

GE_GERICHTE ATAS/203/2017 vom 14. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_203_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/203/2017 du 14 mars 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/203/2017 del 14 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé le 12 mai 2016 contre une décision du 26 avril 2016, le recours a été interjeté en temps utile. Il satisfait par ailleurs aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Enfin, touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir contre cette décision (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad

A/1523/2016 - 17/25 - art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer

d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b) ; la jurisprudence rendue à ce propos sous l'empire de l'art. 4 aCst. est toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5c). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 3

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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, il s'agit en l'espèce du droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1er janvier 2012. S'agissant des dispositions de droit matériel de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent en règle générale une version formalisée sur le plan de la loi de la

A/1523/2016 - 18/25 - 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).

E. 4

La recourante prétend avoir droit à des prestations de l'AI, en particulier à une rente (entière) d'invalidité, estimant qu'elle a été en incapacité de travail pour des motifs psychiatriques dès juin 2012. Par arrêt du 5 août 2014, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, en considération d'affections somatiques s'étant révélées mais n'ayant pas été investiguées et d'éventuelles interactions entre ces affections et les problèmes psychiques de la recourante. L'expertise pluridisciplinaire qui a alors été faite sur mandat de l'intimé par le CEMed – dont il sied de rappeler qu'il a été désigné aléatoirement par le biais de la plateforme électronique Med@P, conformément à l'art. 72bis du règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)

– a été confiée aux experts R_____ pour les volets de médecine interne et ceux de rhumatologie et S_____ pour le volet psychiatrique, soit à d'autres experts que ceux qui avaient rendu les rapports d'expertise des 2 mars et 12 octobre 2012 (soit les Dr J_____ pour le volet cardiologique et le Dr I_____ pour le volet psychiatrique). Seules les conclusions de l'expertise psychiatrique sont contestées par la recourante, qui ne critique nullement les conclusions que les experts ont retenues sur les plans de la médecine interne et de la rhumatologie, à savoir qu'elle ne souffrait à ces égards d'aucune limitation pouvant justifier une incapacité de travail. Il appert que l'expertise a été menée conformément aux règles de l'art déjà pour ces volets somatiques, et rien ne vient non plus remettre en question que des affections d'ordre cardiologique et gastroentérologique que la recourante a pu avoir n'auraient, à tort, pas été prises en compte en l'espèce. La question ne se pose donc pas non plus du point de vue d'interactions entre des affections somatiques et les problèmes psychiques de la recourante, qui restent donc seuls au centre du litige.

E. 5

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49%, de 50 à 59%, de 60 à 69% ou de 70% ou plus (art. 28 al. 2 LAI). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2

A/1523/2016 - 19/25 - LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA,

auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un

A/1523/2016 - 20/25 - jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). c. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé. c/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont

notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte

A/1523/2016 - 21/25 - l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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. À 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). De même, 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).

