingt ans pour une maladie de Crohn et une maladie de Verneuil avec une fistule complexe au niveau périnéal. En 2013, elle avait été hospitalisée pour une pyélonéphrite obstructive droite sur une lithiase avec une aggravation d'une insuffisance rénale chronique. Elle présentait en outre un diabète évoluant depuis 2005 et était suivie par une psychiatre. Cette patiente, courageuse, était confrontée depuis environ dix ans à la conjonction de plusieurs maladies chroniques invalidantes. Au vu des douleurs de la région fessière et des douleurs abdominales liées à la maladie de Crohn, elle était de plus en plus épuisée. Le traitement comportait une insulinothérapie, des séances de psychothérapie, la prise d'antidépresseur, de Doxycycline, de Remicade depuis quelques semaines, de Nephrotans, de Magnesiocard et de Dafalgan. L'incapacité de travail était totale en raison des restrictions physiques liées à la fatigue chronique, à un épuisement psychique, aux douleurs et à la présence d'une poche de colostomie et d'abcès fistulisés de la région fessière. L'assurée ne pouvait pas se déplacer et les activités en position uniquement assise ou debout, accroupie ou à genoux, celles impliquant principalement la marche, le port de charges ou la montée sur une échelle n'étaient pas possibles. De plus, les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient restreintes car l'assurée se fatiguait rapidement. Ces limitations fonctionnelles existaient depuis trois à cinq ans.

37. Par rapport non daté, reçu par l'OAI le 7 avril 2014, la Dresse I_____ a diagnostiqué un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et considéré que l'incapacité de travail était due aux maladies somatiques et les symptômes psychiques étaient secondaires et conséquents à ces maladies. En raison de la chronicité des affections somatiques et des problèmes de douleur, il était probable que les effets négatifs sur l'humeur persistent malgré un traitement antidépresseur correctement suivi et d'une psychothérapie intégrée.
38. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été attribuée au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed).
39. Dans leur rapport du 29 juillet 2016, les docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine interne, M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et N_____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, ont retenu, à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, une hydradénite suppurée ou maladie de Verneuil (2000) et, à titre de diagnostics sans effet sur ladite capacité, une maladie de Crohn iléocolique (1986 - en rémission depuis 1995 avec un status après une colectomie totale et une iléostomie en fosse iliaque droite-), un status après six interventions pour une éventration abdominale récidivante, une obésité morbide, un diabète de type 2 (2006), une polyarthralgie d'origine incertaine avec la suspicion de fibromyalgie, une insuffisance rénale chronique modérée (2008), des lithiases rénales récidivantes, une dysthymie (F34.1), un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4 ; 1995), un asthme

allergique, une « blaschkite » du membre inférieur gauche et des antécédents d'eczéma atopique et de psoriasis.

Après avoir énuméré les pièces médicales et administratives consultées, analysé le dossier, relaté les plaintes de l'assurée et procédé à l'anamnèse, les experts ont retranscrit les activités quotidiennes de l'assurée et présenté leurs constatations objectives, soit les status de médecine interne, dermatologique et psychiatrique, et résumé les résultats des examens complémentaires.

Dans la partie synthèse et discussion de l'expertise, le spécialiste en médecine interne a rappelé que la maladie de Crohn, diagnostiquée en 1985, était considérée en rémission depuis l'iléostomie de 1995. La situation était calme, sans plainte digestive. L'état de nutrition était correct, mais l'obésité morbide et le tabagisme étaient considérés comme des facteurs aggravants. Il existait certaines similitudes entre la maladie de Crohn et la maladie de Verneuil, en particulier la présence histologique de granulome, l'influence défavorable du tabac, l'association à certaines arthropathies et la réponse aux anti-TNF. C'était d'ailleurs la raison pour laquelle on pouvait logiquement se demander si la maladie de Verneuil n'était pas une manifestation dermatologique de la maladie de Crohn. Ainsi, les traitements effectués en 2010 par le Dr G_____ pouvaient être liés à l'une ou l'autre de ces affections. La situation était stable depuis 2009 et les éventuelles complications liées à la maladie de Crohn n'avaient pas été significatives. Concernant l'affection rénale avec une pyélonéphrite sur une maladie lithiasique, connue dès 1998, on pouvait également considérer que la situation était stable, le débit de filtration glomérulaire étant identique à celui de 2009. La cause de l'insuffisance rénale était vraisemblablement multiple, dans un contexte de diabète et d'infections à répétition sur une maladie lithiasique. Une participation de la maladie de Crohn ou de ses traitements antérieurs était également possible. S'agissant d'un stade G3A, cette insuffisance rénale était très vraisemblablement asymptomatique et non incapacitante. Quant au diabète, il était annoncé sans complication. L'asthme était contrôlé sous traitement et l'obésité, même morbide, n'avait pas d'impact sur la capacité de travail. Ainsi, pour ces diverses affections, il n'était pas retenu d'incapacité de travail et une activité à plein temps demeurait possible, comme par le passé. Concernant les plaintes de l'assurée, il était relevé que la fatigabilité était présente de longue date, sans changement. Le sentiment de lassitude devant les soins requis par la maladie et le port d'une poche d'entérostomie avec ses diverses limitations était supportable par une mobilisation des ressources. La fatigue n'était pas étayée par une affection médicale précise, en l'absence d'un syndrome inflammatoire, d'une anémie ou d'une endocrinopathie. Le traitement d'Humira était déclaré comme bien supporté, hormis un état grippal lors de l'injection pouvant justifier un absentéisme d'un ou deux jours toutes les six semaines. Malgré l'annonce de douleurs un peu diffuses de l'appareil locomoteur, il n'était pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique. La mise en évidence de 18/18 points de fibromyalgie était surtout évocatrice d'un état de tension chronique et

