

GE_GERICHTE A/2592/2011 vom 30. August 2012

GE Cour de justice, 2012-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2592_2011

FR: GE_GERICHTE A/2592/2011 du 30 août 2012

IT: GE_GERICHTE A/2592/2011 del 30 agosto 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.08.2012
A/2592/2011

A/2592/2011 ATAS/1077/2012 du 30.08.2012 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 28.09.2012, rendu le 04.03.2013, REJETE, 9C_788/2012 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2592/2011 ATAS/1077/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 30 août 2012 3ème Chambre En la cause Madame S_____, domiciliée à Thônex, représentée par l'Association - permanence défense des patients et assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame S_____ (ci-après : l'assurée), née en 1968, mère de trois enfants, est arrivée en Suisse en 1990. A compter du 25 mai 1999, elle a travaillé comme femme de chambre à l'hôtel X_____, à raison de 42 heures par semaine, pour un salaire mensuel qui s'est élevé à 3'200 fr. en 2001. Le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales - chargé par l'assureur perte de gain de l'assurée d'examiner cette dernière - a conclu à un status post-opératoire du tunnel carpien gauche avec syndrome algique persistant, à une possible algodystrophie de la main gauche et à un état anxio-dépressif probable depuis le début de l'année 2000. Le médecin a préconisé une reprise progressive du travail, d'abord à 50%. A long terme, il envisageait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à l'algodystrophie si celle-ci devait se confirmer. Par courrier du 20 novembre 2002, la Dresse B_____, du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a informé le médecin-conseil de l'assurance perte de gain que l'assurée avait été hospitalisée le 11 octobre 2002 pour état dépressif et investigation d'une fatigue chronique. Le médecin a précisé que l'état dépressif avait probablement débuté suite à un accident survenu en juin 2000, que les symptômes s'étaient aggravés progressivement et que durant l'hospitalisation, un syndrome sec (syndrome de Sjögren) avait été mis en évidence. Relevant qu'en de tels cas, la littérature décrivait la coexistence de troubles psychiatriques de type dépressif, de fatigue et de troubles du sommeil, ainsi que d'arthralgies, le médecin émettait l'hypothèse que la fatigue dont se plaignait la patiente depuis de nombreuses années pouvait être mise en lien avec ce syndrome. L'existence de cette maladie et de ses conséquences somatiques justifiaient un arrêt de travail de longue durée. Le 25 novembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI) en invoquant une fibromyalgie et un syndrome de Sjögren. Son médecin traitant, le Dr C_____ a confirmé dans un rapport du 10 décembre 2002 que sa patiente souffrait de troubles dépressifs récurrents, de fibromyalgie et de « syndrome sec » et a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 1er octobre 2001. La Dresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a quant à elle conclu à un épisode dépressif moyen avec syndrome

somatique depuis 2002 et à une fibromyalgie depuis 2001, ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis octobre 2001. Elle a décrit sa patiente comme déprimée, très irritable, très fatiguée, se plaignant d'anhédonie, de palpitations, de maux de tête, de pieds brûlants, de transpiration excessive et de douleurs diffuses. Elle-même avait observé un important ralentissement psychomoteur et des angoisses ainsi qu'une aboulie. Le pronostic était mauvais. La Dresse D_____ a par la suite précisé qu'une consultation de rhumatologie avait confirmé la fibromyalgie ; suspectant un syndrome de Sjögren, les rhumatologues avaient en outre préconisé un test de Schirmer - lequel s'était avéré fortement pathologique - ainsi qu'une biopsie des glandes salivaires accessoires. Dans un rapport du 8 avril 2005, le Dr E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, physique, réhabilitation, manuelle et en médecine du sport, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis juin 2003, date à laquelle elle avait souffert d'un blocage lombaire et d'un syndrome radiculaire