A/1523/2016 - 22/25 -

E. 6

a. En l'espèce, il appert que, concernant le volet psychiatrique aussi, le rapport d'expertise du CEMed du 9 décembre 2015 satisfait d'un point de vue formel aux réquisits jurisprudentiels relatifs à de tels documents médicaux. Il en va d'ailleurs de même du rapport d'expertise du CEMed du 2 mars 2012 des Drs J_____ et I_____ et de son complément du 12 octobre 2012 du Dr I_____. b. D'un point de vue matériel, le rapport d'expertise du 9 décembre 2015 ne perd pas de son poids du fait que l'expert psychiatre a rencontré la recourante une seule fois, pour un temps au demeurant non déterminé avec exactitude mais dont rien ne permet de retenir qu'il aurait été insuffisant. Il est patent, à lire le rapport d'expertise (notamment de son volet psychiatrique, mais aussi de sa partie générale), que l'expert a consacré du temps à l'établissement d'une anamnèse complète, notamment sur le plan psychique, et a donc recueilli consciencieusement les données subjectives de la recourante. Il a passé en revue les symptômes des lignées respectivement dépressive, hypomaniaque et maniaque, anxieuse et psychotique de la recourante, et s'est attaché à apprécier sa personnalité et à connaître ses activités quotidiennes. Il a manifestement pris le temps nécessaires pour recueillir toutes les données pertinentes pour, notamment, établir les diagnostics pertinents et apprécier la capacité de travail de la recourante, compte tenu de la psychopathologie de cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 58/06 du 13 juin 2006 consid. 2.2). Au demeurant, la recourante avait été vue à deux reprises par le Dr I_____ dans le cadre de l'expertise du 2 mars 2012 et de son complément du 12 octobre 2012. La qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise ne dépend pas de façon proportionnelle du temps consacré à l'entretien et à l'observation du comportement de l'expertisé, l'expert devant se forger une opinion sur la base de l'ensemble du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3). c. Or, il appert que les experts, et en particulier l'expert-psychiatre S_____ (à l'instar, au demeurant, du précédent expert-psychiatre I_____), ont pris connaissance de façon approfondie de l'ensemble du dossier et donc en particulier des divers rapports médicaux et des rapports d'hospitalisation concernant la recourante, en plus des données objectives et subjectives qu'ils ont recueillies et des observations qu'ils ont faites du comportement de la recourante. Les conclusions qu'ils ont tirées de leur analyse en termes tant de diagnostics que d'évaluation de la capacité de travail et d'éventuelles limitations fonctionnelles ne relèvent pas d'une unique observation momentanée (arrêt du Tribunal fédéral I 292/06 du 3 juillet 2007 consid. 5.3). d. Sur le plan des diagnostics, il n'y a de divergence entre l'expert-psychiatre et le psychiatre traitant de la recourante guère que sur la question de savoir si, dans le spectre des troubles dépressifs et anxieux, il faut retenir un état dépressif moyen pérenne (donc y compris en dehors des périodes d'hospitalisation psychiatrique) ou A/1523/2016 - 23/25 - de la dysthymie et une anxiété généralisée avec des épisodes dépressifs limités dans le temps. Force est de retenir à cet égard que le psychiatre traitant substitue son appréciation de la question à celle de l'expert-psychiatre, sans apporter d'éléments susceptibles de convaincre la chambre de céans. L'avis du Dr T_____ du SMR apporte à cet égard la précision utile et fiable, d'une part qu'une absence de signes neurovégétatifs (sudation, tremblements, sécheresse de la bouche) – signes non relevés chez la recourante – n'est nullement incompatible avec le diagnostic d'anxiété généralisée posé par l'expert-psychiatre, et d'autre part que des réveils précoces – présents chez la recourante – peuvent être générés par une anxiété généralisée et ne sont pas pathognomoniques de la dépression. e. Le fait qu'une personne ait déjà eu plusieurs épisodes dépressifs peut faire

craindre qu'elle en ait encore d'autres, sans même qu'un facteur de stress ne survienne, ainsi que l'expert-psychiatre l'a relevé. Il n'implique toutefois pas, nonobstant le cas échéant leur effet incapacitant lors de leur survenance, qu'une telle personne doive être reconnue incapable de travailler de façon durable voire pérenne, en quelque sorte préventivement (ainsi que le psychiatre traitant le préconise à demi-mots). Aussi n'y a-t-il pas matière à décrédibiliser l'opinion de l'expert-psychiatre en tant que celui-ci n'a pas admis d'incapacité de travail en dehors des trois périodes d'hospitalisation psychiatrique de la recourante respectivement des 22 février au 12 avril 2010, 26 mars au 27 avril 2012 et 18 mars au 19 avril 2013, ni d'ailleurs en tant qu'il a admis, raisonnablement, qu'avant et après ces périodes d'hospitalisation, pendant quelques semaines, la recourante a pu n'avoir qu'un rendement de 50% en raison desdits épisodes dépressifs respectivement s'étant développés au point de rendre une hospitalisation souhaitable voire nécessaire puis s'étant estompés progressivement encore-au-delà de l'hospitalisation. f. Enfin, l'expert-psychiatre n'a pas ignoré les données subjectives de la recourante, qu'au contraire il a pris soin de recueillir attentivement. Il n'en a cependant tenu compte que dans la mesure où, confrontées aux éléments du dossier (et pas uniquement à une observation limitée au temps de l'entretien), elles apparaissaient objectivement vérifiables ou devoir être tenues pour déterminantes. g. La chambre de céans attribue une pleine valeur probante à l'expertise du CEMed du 9 décembre 2015, y compris quant à l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. Elle a d'autant plus de raison de le faire que les constatations et conclusions de cette expertise se trouvent globalement corroborés par celles des experts du CEMed – en particulier le Dr I_____ pour le volet psychiatrique – ayant établi le rapport d'expertise du 2 mars 2012 et son complément du 12 octobre 2012.

A/1523/2016 - 24/25 - L'avis du psychiatre traitant doit être pris avec la réserve dont il se justifie généralement de faire montre à l'endroit d'avis médicaux émis par des médecins traitants (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Le dossier ne comporte pas d'éléments objectivement vérifiables suffisamment pertinents qui remettraient en cause le bien-fondé de ladite expertise et/ou justifieraient d'ordonner une expertise judiciaire et/ou l'audition du psychiatre traitant. h. Il doit ainsi être retenu, à l'instar de l'intimé, que la recourante n'a pas présenté d'incapacité de travail ni a fortiori d'invalidité dès le 1er juin 2012. Aussi l'intimé a-t-il rejeté à juste titre sa demande de prestations.

E. 7

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

E. 8

La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé, en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61). * * * * *

A/1523/2016 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.