d'une diminution du seuil de la douleur. Le syndrome douloureux était clairement à l'arrière-plan, dominé par la fatigue. D'ailleurs, la description des activités de la vie quotidienne laissait supposer que l'assurée avait encore les ressources pour faire face à ses diverses obligations et qu'elle disposait d'un bon réseau social. Elle maintenait des activités culturelles et quelques activités plus physiques, dont un peu d'équitation (promenade tranquille). Ainsi, dans une activité d'aide en pharmacie, sa capacité de travail était complète.

Sur le plan dermatologique, l'assurée présentait le tableau classique d'une maladie de Verneuil, affection définie par ses caractéristiques cliniques et sa chronicité. Les deux principaux facteurs de risque associés à cette maladie étaient le tabagisme et le surpoids, lesquels étaient présents chez l'assurée. Cette maladie était classifiée en trois stades majeurs et l'assurée présentait actuellement une maladie de Verneuil de stade 2. La chronologie de cette affection, faite de poussées inflammatoires douloureuses, de kystes et d'abcédations purulentes, engendrait une réduction claire de la qualité de vie et des activités quotidiennes, une réduction sévère de l'estime de soi, un changement de l'humeur et du fonctionnement social. La maladie de l'assurée avait un impact réel sur sa vie professionnelle (absentéisme potentiel) et sur sa vie privée (gêne pour faire du sport régulièrement, gêne au niveau du couple). Il s'agissait d'une maladie complexe, dont les répercussions étaient souvent sous-estimées. Si l'on tenait compte de la chronicité de l'affection avec des kystes fessiers douloureux et un suintement de la région malgré des traitements adéquats, l'assurée conservait certainement une capacité de travail sur le plan dermatologique ne dépassant pas les 50%. Les soins nécessitaient 30 minutes par jour et l'absentéisme était de quelques jours toutes les six semaines. Il y avait eu une aggravation entre septembre 2010 et 2013 qui avait justifié l'introduction du Remicade en 2013. Depuis lors, la situation était stabilisée. L'incapacité de travail avait pu être supérieure à 50% entre 2011 et 2013, mais semblait théorique et était très difficile à exprimer actuellement.

Au niveau psychique, l'assurée se plaignait d'une symptomatologie dépressive et anxieuse chronique, soit d'une humeur dépressive présente environ 50% du temps avec des pleurs et un sentiment de tristesse, d'une tendance au repli lorsqu'elle se sentait déprimée, d'une absence de libido depuis plusieurs années en raison des problèmes physiques, de fréquentes crises d'hyperphagie, de difficultés d'endormissement, d'un sentiment d'épuisement dès le réveil avec un besoin de faire une longue sieste l'après-midi, parfois des idées de mort sans idéation suicidaire. Étaient également relevés une herpétophobie depuis l'enfance et un lavage très régulièrement avec une désinfection des mains, sans que cela ne lui paraisse excessif. L'examen psychiatrique montrait une femme légèrement déprimée, triste, plutôt pessimiste et découragée. Aucun trouble cognitif patent n'était constaté et elle n'était pas ralentie. Il n'y avait pas de signe de la lignée anxieuse ni psychotique. Le contenu de la pensée était fixé sur une lassitude face à tous les problèmes de santé physique qui diminuaient sa qualité de vie et

l'épuisaient. Concernant ses ressources, l'assurée avait obtenu un CFC, parlait deux langues, semblait affirmée, sociable et bien entourée. L'observance thérapeutique pouvait être considérée comme correcte et le suivi psychiatrique intégré était adéquat et bien investi. En conclusion, l'assuré souffrait de dysthymie non incapacitante. Il existait également un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. En l'absence de limitations fonctionnelles sur le long terme, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était complète dans toute activité, sans diminution de rendement.

En consilium, les experts ont retenu, à titre de limitations fonctionnelles, le port de lourdes charges au vu des antécédents de chirurgie abdominale, la nécessité de travailler dans un milieu tempéré sans forte chaleur, les difficultés à rester assise longtemps et à marcher compte tenu des lésions résiduelles fessières évoluant avec des phases plus calmes et d'autres plus actives avec des suintements, la nécessité de changer régulièrement ses pansements (30 minutes par jour) et un absentéisme de quelques jours (un à deux jours) toutes les six semaines. Il n'y avait aucune limitation sur le plan psychique et mental.