irritatif L5 gauche. Le médecin a retenu les diagnostics suivants : troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire et lombosciatalgie gauche avec listhésis de degré II L5-S1, hernie discale médiane L5-S1 et discopathie L4-L5. Il a également mentionné un état dépressif majeur persistant, un syndrome douloureux chronique, une fibromyalgie, des cervicalgies aiguës avec irradiation des membres supérieurs gauches depuis l'accident de juin 2000, une cure du tunnel carpien gauche en novembre 2001 compliquée d'une algodystrophie du membre supérieur gauche, une épaule douloureuse à gauche avec conflit sous-acromial, un syndrome sec (syndrome de Sjögren), un trouble statique du rachis cervical avec scoliose, des lombosciatalgies gauches, un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et un excès pondéral. Le Dr E_____ a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2001 et a dit soupçonner une connective - maladie inflammatoire des tissus de soutien de l'organisme - car elle en présentait des signes cliniques (sécheresse buccale, diminution de la lacrymation, syndrome douloureux et asthénie). La biopsie négative des glandes salivaires n'excluait pas cette maladie. La fatigue dont se plaignait la patiente était d'ailleurs l'une des plaintes les plus fréquentes accompagnant ce syndrome et la coexistence d'un état dépressif était connue. Le médecin a émis l'avis que sa patiente n'était plus apte à exercer la moindre activité ni comme femme de ménage ni dans un autre domaine. Il a souligné qu'il n'y avait pas eu d'amélioration depuis que l'intéressée avait vu le Dr A_____. Sur le plan somatique, le Dr E_____ a expliqué que l'assurée devait éviter les mouvements répétés de flexion, extension et rotation du tronc, les positions en porte-à-faux, le port répété de charges supérieures à 8 kg, la position accroupie, la montée d'échelle et enfin, les mouvements de l'épaule gauche au-dessus de 90° d'élévation ou d'abduction. Le médecin a conclu qu'un retour au travail ultérieur pourrait être envisagé sur le plan strictement somatique, à condition de tenir compte des limitations énoncées et du fait que l'état psychique était déterminant pour une reprise du travail dans une activité adaptée. Le médecin a encore souligné la bonne concordance entre les plaintes lombaires et l'imagerie radiologique et précisé que le fait que la scintillographie osseuse pratiquée soit négative n'excluait pas une algodystrophie. Dans un bref avis du 5 juillet 2005, le Dr F_____, du Service médical régional de l'AI (SMR), rappelant que « selon la jurisprudence, un état dépressif moyen faisait partie des troubles somatoformes douloureux/fibromyalgie et ne pouvait en être séparé », a proposé de ne tenir compte que des limitations fonctionnelles somatiques. En comparant le revenu que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à la santé, soit 42'545 fr., à celui qu'elle aurait pu espérer en 2002 en exerçant une activité adaptée, soit 40'620 fr. (Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS])

2002 TA1 = 3'820.- pour 40 h./sem. = 3'982.- pour 41, 7 h./sem. = 47'788.- en 2001 = 40'620.- après réduction supplémentaire de 15%), le degré d'invalidité s'élevait à 4,5%. Par décision du 6 octobre 2005, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation au motif que son degré d'invalidité - 4,5% - était insuffisant. L'assurée s'est opposée à cette décision en soulignant avoir fait l'objet d'une hospitalisation psychiatrique non volontaire pour un abus de médicaments et une lésion auto-infligée à la cuisse gauche. Elle s'est référée au diagnostic alors retenu, à savoir un « épisode dépressif majeur sévère » et a produit un rapport établi le 17 août 2005 suite au séjour effectué à la clinique de Montana du 22 juillet au 11 août 2005. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec somatisations, trouble somatoforme douloureux, discopathie lombaire L4-L5, hernie discale L5-S1 et obésité de stade I avaient alors été retenus. Le 4 septembre 2006, le Dr F _____, du SMR, a relevé que les médecins de la clinique de Montana n'avaient pas formellement posé le diagnostic de fibromyalgie bien que 18 points sur 18 aient été trouvés. Il a ajouté que le status psychiatrique ne correspondait pas aux critères d'un trouble dépressif moyen selon la CIM-10. Il en a tiré la conclusion que les diagnostics étaient « pour le moins approximatifs » et témoignaient d'une certaine confusion. Quant au rapport d'hospitalisation à Belle-Idée, il ne contenait aucun status psychiatrique ou somatique et était insuffisant pour étayer le diagnostic d'épisode dépressif majeur sévère. Le Dr F _____ a ajouté que, lors de sa seconde hospitalisation à Montana, l'état de l'assurée s'était amélioré de manière spectaculaire puisque l'intéressée - qui marchait encore avec des cannes à son admission - avait pu les abandonner quelques jours plus tard. Selon lui, cela démontrait le caractère démonstratif de douleurs disproportionnées au vu des constatations objectives. Le médecin du SMR en a tiré la conclusion que l'on pouvait tout au plus retenir un trouble dépressif récurrent, épisode moyen et a rappelé que, selon la jurisprudence, il s'agissait-là d'une manifestation du trouble somatoforme douloureux persistant qu'il n'y a pas lieu de considérer séparément. Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport en date du 15 mai 2007, sur la base d'un entretien avec l'assurée, d'une conversation avec la Dresse D _____ et de l'étude du dossier. Le Dr G _____ a décrit l'assurée comme ne souffrant d'aucun ralentissement psychique, plaintive, démonstrative, avec un fonctionnement intellectuel dans la norme, tonique et ne manifestant pas de fatigue, d'anxiété. Il a conclu à l'absence de retrait social. Il a considéré que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique présent depuis 2000 et le syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis 2001 étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Le médecin a écarté le diagnostic d'état dépressif récurrent au profit de celui d'épisode dépressif unique ayant débuté en 2000 et s'étant poursuivi sans interruption depuis lors. Au nombre des éléments potentiellement incapacitants, il a retenu une diminution de l'énergie de la volonté, un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration et de la mémoire. Il a relevé que le diagnostic de syndrome de Sjögren, évoqué en novembre 2002, n'avait plus été mentionné dans les rapports médicaux ultérieurs et en particulier dans les résumés de séjour de la clinique de Montana. Il a finalement conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant parce que l'assurée présentait des douleurs persistantes intenses qui ne s'expliquaient pas entièrement par une atteinte somatique, s'accompagnaient d'un sentiment de détresse et constituaient sa préoccupation essentielle en ce sens qu'elle avait organisé son quotidien en fonction d'elles. Il n'y avait néanmoins pas de comorbidité psychiatrique invalidante en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle l'épisode dépressif moyen est un facteur

d'accompagnement. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale; l'assurée discutait avec ses enfants et conservait des contacts avec ses frères et sœurs ainsi qu'avec ses parents, avec qui elle communiquait par téléphone ou par internet. Quant à la présence d'un état psychique cristallisé, le médecin n'a pas pu se prononcer, expliquant que cela nécessitait une évaluation dépassant le cadre d'une expertise et impliquant une exploration psycho-dynamique en profondeur. Il a reconnu que les traitements conformes aux règles de l'art s'étaient montrés inefficaces. En définitive, il a conclu qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan strictement psychiatrique. Dans un certificat médical daté du 20 septembre 2007, la Dresse D _____ a qualifié l'état dépressif de sa patiente de sévère et sans amélioration malgré les traitements médicamenteux. Elle a précisé qu'il subsistait une importante tristesse, accompagnée parfois d'idées suicidaires avec des passages à l'acte sous forme d'abus médicamenteux et de blessures auto-infligées par des ciseaux, un manque d'énergie, une fatigabilité et une fatigue massive, des idées de dévalorisation, une absence de plaisir, des troubles du sommeil, une irritabilité avec des répercussions dramatiques sur la situation