

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/965/2013

ATAS/190/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 11 mars 2015**

**4ème Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourante

contre

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

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1955 à Istanbul (Turquie), divorcée, a suivi sa scolarité obligatoire et secondaire en Turquie, puis aux Etats-Unis. De retour en Turquie, elle a entrepris des études de médecine, qu'elle a ensuite abandonnées en deuxième année de faculté.
2. À l'âge de 20 ans, l'assurée, née de sexe masculin, a subi une opération de changement de sexe ainsi qu'une rhinoplastie.
3. Après l'arrêt de ses études, l'assurée a travaillé comme danseuse de cabaret pour divers employeurs, puis dans des salons de massage et enfin comme prostituée indépendante, d'abord en Italie, puis en Suisse dès 1984. Elle obtient la nationalité suisse en 1985.
4. Souffrant d'une importante obésité et de divers problèmes de santé physique et psychique, l'assurée a cessé toute activité depuis le début de l'année 2008. Elle est depuis lors assistée par l'Hospice général.
5. Le 6 avril 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), sollicitant l'octroi d'une rente.
6. Par rapport du 15 juin 2010, le docteur B\_\_\_\_\_, rhumatologue traitant, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de surcharge pondérale depuis 2003, d'état anxio-dépressif suivi médicalement depuis 2005, de rachialgies chroniques et de syndrome métabolique (obésité, diabète, dyslipidémie et hypertension artérielle) depuis 2008, de céphalées tensionnelles depuis avril 2010 et de conflit sous-acromial de l'épaule gauche depuis mai 2010. Il a également retenu les diagnostics de transsexualité opérée en 1975, d'hypothyroïdie substituée dès 2004 et d'ostéopénie traitée dès 2005. Il retenait une incapacité de travail totale depuis le 1er janvier 2008 et jugeait la reprise du travail difficile, en raison de limitations psychiques et somatiques, soit les activités exercées uniquement en position assise, debout ou à pieds, la position penchée, accroupie, à genoux ou avec les bras au-dessus de la tête, les rotations, le port de charges, la montée d'échelle, la capacité de concentration, d'adaptation et de résistance.

Il a joint un rapport du 21 septembre 2005 établi par le docteur C\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), mentionnant une obésité depuis 2003 et une hypercholestérolémie nécessitant un traitement hypolipémiant. Un suivi diététique, un soutien par un médecin spécialiste de l'obésité et un suivi psychologique étaient recommandés.

7. Dans son rapport du 21 juin 2010, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis février 2009. Il a confirmé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail suivants : transsexualisme depuis l'enfance ; dépendance à l'alcool dès 1982 et à la cocaïne dès 1989, l'assurée étant actuellement abstinente ; état de stress post-traumatique ;

trouble dépressif récurrent depuis 2004, épisode actuel sévère ; hyperphagie et obésité depuis 2007. Il observait des symptômes de diminution de l'humeur et du plaisir, d'augmentation de la fatigabilité, de ralentissement psychomoteur, de démotivation, d'irritabilité, de tristesse importante, d'anxiété quotidienne, d'hypervigilance, de ruminations, de flashbacks, de cauchemars, de troubles du sommeil et de la concentration, de repli social et d'idées noires. L'assurée s'était prostituée dès son arrivée en Suisse puis, entre 1989 et 1992, avait consommé très régulièrement de la drogue et de l'alcool. Suite à la découverte, en 2004, du cadavre mutilé d'une amie proche assassinée de 151 coups de tournevis, elle avait développé un syndrome de stress post-traumatique et une dépression d'intensité sévère. Elle avait subi une période d'incapacité de travail puis avait recommencé à se prostituer en 2006 grâce à une rémission de son état dépressif, lequel était cependant réapparu en 2007. Elle était depuis lors totalement incapable de travailler comme prostituée. Moyennant un traitement psychothérapeutique, médicamenteux et une perte de poids, on pouvait espérer une amélioration du rendement dans une autre profession. Ses limitations étaient les capacités de concentration, d'adaptation, de résistance, un ralentissement, une démotivation, une désorganisation, une fatigue, un absentéisme et une irritabilité.