Concernant la capacité de travail, si l'assurée devait reprendre une activité dans le domaine de la pharmacie, il était fort probable qu'il faille s'attendre à gérer des poussées d'hydrosadénite. Il y aurait un risque d'absentéisme clair, d'interruption de travail. Entre 2011 et 2012, la situation s'était aggravée, laissant des séquelles kystiques chroniques. Depuis 2013 et la mise en route du seul traitement partiellement efficace, mais immunosuppresseur, la situation était stabilisée. Il ne s'agissait toutefois pas d'une guérison. La capacité résiduelle de travail était de 50% dans l'activité antérieure ou dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles, étant précisé que le taux de 50% comprenait une diminution de rendement.

40. Par courrier du 3 octobre 2016, l'assurée a écrit à l'OAI concernant le traitement de son dossier. Elle a rappelé le temps écoulé entre l'arrêt de la chambre de céans et les convocations auprès des experts, relevé que le spécialiste en psychiatrie avait fait son travail avec « gentillesse et humanité », alors que la visite auprès de l'interniste, inadapté à la situation et qui n'avait apparemment pas lu son dossier, avait été inhumaine et humiliante. Elle avait dû se déshabiller et s'allonger pour une « torture physique et psychique » qui avait duré trois heures et demie, avec des questions humiliantes relatives à son emploi du temps ou sa libido. Heureusement, le spécialiste en dermatologie connaissait très bien la maladie de Verneuil et s'était montré compétent et humain. Elle n'avait pas eu d'autres visites médicales, alors qu'il aurait été judicieux qu'elle soit examinée par un néphrologue compte tenu de sa maladie rénale.
41. Le 11 octobre 2016, le Dr K_____ et la doctoresse O_____ du SMR ont estimé, sur la base du rapport d'expertise du CEMed, que l'assurée avait présenté une aggravation de son état de santé sur le plan dermatologique depuis la décision du 8

août 2011. L'incapacité de travail était de 50% dans toute activité depuis novembre 2011, compte tenu de la maladie de Verneuil.

42. En date du 19 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée de ce qu'il envisageait de lui accorder une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2013, soit six mois après le dépôt de la demande, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%.
43. Par courriers des 26 octobre et 17 novembre 2016, l'assurée a contesté la position de l'OAI, contraire à l'avis de ses médecins traitants. Elle a soutenu être en totale incapacité de travail.

Elle a joint à sa missive les documents suivants :

- un certificat du 1^{er} novembre 2016 de la Dresse I_____, indiquant que l'arrêt brutal de l'activité professionnelle de l'assurée en 2010, alors qu'elle se battait depuis des années contre la maladie, avait représenté une perte importante ; c'était un deuil douloureux pour cette femme qui avait refusé une rente AI en 1992 à la suite de la colectomie totale, afin de vivre le plus normalement possible ; il y avait donc eu en 2010 une rechute dépressive ; depuis, l'assurée bénéficiait d'un traitement de psychiatrie et de psychothérapie intégré avec un effet modéré sur les symptômes, étant donné que la difficulté de vie liée à ses maladies somatiques et les traitements lourds nécessaires perduraient ; ce n'était pas le trouble psychiatrique qui était limitatif dans la capacité de travail, mais bien les affections somatiques.
- un rapport du 7 novembre 2016 du Dr E_____, rappelant que sa patiente souffrait d'une maladie de Crohn compliquée qui avait nécessité plusieurs interventions entre 1993 et 1995 et une iléostomie permanente ; depuis lors, elle était atteinte d'une maladie fistulisante ano-périnéale qui avait elle aussi fait l'objet de plusieurs traitements chirurgicaux ; elle était également traitée pour une maladie de Verneuil et souffrait d'obésité, d'hypertension artérielle et d'un diabète de type 2 ; il traitait l'assurée et la voyait tous les trois mois pour une insuffisance rénale chronique avec plusieurs épisodes infectieux de pyélonéphrite chronique et une maladie lithiasique ; l'évolution globale ces dernières années étaient marquée par une aggravation lente liée à plusieurs épisodes aigus, notamment des pyélonéphrites aiguës, une insuffisance rénale acutisée par une obstruction lithiasique et la maladie de Verneuil qui restait très difficile à contrôler ; les traitements prescrits par ses soins consistaient essentiellement en un traitement hypotenseur, un traitement antidiabétique et un traitement alcalinisant important compte tenu d'une perte de bicarbonates par le montage intestinal ; l'assurée suivait également un traitement immunosuppresseur administré par le service d'hématologie des HUG ; selon lui, compte tenu de ces nombreuses pathologies et d'un état dépressif qui en était aussi la conséquence, l'assurée était totalement inapte à exercer une activité professionnelle ;