socio-familiale. Sa patiente ne supportait plus le bruit, ne participait que rarement aux réunions de famille, ne sortait pratiquement plus et n'assumait plus les tâches ménagères. Elle était dès lors dans la totale incapacité de reprendre la moindre activité professionnelle. Par ailleurs, la Dresse D _____, ayant pris connaissance du rapport du Dr G _____, a précisé que l'entretien téléphonique avec ce dernier n'avait duré que cinq minutes. Elle a fait remarquer que des manifestations physiques de fatigue telles que bâillements ou somnolence – sur l'absence desquelles se basait l'expert pour nier la fatigue – pouvaient être absents lors de l'examen, sachant que la patiente dormait environ 16 heures par jour. Elle a ajouté qu'il n'était pas surprenant que la clinique de Montana n'ait pas évoqué le diagnostic de syndrome sec puisqu'elle-même ne l'avait pas mentionné dans sa demande d'hospitalisation et que le séjour avait pour objectif un encadrement psychologique et physiothérapeutique. S'agissant de la perte d'intégration sociale, elle a fait remarquer qu'une mère de famille est obligée de communiquer un minimum avec ses enfants mais qu'en revanche, sa patiente ne pouvait plus assister aux promotions, par exemple, et ne voyait sa fratrie que de manière exceptionnelle, à l'instigation de son mari qui essayait de la maintenir en relation avec l'extérieur. Le médecin a enfin indiqué que selon elle, l'état psychique était cristallisé. Le Dr H _____, du SMR, a estimé que le diagnostic de syndrome sec ne pouvait pas être retenu, d'autant plus que le Dr E _____ avait admis qu'il n'avait pas été confirmé par la biopsie des glandes salivaires accessoires dont la littérature internationale reconnaissait qu'il s'agissait du seul examen permettant de poser un diagnostic avec certitude. La seule sécheresse de la bouche ne suffisait pas pour conclure à ce syndrome ; c'était en effet là un effet secondaire fréquent des antidépresseurs. Il était dès lors abusif de se prévaloir du syndrome de Sjögren pour expliquer fatigue, troubles dépressifs et arthralgies. Par décision sur opposition du 16 juillet 2008, l'OAI a confirmé son refus de prestations du 6 octobre 2005. Il a relevé que le diagnostic de trouble dépressif majeur persistant dont l'assurée avait fait état dans son opposition avait été posé par le Dr E _____, lequel était spécialisé en rhumatologie et non en psychiatrie. L'OAI, se référant au rapport du Dr G _____, a constaté que si les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques et de syndrome somatoforme douloureux persistant avaient été posés, ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, ce qui corroborait les conclusions des médecins du SMR. L'OAI a exclu l'existence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant vu l'absence de comorbidité psychiatrique, de perte d'intégration sociale, de

crystallisation de l'état psychique ou d'échec des traitements. Saisi d'un recours interjeté par l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - l'a admis partiellement par arrêt du 22 mai 2009 et a renvoyé la cause à l'OAI en chargeant ce dernier de procéder à des investigations médicales complémentaires pour déterminer si les diagnostics de syndrome sec et d'algodystrophie pouvaient être retenus et, dans l'affirmative, dans quelle mesure ils influençaient la capacité de gain de l'assurée (A/2903/2008). L'OAI a alors confié au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (CEMED) le soin d'expertiser l'assurée. Dans leur rapport du 5 mai 2010, les Drs I _____, rhumatologue FMH, et M _____, psychiatre FMH, ont retenu les diagnostics suivants : rachialgies communes chroniques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne vertébrale associant spondylolisthésis et hernie discale médiane, épaule douloureuse gauche sur tendinite chronique de la coiffe, bursite chronique sous acromio-deltoïdienne et conflit sous-acromial et trouble spécifique de la personnalité sous forme d'une personnalité paranoïaque partiellement décompensée depuis probablement 2002. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux chronique des ceintures sans lésion anatomique assimilable à une fibromyalgie, un syndrome douloureux du compartiment antérieur des genoux, une obésité, un syndrome somatoforme douloureux persistant depuis 2001 et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2001 également. En revanche, les experts ont écarté le diagnostic de syndrome de Sjögren en expliquant notamment que les deux principaux phénomènes auto-immuns observés dans ce syndrome (infiltration des glandes exocrines mise en évidence par une biopsie des glandes salivaires et hyperréactivité lymphocytaire mise en évidence par des auto-anticorps circulants et par la présence du facteur rhumatoïde ou d'anticorps anti nucléaires) n'étaient pas présents chez l'assurée. Seul le facteur anti-nucléaire - loin d'être spécifique - s'était avéré positif. Par ailleurs, le syndrome sec n'était pas la plainte dominante chez l'assurée, de sorte qu'il fallait l'assimiler au trouble somatoforme douloureux persistant dont elle souffrait. Le diagnostic d'algodystrophie a également été écarté vu l'absence de raideur articulaire, les résultats de la scintigraphie osseuse et l'absence d'ostéopénie séquellaire sur les radiographies récentes des mains. Les experts ont en revanche retenu un syndrome douloureux du compartiment antérieur des deux genoux, plus intense à gauche, sans lésion anatomique démontrable, dont ils ont estimé qu'il était vraisemblablement consécutif à l'excès de poids de l'assurée. Les douleurs à l'épaule gauche s'expliquaient par une bursite sous-acromio-deltoïdienne caractérisée par l'épaisseur des parois et leur accollement à la coiffe des rotateurs. Elles avaient pour conséquences que l'assurée devait éviter les travaux en hauteur. Quant aux lombalgies - peu importantes -, elles s'expliquaient anatomiquement et n'entraînaient que des limitations minimales, plutôt dues à l'obésité et à la fibromyalgie qu'à une spondylopathie isolée de L5 sur S1. Il fallait néanmoins en tenir compte dans le choix du poste de travail. Sur le plan psychique, les experts ont relevé l'absence d'antécédent avant 2000, époque où étaient apparus les premiers symptômes, dans le contexte d'un conflit interpersonnel de l'assurée avec ses supérieurs hiérarchiques. L'état de l'intéressée s'était ensuite péjoré, après une chute sur son lieu de travail. Divers traitements médicamenteux avaient été tentés et deux hospitalisations en milieu psychiatrique avaient eu lieu en 2002 et 2005. À plusieurs reprises, l'assurée avait eu des gestes auto-agressifs, sous forme d'abus médicamenteux et de blessures au couteau. L'assurée était également animée par un esprit de vengeance à l'encontre de son ancienne patronne. Sur le plan clinique, la symptomatologie dépressive était moyenne, avec une humeur dépressive permanente, une diminution marquée de

l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie et une augmentation de la fatigue, des pensées récurrentes de mort, une importante diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, une augmentation du sommeil, une diminution de l'appétit et un sentiment de culpabilité. Cette symptomatologie permettait de confirmer les diagnostics posés dans les divers rapports médicaux et l'expertise du Dr G_____. Les experts ont toutefois émis l'avis que ces diagnostics ne permettaient pas de couvrir toute la symptomatologie psychiatrique. Il était difficile de conclure à une comorbidité, vu la présence d'un épisode dépressif moyen ; on pouvait cependant noter l'existence d'un trouble mixte de la personnalité partiellement décompensé, caractérisé par une personnalité paranoïaque avec sensibilité excessive aux rebuffades, tendance rancunière tenace, caractère soupçonneux et sentiment de conspiration. L'assurée montrait aussi quelques traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif sur le plan anamnestique (tendance marquée au comportement querelleur, aux éclats de colère ou de violence avec difficultés à contrôler un comportement impulsif). En conclusion, les experts ont estimé que, sur le plan somatique, l'activité habituelle de femme de chambre ne pouvait plus être exigée de l'assurée mais qu'en revanche, elle pourrait exercer une activité adaptée - légère, en position assise et n'impliquant pas de travaux en