8. Questionné par l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué le 7 février 2011, qu'en dépit d'un suivi médico-psychiatrique et d'une bonne compliance médicamenteuse, sa patiente souffrait toujours d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et d'un trouble sévère de la personnalité de type borderline. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était nulle.
9. L'OAI a ordonné une expertise multidisciplinaire en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, qu'il a confiée au Centre d'expertise médicale (ci-après CEMed) de Nyon. L'assurée a été examinée par les docteurs E\_\_\_\_\_, médecin généraliste, F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie/psychothérapie et psychiatrie/psychothérapie des enfants et adolescents.

Dans leur rapport du 30 novembre 2011, ils ont posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail suivants : dorsalgies sur troubles statiques ; dysbalance musculaire ; obésité ; gonalgies sur genu valgus bilatéral ; surcharge pondérale dès 2004 ; hypothyroïdie substituée dès 2004 ; ostéopénie dès 2005 ; syndrome métabolique dès 2008 ; allergies multiples ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen sans syndrome somatique ; trouble de la personnalité de type borderline ; transsexualisme. Du point de vue de la médecine interne, l'hypothyroïdie était substituée et l'assurée avait perdu vingt kilogrammes depuis un an grâce à un régime, son poids actuel étant de cent kilogrammes et son indice de masse corporelle de 33. Son diabète et son hypertension artérielle semblaient avoir disparu avec cette perte de poids. Des lithiases vésiculaires et une cholécystite nécessiteraient probablement une intervention chirurgicale, laquelle entraînerait une incapacité de travail transitoire. Sur le plan rhumatologique, l'ostéoporose s'était

normalisée et il subsistait une ostéopénie, mais l'assurée n'avait jamais subi de fracture. Sur le plan psychiatrique, elle avait toujours fait preuve d'une grande instabilité émotionnelle en changeant fréquemment de partenaire, mais semblait avoir choisi librement la prostitution. Bien qu'elle exprimait une grande tristesse, une anxiété quasi permanente, et le fait qu'elle avait été très touchée par la découverte du cadavre mutilé d'une amie proche en 2004, puis par le décès de sa meilleure amie en 2008, son discours restait principalement centré sur les modifications de son image consécutives à sa prise de poids, lesquelles l'avaient conduite à cesser de se prostituer. Seule une symptomatologie très restreinte était observée, car le sommeil semblait bon et il n'y avait pas de symptôme attestant d'un état de stress post-traumatique. L'assurée présentait des attaques de panique, qu'elle parvenait toutefois à gérer. Son histoire personnelle ne révélait pas de trouble psychiatrique sérieux, car son trouble de l'identité sexuelle était d'une certaine manière résolu et ses anciennes addictions à la cocaïne et à l'alcool portaient sur des périodes limitées. En 2004, elle avait présenté un trouble dépressif moyen à sévère, qui était devenu récurrent et pour lequel elle avait été traitée ambulatoirement. Lors de l'examen, ce trouble n'était plus que d'intensité moyenne au maximum, et pouvait encore régresser sous une thérapie bien conduite. En définitive, ses troubles psychiques n'étaient pas invalidants. Globalement, sa capacité de travail était totale, sans diminution de rendement, y-compris dans son activité antérieure de prostituée. Ses limitations fonctionnelles étaient le port de charges supérieures à huit kilogrammes, la station debout au-delà d'une heure et les flexions antérieures du tronc répétées.

10. Par rapport du 15 décembre 2011, le SMR a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise du CEMed.
11. Le 22 décembre 2011, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, au motif qu'elle présentait une capacité de travail totale dans toute activité.
12. Par courriers des 25 et 31 janvier 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet et fait valoir qu'elle était totalement incapable de travailler. À l'appui de ses écritures, elle a joint :
  - un certificat du Dr B\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2011, attestant d'une incapacité de travail totale de janvier à mars 2012 ;
  - un certificat du Dr D\_\_\_\_\_ du 26 janvier 2012. L'assurée souffrait toujours d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, d'un état de stress post-traumatique et d'un trouble de la personnalité de type borderline. Sa capacité de travail restait nulle et son pronostic, défavorable.
13. Par avis du 27 novembre 2012, le SMR a indiqué que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ ne mettait pas en exergue d'élément inconnu au moment de l'expertise, de sorte que ses conclusions du 15 décembre 2011 restaient valables.