-
- un rapport du 11 novembre 2016 du docteur P____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, rappelant les diagnostics de maladies de Crohn et de Verneuil ; l'évolution était stable, mais relativement médiocre, avec une stabilisation des manifestations cutanées et digestives de la maladie, mais une persistance de symptômes gênants, en particulier une fatigue ; il retenait des limitations en lien avec une réduction de l'autonomie en raison des problèmes occasionnés par la stomie digestive, la fatigabilité, de fréquentes périodes comportant des douleurs aux points de suppuration ; s'agissant de la capacité de travail, il n'avait vu la patiente qu'environ une fois par année et ne pouvait pas répondre avec précision ; la dernière consultation remontait au 13 octobre 2014, époque à laquelle la lourdeur des traitements, les douleurs résiduelles dans la région ano-périnéale et les soins de la stomie altéraient fortement la capacité de travail ; l'incapacité totale de travail était justifiée par le cumul de plusieurs pathologies et des limitations fonctionnelles qui en découlaient ; le traitement médical était efficace et on pouvait compter à terme sur une stabilisation, mais également une amélioration progressive de l'état de santé ; il demeurait toutefois réservé quant au recouvrement d'une capacité de travail réelle.
44. Dans un nouvel avis du 13 décembre 2016, la Dresse O_____ a conclu que les indications apportées par les Drs P____, E_____ et I_____ avaient déjà été prises en compte dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, laquelle paraissait convaincante et avait été conduite selon les règles de l'art. Il n'y avait pas de nouveaux diagnostics ou d'aggravation évidente de l'état de santé de l'assurée depuis cette expertise, de sorte que les conclusions du SMR du 11 octobre 2016 étaient maintenues.
 45. Par décision du 24 janvier 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2013, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, et refusé l'octroi de mesures professionnelles. Reprenant les termes de son projet du 19 octobre 2016, l'OAI a retenu, conformément aux conclusions du SMR, que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis le mois de novembre 2011. Les pièces produites suite au projet de décision ne comportaient pas de nouveaux diagnostics ni ne faisaient état d'une aggravation des troubles depuis l'expertise. Il s'agissait uniquement d'une interprétation différente d'un même état de fait.
 46. Par acte du 23 février 2017, l'assurée, par l'intermédiaire d'Assuas, Association suisse des assurés, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, la recourante a soutenu que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, comme attesté par ses médecins traitants. Ses affections somatiques n'étaient pas stabilisées mais présentaient au contraire plusieurs épisodes aigus. En outre, elle souffrait d'une vulnérabilité psychique à cause de ses affections et l'état douloureux chronique qui affectaient son humeur. Malgré les traitements lourds qu'elle devrait supporter à vie, elle ne retrouverait jamais l'entier de ses capacités fonctionnelles, tant sur le

plan psychique que physique. Les affections dont elle souffrait, notamment en raison des douleurs chroniques et de la morbidité qui résultait, la limitaient fortement dans toute activité personnelle et professionnelle. Elle était incapable de reprendre une activité, même à 50%. Le Dr L_____ remettait en question l'expertise puisqu'il concluait que la capacité de travail était nulle et difficilement adaptable, d'un point de vue dermatologique. L'intimé avait déduit de manière abstraite le degré d'invalidité à 50% sans tenir compte de toutes les atteintes à la santé et avait substitué sa propre appréciation à celle du dermatologue traitant qui affirmait clairement que sa patiente était totalement incapable de travailler. L'intimé avait fortement minimisé l'influence des multiples affections sur sa capacité de travail.

47. Dans sa réponse du 24 mars 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a considéré que le rapport d'expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Au niveau de la médecine interne, l'expert avait expliqué que la maladie de Crohn était stable depuis 2009, tout comme l'affection rénale. Pour ces diverses affections, la capacité de travail demeurait entière. Sur le plan dermatologique, il y avait eu une aggravation entre septembre 2010 et 2013, mais la situation était stable depuis 2013 et l'introduction du Remicade. L'incapacité de travail était évaluée à 50% depuis 2013 et avait pu être supérieure entre 2011 et fin 2013, mais était difficile à estimer. Quant à l'aspect psychiatrique, étaient retenus une dysthymie non incapacitante et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. En l'absence de limitations fonctionnelles sur le long terme, la capacité de travail était complète sur le plan psychique. Les experts avaient justifié les raisons pour lesquelles ils s'éloignaient des conclusions des médecins traitants, précisant notamment que l'aggravation survenue en 2010 avait engendré une période transitoire d'incapacité de travail de quelques semaines, nécessaires au geste chirurgical de mise à plat et à la période de convalescence. L'impact d'une fistule anorectale tant redoutée dans le cadre de la maladie de Crohn avait été extrêmement limité, du fait de l'iléostomie antérieure et de la résection rectale qui l'avait mise à l'abri de toutes les complications sphinctériennes et troubles de la défécation. Ils estimaient ainsi que l'aggravation avait été limitée à la période du traitement chirurgical. Toutes les atteintes à la santé avaient été prises en considération par les experts et le SMR. La recourante ne faisait valoir aucun élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions des experts et son argumentation se limitait pour l'essentiel à souligner les divergences d'opinion entre les experts et les médecins traitants concernant l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, sans mettre toutefois en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques.
48. Par écriture du 13 avril 2017, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a considéré que les rapports de ses médecins traitants revêtaient également une valeur probante. Le Dr P_____ avait relevé la persistance de symptômes gênants, soit la