hauteur - et ce, sans diminution de rendement. Sur le plan psychique, l'assurée était relativement bien intégrée, puisqu'elle avait pris la nationalité suisse et renoncé aux papiers officiels de son pays d'origine ; elle participait aux votations et maîtrisait la langue. Les experts ont considéré que l'épisode dépressif moyen et le trouble somatoforme n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de l'assurée, dont ils ont estimé que l'état psychique n'était manifestement pas cristallisé. La symptomatologie de la personnalité paranoïaque avait par contre certainement un effet négatif sur la capacité de travail. L'effet quantitatif était léger et se caractérisait par le fait que l'assurée était envahie par des idées de rancune et de vengeance. Sur le plan qualitatif, les limitations étaient plus marquées, vu la tendance aux conflits interpersonnels. Dans ces conditions, il n'était pas envisageable d'exiger de l'assurée un travail en équipe ; il lui fallait au contraire pouvoir travailler de manière relativement indépendante, comme c'était le cas dans son ancienne profession de femme de chambre. En définitive, les experts ont conclu à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée et sans diminution de rendement. Le 1^{er} juillet 2010, le Dr K_____, du SMR, a admis la totale incapacité de l'assurée à exercer son activité habituelle de femme de ménage. Il a en revanche retenu que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - c'est-à-dire n'impliquant ni travail des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, ni porte-à-faux du tronc, ni port de charges supérieures à 15 kg et ni travail en équipe - elle pourrait travailler entre 80 et 100% sans diminution de rendement. Le SMR a relevé que les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise du CEMED rejoignaient celles du Dr G_____, exception faite des troubles de la personnalité paranoïaque et éventuellement borderline mis en évidence par le CEMED mais estimé que les conclusions du Dr G_____ devaient se voir accorder la préférence, en application de la pratique selon laquelle « en cas d'appréciation divergente de deux experts de la même spécialité, il était d'usage que l'appréciation la plus favorable à l'OAI soit choisie ». Par décision du 28 juin 2011, l'OAI a nié une nouvelle fois le droit de l'assurée à toute prestation. L'OAI a admis une totale incapacité dès le 1^{er} octobre 2001 dans l'activité habituelle de femme de ménage mais a conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée à 80% dès le 12 juillet 2002. Le degré d'invalidité en résultant - soit 19,52% - était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Quant à l'octroi de mesures professionnelles, il était également refusé au motif que l'assurée, qui avait été adressée à un service de

réadaptation pour faciliter sa réinsertion, avait refusé de participer au stage d'orientation qui lui avait été proposé. Le 28 août 2011, la Dresse D _____ a reproché au CEMED de n'avoir pas fait mention de l'hypersomnie de sa patiente. Le médecin a allégué que si l'on additionnait tous les symptômes relevés par les experts, tant dans l'anamnèse que dans le status, c'est le diagnostic d'épisode dépressif sévère et non moyen qui devrait être retenu. En effet, en plus des trois symptômes typiques nécessaires (humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité), il fallait ajouter des cauchemars, une diminution de la concentration, une perte d'espoir, des actes auto-agressifs, des idées suicidaires et un sentiment de culpabilité. Le médecin a également fait grief à l'expert psychiatre de n'avoir pas mentionné le trouble mixte de la personnalité observé à l'examen au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. La Dresse D _____ a fait valoir que le cumul des symptômes de personnalité paranoïaque et borderline aggravait le tableau clinique et avait des répercussions considérables sur le fonctionnement psychosocial de sa patiente ; or, les symptômes psychotiques mis en évidence (hallucinations auditives et visuelles, interprétations délirantes, angoisse - notamment caractérisée par le fait de ne pouvoir entrer dans un magasin sans être paniquée -) n'avaient