14. Par décision du 15 février 2013, l'OAI a confirmé son refus d'accorder une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.
15. Par acte du 21 mars 2013, l'assurée a interjeté recours, concluant, sous suite de dépens, préalablement à l'audition du Dr D\_\_\_\_\_ et à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, principalement à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le rapport d'expertise du CEMed ne devait se voir reconnaître aucune valeur probante, car les experts n'avaient pas tenu compte des spécificités de son transsexualisme. On pouvait se demander si ceux-ci n'avaient pas porté un jugement de valeur revenant à dire qu'elle ne pouvait pas prétendre à des prestations d'invalidité parce qu'elle n'était plus assez avenante pour se prostituer. Une telle stigmatisation était contraire à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme. Par ailleurs, elle présentait tous les symptômes d'une dépression récurrente sévère, car elle s'était plainte d'une grande tristesse avec anxiété quasi permanente, d'une fatigue, d'un désespoir face à son état, d'une agressivité et d'un isolement, ce dont les experts n'avaient pas tenu compte. Ses déclarations évoquant des idées noires et une inscription à Exit avaient été minimisées, et l'allégation de l'expert psychiatre selon laquelle son histoire personnelle ne révélait pas de troubles psychiatriques sérieux était en contradiction avec l'anamnèse. Enfin, l'expert en question était spécialisé en pédopsychiatrie, ce qui ne constituait pas une formation adéquate pour se prononcer sur son cas.

À l'appui de ses écritures, elle a joint un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 février 2013, attestant d'une aggravation, depuis plusieurs mois, du trouble de la personnalité de type borderline et du trouble dépressif récurrent, lequel était actuellement sévère. L'aggravation du trouble dépressif était en partie liée à la solitude de l'assurée, qui n'avait jamais pu s'insérer socialement. Quant au trouble de la personnalité de type borderline, son aggravation était due à une vie chaotique menée dans le milieu de la prostitution et à une consommation excessive d'alcool et de cocaïne pendant plusieurs années.

16. Par réponse du 19 avril 2013, l'intimé, se fondant sur l'avis du SMR, a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Le trouble dépressif pouvait s'être aggravé en réaction à la décision querellée, mais il était impossible de dire si l'aggravation était antérieure ou postérieure à la décision litigieuse.
17. Par réplique du 8 mai 2013, la recourante s'est opposée au renvoi du dossier pour instruction complémentaire et a persisté dans ses conclusions. Le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 février 2013 mentionnait clairement une aggravation de son trouble dépressif depuis plusieurs mois. Il ne pouvait s'agir que d'une aggravation réactionnelle à la décision querellée.
18. Le 19 juin 2013, s'est tenue une audience d'enquêtes, lors de laquelle a été entendu le Dr D\_\_\_\_\_. Il a exposé qu'en sus des diagnostics retenus dans son rapport du 20 février 2013, il retenait un transsexualisme, soit un diagnostic supposant une souffrance par rapport à l'identité sexuelle. Sa patiente se sentait discriminée, car

subsistaient malgré son opération et ses traitements des traces physiques démontrant qu'elle était née homme. Sur question, il a expliqué que les personnes opérées se sentaient mieux du point de vue de leur identité après l'opération, mais continuaient à souffrir car elles restaient victimes de discriminations. En l'occurrence, la famille de sa patiente avaient accepté la situation. Avant de venir à sa consultation, celle-ci avait été prise en charge par la consultation psychiatrique des HUG. En 2009, le trouble dépressif récurrent pouvait être qualifié de sévère. Ensuite, la recourante avait pris beaucoup de poids. Depuis plusieurs mois, elle ne sortait plus de chez elle sauf pour faire ses courses, et avait peur d'être agressée. Elle présentait également de l'anxiété et une baisse de l'humeur.

Son état dépressif était fluctuant et son trouble de la personnalité borderline était labile, de manière chronique. En 2004, suite au traumatisme vécu après le meurtre de son amie, son état de santé psychique avait subi une première aggravation. En 2008, une seconde aggravation était intervenue suite au décès de sa meilleure amie. En février 2009, son état dépressif était sévère, puis s'était amélioré, avant de se péjorer à nouveau en raison de divers facteurs. Au moment du rapport du 21 juin 2010, l'état dépressif était sévère. Il s'était aggravé depuis environ un an. Depuis la fin de l'année 2012, soit depuis la période des fêtes, il s'était encore aggravé. La réception du projet de décision négative avait contribué à cette aggravation.