fatigue, et une réduction de l'autonomie. Le rapport très récent de ce gastro-entérologue devait compléter l'expertise mise en œuvre par l'intimé, laquelle ne comportait pas un tel volet médical. S'agissant de l'affection dermatologique partiellement invalidante, l'avis actuel du médecin traitant devait être préféré à celui de l'expert, qui avait indiqué que, d'un point de vue dermatologique, la capacité de travail était très théorique et difficile à exprimer actuellement. Quant à l'affection psychiatrique, la psychiatre traitant avait relevé que, tenant compte des antécédents psychiatriques et des comorbidités somatiques, la probabilité d'obtenir une rémission totale des symptômes psychiatriques semblait quasi nulle, ce qui empêchait d'envisager une activité professionnelle régulière. C'était donc à tort que l'expertise du CEMed concluait à une affection psychiatrique non invalidante. Pour le surplus, elle a contesté qu'une relation privilégiée avec trois médecins spécialistes puisse être retenue.

49. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimé le 26 avril 2017.
50. Le 18 octobre 2017, la recourante a produit le rapport du Dr L_____ du 15 février 2017 cité dans son acte de recours. Il ressort de ce document que la recourante consultait le service de dermatologie et vénéréologie des HUG environ tous les deux à trois mois depuis 2013. Le diagnostic était celui de hidradénite suppurative sévère du périnée au stade Hurley 3, d'intertrigo chronique psoriasiforme paradoxal aux anti-TNF avec des surinfections fréquentes. L'état de santé de la recourante était stable et son traitement immunosuppresseur lourd. D'un point de vue dermatologique, la capacité de travail de la recourante était en l'état nulle et difficilement adaptable. Les limitations étaient majeures dans les mouvements et dans la position assise. Aucune amélioration de la pathologie chronique et ancienne, à peine contrôlée, n'était à prévoir.
51. Le rapport médical précité a été adressé à l'intimé le 19 octobre 2017.

EN DROIT

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

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune

modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
5. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante depuis le dépôt de sa dernière demande du 7 mai 2013, étant rappelé que par décision du 8 août 2011, confirmée par la chambre de céans puis le Tribunal fédéral, l'intimé lui a nié le droit à une rente compte tenu d'un degré d'invalidité insuffisant.
6. a. Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LGPA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011).

b. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LGPA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LGPA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités ; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

7. 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 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. 28 al. 2 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

8. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. Lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation ; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. À cet égard, le médecin doit

examiner l'évolution temporelle de la capacité de travail, en tenant compte, eu égard à l'évolution fluctuante de la maladie, aussi bien des phases actives que des phases moins actives de celle-ci. En d'autres termes, il doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2 à 3.4).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 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 319 consid. 5a).
11. a. En l'occurrence, par décision du 8 août 2011 entrée en force, l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité au motif que son degré d'invalidité, fixé à 20%, était insuffisant.

Il s'était alors fondé sur le rapport d'expertise du 16 octobre 2009 du Dr F_____, aux termes duquel la recourante était capable de travailler dans son activité habituelle à 100%, avec une diminution de rendement de 20%. Ce médecin avait en effet considéré que le diabète, l'insuffisance rénale, l'asthme et les diverses pathologies de l'appareil locomoteur dont souffrait la recourante n'étaient pas à l'origine de limitations fonctionnelles significatives, de même que la maladie de Crohn qui était inactive. En revanche, la maladie de Verneuil engendrait des douleurs et des difficultés de déambulation et de maintien de la position assise qui justifiaient une réduction de rendement de 20%.

Saisie par la recourante, la chambre de céans a constaté que seule la maladie de Verneuil avait eu des conséquences sur la capacité de travail de la recourante depuis 2004 et a jugé que celle-ci n'était affectée d'aucune atteinte impliquant une incapacité de travail de longue durée de plus de 20% (ATAS/576/2012 du 1^{er} mai 2012, confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_486/2012 du 7 janvier 2013).

b. À la suite de la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 7 mai 2013 et conformément à l'arrêt de la chambre de céans du 17 décembre 2013 (ATAS/1245/2013), l'intimé a procédé à une instruction médicale et mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été réalisée par le CEMed.

Dans leur rapport du 29 juillet 2016, les experts ont retenu que seule la maladie de Verneuil avait des répercussions sur la capacité de travail, que l'état de santé de la recourante s'était aggravé entre 2011 et 2012 et qu'il était stabilisé depuis 2013

grâce au traitement alors introduit. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de lourdes charges, la nécessité de travailler en milieu tempéré, les difficultés à rester assise longtemps et à marcher, la nécessité de changer régulièrement ses pansements et un absentéisme d'un à deux jours toutes les six semaines. Dans toute activité respectant ces restrictions, la capacité résiduelle de travail était fixée à 50%.

Sur la base du rapport précité, le SMR a considéré que l'incapacité de travail de la recourante était de 50% dans toute activité depuis le mois de novembre 2011.

Dans sa décision du 24 janvier 2017, fondée sur les documents susmentionnés, l'intimé a reconnu une aggravation de l'état de santé de la recourante avec une capacité de travail limitée à 50% depuis le mois de novembre 2011, de sorte qu'il lui a accordé une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2013, compte tenu d'un degré d'invalidité de 50%.