pas été pris en compte. Selon elle, l'état psychique de sa patiente était bel et bien cristallisé. Le médecin a encore reproché aux experts de ne pas l'avoir consultée à l'issue de leurs examens. Enfin, la Dresse D _____ a contesté que l'état dépressif de sa patiente puisse être considéré comme faisant partie de son trouble somatoforme douloureux puisque l'apparition des troubles psychiques était antérieure à celle des traumatismes physiques et des douleurs. Selon elle, il est invraisemblable d'attendre d'une mère de famille qui n'arrive plus même à tenir son ménage, faire la cuisine, les courses, la vaisselle, la lessive ou assister aux tournois de football de ses fils qu'elle assume une activité professionnelle, même partielle. Le 29 août 2011, l'assurée a formellement interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle reproche à l'intimé d'avoir fait preuve d'arbitraire en choisissant délibérément de fonder sa décision sur « l'appréciation la plus favorable », sans rechercher la vérité scientifique. Quoiqu'il en soit, elle soutient que le rapport du CEMED ne peut se voir reconnaître valeur probante car il est lacunaire, contradictoire et qu'il laisse ouvertes les questions déterminantes posées par le Tribunal dans son arrêt du 22 mai 2009. Ainsi, les experts n'ont notamment pas indiqué pour quelles raisons ils ont conclu à l'absence de comorbidité psychiatrique, alors même qu'ils ont retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ils n'ont pas non plus indiqué pourquoi le trouble somatoforme douloureux a été d'emblée considéré comme non invalidant, sans examiner les critères posés par la jurisprudence. Selon la recourante, il ressort pourtant clairement des pièces versées au dossier que ses problèmes de santé ne sont pas simples et que son trouble dépressif - présent depuis 2001 - doit être envisagé comme une affection indépendante du trouble somatoforme douloureux. Elle ajoute que les experts n'ont pas répondu de manière circonstanciée aux questions posées s'agissant du syndrome de Sjögren et qu'ils se sont limités à émettre des considérations générales. Elle relève que son psychiatre traitant n'a pas été consulté et que les automutilations et abus médicamenteux n'ont pas été pris en compte, pas plus que son isolement social ou encore le fait qu'elle entende des voix, ait des hallucinations et entende des bruits qui n'existent pas. Elle allègue ne s'être jamais remise du conflit survenu au travail en 2002, faire encore des cauchemars en rapport avec cet événement, avoir des flashbacks et des attitudes d'évitement et conclut qu'elle est totalement incapable de reprendre une activité, même adaptée. Invité à

se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 septembre 2011, a conclu au rejet du recours. Il soutient que l'expertise du CEMED doit se voir reconnaître pleine valeur probante et se réfère à l'avis de son SMR. Ce dernier a rappelé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait se poser que lorsqu'un épisode était terminé et qu'un nouvel épisode était survenu ; en l'occurrence, il n'y avait eu qu'un seul épisode dépressif qui durait depuis 2001. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été posé par deux experts psychiatres sur des bases solides. Quant au syndrome de Sjögren, les critères d'inclusion ne faisaient pas l'unanimité en raison notamment du fait que l'histopathologie des glandes salivaires était normale. Il était d'ailleurs vraisemblable que la sécheresse constatée soit secondaire à l'administration de Triptizol, d'autant qu'il avait été constaté lors de l'expertise que cette symptomatologie n'était plus au premier plan après que ce médicament a finalement été remplacé par de l'Efexor. S'agissant plus particulièrement du trouble dépressif, le SMR a expliqué que toute pathologie dépressive peut comporter une certaine dose d'anxiété qui n'amène pas forcément à conclure à un trouble de stress post-traumatique, trouble qui n'était quoi qu'il en soit pas susceptible d'être provoqué par une simple entorse de la colonne cervicale lors du nettoyage d'une salle de bain. Ce diagnostic n'avait d'ailleurs pas été avancé par le psychiatre traitant. Les experts