S'agissant de l'expertise du CEMed, la problématique de l'image de soi était certes au centre du diagnostic de transsexualisme, mais le tableau clinique était beaucoup plus vaste. Les études montraient que les transsexuels souffraient beaucoup, ressentaient fortement l'exclusion, et présentaient des taux de dépression et de consommation de stupéfiants supérieurs à la moyenne. En l'occurrence, l'état dépressif récurrent était présent depuis très longtemps, n'était pas en rémission et son pronostic était défavorable. Sa patiente était toujours sous antidépresseurs et souffrait d'effets secondaires. Un changement de traitement n'était pas susceptible de changer la situation, car il s'agissait d'un problème plus profond, présent depuis l'adolescence. L'évaluation de la problématique liée au transsexualisme était particulière. Il avait dû beaucoup se renseigner et approfondir la matière. Il ne pouvait pas juger du choix de l'expert, faute de connaître les critères de sélection.

Sur question de l'intimé, le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué que son appréciation psychiatrique était différente de celle figurant dans le rapport d'expertise, puisqu'il suivait la recourante depuis 2009, contrairement à l'expert qui ne l'avait vue qu'une fois. Le diagnostic de trouble de la personnalité de type borderline sévère lui semblait clair, compte tenu du passé de la recourante. En outre, les troubles psychiatriques lui paraissaient invalidants.

Après la première décompensation de 2004, sa patiente avait repris son activité de prostituée de 2006 jusqu'en 2008, année durant laquelle elle avait subi une nouvelle décompensation suite au décès d'une amie. Elle n'avait plus repris d'activité depuis lors. S'agissant des diagnostics de dépendance à l'alcool et à la drogue, ils n'avaient plus de répercussion sur la capacité de travail car l'assurée était

abstinente. En revanche, elle souffrait d'une obésité morbide avec un indice de masse corporelle de 40, ce qui engendrait des problèmes de santé. Les conséquences de son hyperphagie pouvaient entraîner des limitations fonctionnelles et aggraver la dépression. S'agissant des activités ménagères, une baisse de l'humeur et de l'énergie ainsi qu'une lenteur entraînaient des difficultés à accomplir certaines tâches. Sa patiente restait toute la journée à la maison, sauf pour faire les courses.

19. Le 19 juin 2013, s'est également tenue une audience de comparution personnelle des parties. La recourante a déclaré qu'en sus de problèmes psychiques, elle souffrait de complications d'ordre somatique causées par des problèmes de foie, de diabète et de cholestérol. En outre, certains membres de sa famille avaient souffert de problèmes cardio-vasculaires. Elle avait des difficultés à effectuer certaines tâches en raison d'une surcharge pondérale et d'une hernie. Elle se sentait rejetée, vivait seule, sans téléphone, souffrait de claustrophobie et d'une mauvaise image d'elle-même, car son poids habituel de 74 kilogrammes avait augmenté pour atteindre aujourd'hui 123 kilogrammes. L'intimé a déclaré qu'il modifiait ses conclusions en ce sens qu'il ne concluait plus au renvoi. Il soumettrait le procès-verbal d'audience au SMR pour qu'il se détermine.
20. Par avis du 4 juillet 2013, le SMR a estimé que ses conclusions restaient les mêmes. En effet, les déclarations de l'assurée étaient déjà connues, l'opération de changement de sexe n'entraînait pas de limitations fonctionnelles, et un épisode dépressif sévère n'aurait pas pu subsister plus de quatre ans sans entraîner d'hospitalisation. Enfin, il n'y avait aucun indice attestant d'une aggravation postérieure à l'expertise du CEMed.
21. Dans ses observations du 10 juillet 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ ne mettait pas en doute la valeur probante de l'expertise du CEMed, puisqu'il n'avait démontré aucune incohérence. La problématique du transsexualisme n'avait pas été sous-estimée, car elle n'entraînait aucune limitation. Le psychiatre traitant s'était contredit puisqu'il s'était prononcé sur la capacité de travail en se fondant sur des diagnostics qu'il avait ensuite reconnus comme non incapacitants, notamment l'hyperphagie et la dépendance à l'alcool et à la cocaïne. Il avait en outre mentionné une aggravation de l'état de santé psychique depuis plusieurs mois, avant de dater celle-ci depuis environ un an. L'état de santé psychique s'était peut-être aggravé, mais postérieurement à la décision attaquée.
22. Par écritures du 23 août 2013, la recourante a rétorqué que la dernière aggravation évoquée dans le rapport du 20 février 2013 n'était pas isolée mais s'inscrivait dans un contexte de trouble de la personnalité sévère. En outre, l'expertise du CEMed comportait de nombreux manquements, contradictions, et s'attachait uniquement à la problématique de l'image de soi. Or, ses problèmes ne pouvaient pas être réduits à du narcissisme, attendu que sa surcharge pondérale existait depuis 2004, que son incapacité de travail était survenue quatre ans plus tard, et qu'elle avait déposé sa demande de prestations en 2010. En outre, l'expert psychiatre avait nié le caractère