12. Il convient donc d'examiner si le rapport d'expertise du CEMed peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.
13. La chambre de céans constate tout d'abord que le rapport d'expertise se base sur l'étude approfondie du dossier médical de la recourante, ainsi que sur des examens cliniques complets. Les anamnèses sont précises et détaillées, et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et chaque spécialiste a expliqué ses constatations et justifié son point de vue. Les experts se sont déterminés individuellement, puis en consilium, sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que leur rapport remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante.

Une évaluation médicale complète et approfondie telle que l'expertise du CEMed du 29 juillet 2016 ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions.

À cet égard, la chambre de céans rappellera à l'attention de la recourante la différence de mandat entre un médecin traitant et un expert, le rôle de ce dernier consistant justement à apporter un regard neutre, moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement le médecin traitant à son patient. Un assuré peut naturellement être suivi et recevoir des soins de différents spécialistes, et se trouver ainsi dans une relation particulière avec plusieurs médecins traitants.

14. Contrairement à ce que soutient la recourante, les experts du CEMed ne se sont pas contentés de substituer leur propre appréciation à celle des autres médecins qu'elle avait préalablement consultés. Au contraire, les trois spécialistes se sont exprimés sur l'évolution de sa situation médicale et ont développé les motifs pour lesquels ils retenaient que seule la maladie de Verneuil engendrait une incapacité de travail, les

autres atteintes n'entraînant selon eux pas de limitation significative ou étant stabilisées.

15. a. Au niveau de la médecine interne, le Dr F_____ a estimé que la maladie de Crohn était en rémission depuis l'iléostomie de 1995 et que la situation était stable depuis 2009, les éventuelles complications liées à cette affection n'ayant pas été significatives. Il a notamment précisé que les similitudes entre les maladies de Crohn et de Verneuil permettaient de retenir que les traitements effectués en 2010 étaient liés à l'une ou l'autre de ces affections.

L'appréciation de l'expert n'est pas critiquable, dès lors qu'aucun rapport médical n'atteste d'une évolution de cette pathologie depuis la décision du 8 août 2011 retenant qu'elle n'avait pas de répercussion durable sur la capacité de travail de la recourante. Au contraire, le Dr P_____ a relevé la stabilisation des manifestations cutanées et digestives de la maladie et l'efficacité du traitement qui permettait d'envisager une amélioration progressive de l'état de santé, malgré la persistance de symptômes gênants, en particulier la fatigue (cf. rapport du 11 novembre 2016).

On relèvera encore que ce médecin ne s'est pas prononcé avec précision sur la capacité de travail eu égard à la maladie pour laquelle il suit la recourante, mais a considéré qu'une incapacité totale était justifiée par le cumul de plusieurs pathologies et des limitations fonctionnelles qui en découlaient et qui résultaient d'une réduction de l'autonomie en raison des problèmes occasionnés par la stomie digestive, la fatigabilité, de fréquentes périodes comportant des douleurs aux points de suppuration (cf. rapport du 11 novembre 2016). Or, tous ces éléments ont été dûment pris en considération par le Dr F_____. En outre, les conclusions du rapport d'expertise résultent d'une analyse conjointe de plusieurs médecins disposant de compétences spécialisées pour se prononcer sur les atteintes particulières de la recourante et leur appréciation englobe l'ensemble des pathologies dont souffre l'intéressée.

b. Concernant l'affection rénale, le Dr F_____ a notamment relevé que la taille des reins de la recourante était un peu réduite, surtout à gauche, avec des séquelles probablement de pyélonéphrite au pôle supérieur du rein gauche. Il a expliqué que l'acidose métabolique n'était pas liée à l'insuffisance rénale, qui restait relativement stable avec une créatinine entre 140 et 150 mmol/L, mais avec une perte de bicarbonate par l'iléostomie. Il en résultait une difficulté à empêcher la dissolution des lithiases rénales d'acide urique par impossibilité d'alcaliniser les urines. La recourante avait indiqué avoir présenté une pyélonéphrite obstructive à droite en 2013 qui avait nécessité la pose d'une sonde urétérale pendant trois semaines, et un nouvel épisode de pyélonéphrite à gauche trois semaines avant l'expertise, d'évolution favorable sans antibiothérapie.

L'expert en médecine interne a tenu compte des éléments relevés par le néphrologue de la recourante (cf. rapports du Dr E_____ des 2 avril et 25 juin 2013,

21 février 2014) et considéré que la situation était stable. Il a justifié les raisons pour lesquelles il excluait une aggravation significative, soulignant que les épisodes d'infections ou de lithiases se limitaient à quelques semaines et que l'insuffisance rénale chronique, de stade G3A, demeurait modérée et était très vraisemblablement asymptomatique et non incapacitante. Aucun élément ne permet de s'écarter de ces conclusions.

c. S'agissant des autres troubles, l'expert en médecine interne a noté que le diabète était déclaré sans complication, l'asthme contrôlé sous traitement et l'obésité sans impact sur la capacité de travail. Pour le reste, la fatigue n'était pas étayée par une affection médicale précise, en l'absence d'un syndrome inflammatoire, d'une anémie ou d'une endocrinopathie. Malgré l'annonce de douleurs un peu diffuses de l'appareil locomoteur, il n'était pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique, lequel était clairement à l'arrière-plan, dominé par la fatigue. Quant à la mise en évidence de 18/18 points de fibromyalgie, elle était surtout évocatrice d'un état de tension chronique et d'une diminution du seuil de la douleur. Le sentiment de lassitude devant les soins requis par la maladie et le port d'une poche d'entérostomie avec ses diverses limitations était supportable par une mobilisation des ressources, étant précisé que la description des activités quotidiennes laissait supposer que la recourante avait encore les ressources pour faire face à ses diverses obligations et qu'elle disposait d'un bon réseau social. Ainsi, sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail était entière dans l'activité d'aide en pharmacie.

Rien ne permet de douter des conclusions du Dr F_____, lesquelles résultent d'exams approfondis et ont été rendues en pleine connaissance du dossier de la recourante. Cette dernière ne soutient d'ailleurs pas que des éléments objectivement vérifiables auraient été ignorés par ce spécialiste.

d. Enfin, dans son rapport postérieur à l'expertise, le Dr E_____ a indiqué que l'évolution globale ces dernières années était marquée par une aggravation lente liée à plusieurs épisodes aigus, notamment des pyélonéphrites aiguës, une insuffisance rénale acutisée par une obstruction lithiasique et la maladie de Verneuil qui restait très difficile à contrôler. Il a énuméré les traitements prescrits à la recourante et considéré, compte tenu des nombreuses pathologies et de l'état dépressif, que sa patiente était totalement inapte à exercer une activité professionnelle (cf. rapport du 7 novembre 2016).

La chambre de céans constate que ce médecin n'a fait état d'aucun élément médical nouveau qui n'aurait pas été connu de l'expert. De plus, son appréciation divergente de la capacité de travail tient compte de limitations fonctionnelles surévaluées comme cela sera développé ci-après (consid. 16.c), et d'autres pathologies pour lesquelles il n'est manifestement pas habilité à se prononcer (à l'instar de l'état de santé psychique), contrairement aux conclusions du rapport du CEMed qui sont issues d'une discussion consensuelle entre les trois experts.

-
16. a. Sur le plan dermatologique, l'expert a expliqué que la maladie de Verneuil était classifiée en trois stades majeurs et que la recurante présentait actuellement une atteinte de stade 2, caractérisée par des abcès récidivants, une formation des trajets fistuleux et des troubles de la cicatrisation, des lésions uniques ou multiples relativement éloignées les unes des autres. Cette maladie engendrait une réduction claire de la qualité de vie et des activités quotidiennes, une réduction sévère de l'estime de soi, un changement de l'humeur et du fonctionnement social. Compte tenu de la chronicité de l'affection avec des kystes fessiers douloureux et un suintement de la région malgré des traitements adéquats, la capacité de travail sur le plan dermatologique était fixée à 50%, étant relevé que l'expert a tenu compte du temps nécessaire pour les soins et de l'absentéisme. Depuis l'introduction du Remicade en 2013, la situation était stabilisée, mais l'incapacité de travail avait pu être supérieure à 50% entre 2011 et 2013.

La chambre de céans rappellera avoir constaté, dans son arrêt du 1^{er} mai 2012, que seule la maladie de Verneuil avait des répercussions sur la capacité de travail de la recurante, sous la forme d'une diminution de rendement de 20%. Par la suite, le Dr D_____ a considéré que la situation de sa patiente s'était péjorée car les poussées étaient de plus en plus rapprochées (cf. rapport du 21 juin 2013). Le Dr L_____, lequel a repris le suivi de la recurante dès le mois de septembre 2013, a qualifié la maladie de Verneuil de sévère et considéré que la reprise d'une activité professionnelle n'était pas exigible compte tenu des douleurs, des suppurations et des abcès (cf. rapport du 21 février 2014). Il a ensuite maintenu que le diagnostic de hidradénite suppurative était « sévère », « au stade Hurley 3 », tout en précisant que l'état de santé de la recurante était « stable ». Ce médecin a considéré que d'un point de vue dermatologique, la capacité de travail de sa patiente était nulle et que les limitations étaient majeures dans les mouvements et dans la position assise (cf. rapport du 15 février 2017).

b. Les avis de l'expert et du Dr L_____ s'opposent donc concernant le degré de gravité de l'atteinte, le premier l'ayant considérée de stade 2 et le second de stade 3. Selon la classification de Hurley, le stade 2 vise les abcès récidivants, une formation de trajets fistuleux et des troubles de la cicatrisation, avec des lésions uniques ou multiples, relativement éloignées les unes des autres, alors que le stade 3 concerne la forme la plus diffuse, avec des abcès multiples se touchant les uns les autres et recouvrant la totalité des surfaces atteintes (cf. rapport d'expertise p. 29).