invalidant de ses troubles sur la base d'un jugement de valeur, et n'avait pas tenu compte de diverses plaintes dans son appréciation. Il y avait également une contradiction entre ses déclarations stipulant « elle a souvent tendance à se disperser, mais son discours est cohérent [...] » et les données subjectives du rapport. Enfin, elle réitérait que la Dresse G\_\_\_\_\_ ne disposait pas des qualifications nécessaires pour l'expertiser.

23. Le 17 septembre 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. L'expert disposait des qualifications nécessaires, puisque le transsexualisme ne faisait l'objet d'aucune spécialisation en médecine et qu'il possédait un double titre FMH de spécialiste en psychiatrie/psychothérapie et psychiatrie/psychothérapie d'enfants et d'adolescents. Par ailleurs, la recourante n'avait pas démontré que son transsexualisme pouvait avoir des répercussions sur sa capacité de travail. Les déclarations de l'expert selon lesquelles l'assurée avait tendance à se disperser ne révélaient aucune contradiction, et cette dernière se prévalait de sa propre appréciation sur des éléments relevant de la science médicale.
24. Le 3 octobre 2013, la recourante a précisé que son grief relatif aux qualifications de l'expert consistait à soutenir que celui-ci se consacrait principalement aux enfants, soit à une catégorie de population présentant des troubles éloignés du transsexualisme. Par ailleurs, le Dr D\_\_\_\_\_ avait retenu des diagnostics distincts de ceux mentionnés dans l'expertise, soit un état dépressif sévère et un trouble de la personnalité borderline sévère. Ses arguments ne constituaient pas des appréciations relevant de la science médicale.
25. Par écritures du 15 octobre 2013, l'intimé a réitéré qu'un diplôme FMH en psychiatrie était suffisant pour évaluer la recourante.
26. Par ordonnance du 23 avril 2014, la chambre de céans a ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), qu'elle a confiée aux docteurs H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.

Dans leur rapport d'expertise judiciaire du 26 août 2014, établi suite à un consilium, les experts ont retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail suivants : transsexualisme ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger ; scapulalgies bilatérales et dorsolombagies chroniques non spécifiques ; gonalgies probablement mécaniques, surtout à droite ; obésité de grade I avec IMC de 35 kg/m<sup>2</sup> ; hypertension artérielle traitée et équilibrée ; diabète de type 2 équilibré ; dyslipidémie ; hypothyroïdie substituée depuis 2004 ; ostéoporose diagnostiquée en 2005, traitée par biphosphonates. À l'appréciation, ils ont exposé que le poids de l'assurée avait augmenté depuis 2004-2005 jusqu'à 126 kilogrammes en automne 2013, avant de diminuer grâce à un régime pour se maintenir à 106 kilogrammes (BMI de 35 kg/m<sup>2</sup>), soit une obésité de grade I. L'amaigrissement s'était accompagné d'une amélioration du syndrome métabolique. Le diabète était

actuellement équilibré, tandis que l'hypertension et l'hypothyroïdie étaient compensés par les médicaments. Sur le plan rhumatologique, les radiographies dorsales étaient normales, les ultrasons de l'épaule montraient une bursite n'expliquant pas entièrement la symptomatologie douloureuse, et l'ostéoporose ne pouvait pas provoquer de douleurs sauf en cas de fracture. Sur le plan psychique, le transsexualisme ne faisait pas obstacle à une pleine capacité de travail et l'expert psychiatre ne constatait pas d'élément en faveur d'un trouble de personnalité, hormis la prostitution et la consommation de stupéfiants pendant trois ans. L'anamnèse mettait en évidence des épisodes dépressifs réactionnels et des hospitalisations à fin 2013 et en avril 2014 pour un état dépressif moyen, lequel avait toutefois évolué favorablement et était actuellement léger. Il n'y avait pas de syndrome post-traumatique en lien avec la découverte du cadavre mutilé d'une collègue de l'assurée, les symptômes n'étant pas réunis. En définitive, sur le plan somatique et psychiatrique, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle et toute activité légère adaptée, sans diminution de rendement. Par le passé, seules des incapacités temporaires étaient survenues, soit un à deux mois en 2010 et 2011 ; deux à trois mois en 2007-2008, à fin 2011 et fin 2012, en octobre 2013 et mars 2014. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges supérieures à dix kilogrammes, les flexions antérieures répétées du tronc, les stations à genoux, debout et accroupies prolongées. Une aide au placement était susceptible d'aider l'assurée, si celle-ci en faisait la demande.