À l'examen, le Dr N_____ a constaté la présence de nombreuses cicatrices furonculoïdes sans lésion active, notamment sur le pubis et les plis inguinaux. Dans la région du pli fessier et périanale, il a observé plusieurs petites papules infiltrées, violacées et une grande zone sur la fesse droite, érythémateuse, ferme, partiellement érosive et suintante. Il a noté que seule la région de la fesse droite présentait un aspect de fistules à la peau (cf. rapport d'expertise p. 23). Il appert donc que ses conclusions quant à la sévérité de la maladie de Verneuil reposent sur un examen clinique minutieux. Il sied encore de relever que le Dr L_____ a indiqué dans son

dernier rapport que l'état de santé de la recourante était stable (cf. rapport du 15 février 2017), de sorte que l'on peut exclure une aggravation de la maladie postérieure à l'examen de l'expert.

c. S'agissant de la capacité de travail, le Dr L_____ a noté que les limitations concernaient toutes les positions, que la recourante ne pouvait pas se déplacer, que ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées (cf. rapports des 21 février 2014 et 15 février 2017). Ces restrictions ont également été évoquées par le Dr E_____ qui a retenu une impossibilité de se déplacer et d'exercer des activités en positions assise ou debout, en marchant, et a attesté des mêmes limitations cognitives (cf. rapport du 21 février 2014).

Cependant, selon les déclarations de la recourante aux experts, elle sort tous les matins et tous les après-midis, plusieurs heures, afin de promener son chien, parfois à la campagne où elle se rend en bus. Elle s'occupe également des chevaux de sa nièce, qu'elle monte régulièrement avec beaucoup de plaisir, sauf lorsqu'elle manque d'énergie ou présente des douleurs. Elle réalise toutes les tâches administratives et ménagères, à l'exception du repassage et du port de charges de plus de 10 kg. Elle rend visite une à deux fois par semaine à sa mère qu'elle aide pour faire les courses, et sort avec ses amis pour aller au théâtre, à l'opéra, au cinéma et au restaurant. En outre, l'expert psychiatre n'a constaté aucun trouble cognitif patent et a observé que la recourante n'était pas ralentie.

Il appert donc que la recourante est tout à fait apte à se déplacer, à marcher et à alterner les positions assises et debout en dehors des périodes de poussées.

d. Partant, les rapports des Drs D_____ et L_____ ne sont pas propres à remettre en cause les conclusions de l'expert dermatologue, lequel a tenu compte de tous les éléments soulevés par ces médecins.

17. Enfin, au niveau psychiatrique, l'expert a diagnostiqué une dysthymie non incapacitante et un trouble dépressif récurrent en rémission, et estimé que la capacité de travail était complète dans toute activité, sans diminution de rendement.

Ces conclusions ne sont pas non plus contestables, étant rappelé que la Dresse I_____ avait diagnostiqué un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et estimé que l'incapacité de travail de sa patiente était due aux maladies somatiques (cf. rapport reçu par l'intimé le 7 avril 2014). Elle a par la suite maintenu que ce n'était pas le trouble psychiatrique qui était limitatif dans la capacité de travail, mais bien les affections somatiques (cf. certificat du 1^{er} novembre 2016).

18. La recourante reproche à l'intimé de ne pas l'avoir soumise à l'examen d'un néphrologue et d'un gastro-entérologue.

Elle ne fait toutefois valoir aucun argument concret qui permettrait de penser que le Dr F_____ ne disposait pas des compétences nécessaires pour se prononcer spécifiquement sur la maladie de Crohn et l'affection rénale dont elle est atteinte. Il

ressort au contraire clairement des constatations et discussions du rapport que l'expert a procédé à une analyse rigoureuse de ces atteintes et examiné leurs limitations et leur influence sur la capacité de travail. Pour le surplus, le mandat confié correspond aux qualifications d'un spécialiste en médecine interne et nul doute que l'expert aurait sollicité un avis plus spécialisé s'il l'avait jugé nécessaire dans le cas de la recourante pour mener à bien sa mission.

19. La chambre de céans observera encore que les experts du CEMed ont évalué la capacité de travail de la recourante en tenant compte de la singularité de la maladie de Verneuil, qui évolue par poussées. Ils ont retenu que l'état de santé de la recourante s'était aggravé entre 2011 et 2012, que sa situation était stabilisée depuis 2013 et que, depuis lors, sa capacité de travail était de 50%. Pour la période antérieure, ils ont expliqué que l'incapacité de travail avait pu être supérieure, mais qu'il était difficile de l'évaluer.

L'incertitude à cet égard n'a aucune influence sur le sort du litige, étant rappelé que la recourante a déposé sa dernière demande de prestations le 7 mai 2013 et qu'elle ne peut donc de toute façon pas prétendre à l'octroi d'une rente pour la période antérieure.

20. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 29 juillet 2016.
21. C'est donc à bon droit que l'intimé a considéré que la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis le mois de novembre 2011 et qu'il lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2013.
22. Partant, le recours ne peut être que rejeté.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (cf. aussi art. 89H al. 1 LPA), la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, il sera mis un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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