27. Invitées par la chambre de céans à se déterminer, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives le 6 octobre 2014. La recourante a précisé qu'elle contestait l'expertise judiciaire en tant qu'elle s'écartait des appréciations de son médecin traitant.
28. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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.

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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 467 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 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2007. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, puis en fonction des modifications consécutives aux révisions 5 et 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329) (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.
6. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, op. cit., n°2187 ss).

c. 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 LPGGA et art. 28a al. 1 LAI).

7. 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 LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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).

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

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).

8. 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).
9. a. En l'espèce, l'intimé soutient que la recourante n'a droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité. Il se prévaut des expertises de la PMU et du CEMed, lesquelles concluent l'une et l'autre à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle et toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sous réserve d'incapacités de travail transitoires.

Pour sa part, la recourante estime qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité. Elle se réfère aux rapports du Dr D\_\_\_\_\_, lesquels attestent d'une incapacité de travail totale dans toute activité. Elle fait valoir que l'expertise du CEMed ne bénéficie d'aucune valeur probante et conteste le rapport de la PMU en tant qu'il s'écarte de l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_.

b. Afin de se prononcer sur la capacité de travail, il convient d'examiner la valeur probante des expertises de la PMU, du CEMed, et des rapports des Drs D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_.

Pour les motifs exposés dans l'ordonnance d'expertise (ATAS 522/2014 du 23 avril 2014, consid. 8), on peut douter de la force probante du rapport du CEMed, de sorte qu'il n'y a pas lieu de se fonder sur celui-ci.

S'agissant de l'expertise judiciaire de la PMU, la chambre de céans constate que la recourante a été examinée par les Drs H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, lesquels disposent de toutes les qualifications requises pour se prononcer sur les affections en cause. Leur rapport est fondé sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de l'assurée et sur des examens cliniques complets. Il discute de manière approfondie les points importants, en particulier les diagnostics et leurs répercussions éventuelles sur la capacité de travail. Les conclusions communes des experts, selon lesquelles la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans

son activité habituelle et toute activité légère, sous réserve d'incapacités transitoires, sont claires et dépourvues de contradictions. Elles sont également motivées, puisqu'elles tiennent compte de l'absence de diagnostics incapacitants, des limitations fonctionnelles et de quelques brèves incapacités de travail consécutives à des douleurs d'épaules, des lithiases vésiculaires et des exacerbations de l'état dépressif. Les experts ont de surcroît exposé les raisons pour lesquelles ils s'écartaient des conclusions des médecins traitants. Partant, une pleine valeur probante doit être reconnue au rapport d'expertise de la PMU.

Les rapports divergents des médecins traitants ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, dès lors qu'ils sont peu motivés et ne font pas état de contradictions ou d'éléments dont les experts n'auraient pas tenu compte. Il sied également de 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).

L'argumentation de la recourante, dirigée exclusivement contre l'expertise du CEMed, ne met pas non plus en exergue d'éventuelles lacunes ou contradictions dans le rapport d'expertise de la PMU.

On relèvera au surplus que si l'assurée ne s'estime plus capable d'exercer son activité habituelle, elle n'exclut pas l'exercice d'une activité adaptée, puisqu'elle a déclaré à l'expert psychiatre de la PMU qu'une activité d'accompagnatrice lui paraissait envisageable (cf. rapport d'expertise du 26 août 2014, p. 18).

Pour les motifs qui précèdent, les conclusions du rapport d'expertise judiciaire emportent la conviction de la chambre de céans, de sorte que celle-ci retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente, en tout cas depuis 2007, une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et dans toute activité légère compatible avec ses limitations, sous réserve d'incapacités de travail transitoires n'excédant pas deux à trois mois.

Comme la recourante n'a jamais présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable, elle n'a pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

La recourante ne conteste pas, à juste titre, le refus de l'intimé de lui accorder des mesures d'ordre professionnel.

10. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_193/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.2.1).

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner cette dernière au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**A 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

Juliana BALDÉ

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