avaient certes retenu une diminution de l'intérêt et du plaisir, une fatigue, une humeur dépressive, des pensées de mort occasionnelles, une diminution de l'aptitude à penser, des troubles du sommeil, une perte d'appétit et un sentiment de culpabilité ; ils avaient néanmoins distingué les symptômes susceptibles de provoquer une incapacité de travail des autres et jugé que la tristesse, les troubles du sommeil et de l'appétit et l'absence de libido n'étaient pas des éléments incapacitants "per se", raison pour laquelle ils avaient conclu que l'épisode dépressif n'entravait pas la capacité de travail de la recourante. Le SMR a ajouté qu'en cas d'épisode dépressif sévère et insensible au traitement, une hospitalisation serait vraisemblablement intervenue, ce qui n'avait pas été le cas. En reprenant les données subjectives de l'expertise, le SMR a constaté que l'assurée avait d'abord été victime d'une chute qui avait eu pour conséquences plusieurs arrêts de travail et un épisode douloureux ; ce n'était qu'à partir du 9 septembre 2002 qu'elle avait consulté le Dresse D _____ pour un épisode dépressif. En conséquence, l'apparition de douleurs était antérieure à celle de l'épisode dépressif, de sorte que ce dernier devait être considéré comme indissociable du trouble somatoforme douloureux. Par écriture du 1^{er} novembre 2011, la recourante a reproché à l'avis du SMR de ne pas émaner d'un médecin ayant des compétences en matière psychiatrique, d'une part, de n'être pas authentifié puisque simplement signé " _____ ", d'autre part. Elle émet la supposition qu'il a été émis par le Dr K _____, lequel a déjà admis choisir les appréciations les plus favorables à l'OAI et en tire la conclusion qu'il fait objectivement preuve de partialité. La recourante a en outre produit un courrier de la Dresse D _____ qui soutient qu'un trouble de la personnalité paranoïaque assorti de traits de personnalité borderline rend un patient inapte sur le plan relationnel et social. Elle ajoute que la suggestion d'un état de stress post-traumatique reste pertinente, car ce n'est pas suite à l'accident de travail que les cauchemars, flash-back et évitements sont apparus mais suite aux continuelles brimades essuyées par sa patiente de la part de sa responsable. Le médecin maintient que l'état de sa patiente est cristallisé puisque le traitement instauré et suivi, malgré plusieurs adaptations, n'a pas permis une restauration "ad integrum". Pour le reste, le médecin indique que l'état dépressif, survenu dans le cadre des conflits entre sa patiente et sa supérieure hiérarchique, est apparu avant tout problème somatique. Selon la Dresse D _____, cet état remonterait même au moment où

l'assurée a commencé son travail, car le Dr C _____, dans un rapport de décembre 1999, évoquait déjà une perte pondérale de 13 kg depuis mai 1999 et un état de fatigue. Le 21 décembre 2011, le SMR a expliqué que l'anonymisation de ses rapports avait pour seul objectif de protéger ses médecins et non d'induire le tribunal ou les assurés en erreur. Il ajoute que le Dr K _____ a une formation en psychiatrie et le Tribunal fédéral n'exige pas que seuls des psychiatres se prononcent sur des problèmes psychiatriques. Seuls les arguments sont importants, non la spécialisation des médecins qui les expriment. Or, les avis du SMR ont été donnés en toute connaissance de cause et sur la base des expertises versées au dossier, dont le SMR affirme qu'elles ont été analysées de manière médicale et en toute impartialité. Quant à l'avis de la Dresse D _____, le SMR fait remarquer qu'il se limite à critiquer l'avis du médecin du SMR sans apporter d'élément objectif. Le 9 février 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant aux explications du SMR et en ajoutant que l'identité du médecin s'étant exprimé était communiquée sur simple requête de l'assuré ou du tribunal. Quant à la position exprimée par le Dr K _____ - à savoir que l'appréciation la plus favorable à l'OAI devait être suivie -, l'intimé soutient qu'elle ne reflète nullement sa pratique. Il fait remarquer qu'en l'occurrence, d'ailleurs, c'est l'appréciation la plus favorable à la recourante qui a été adoptée puisque le Dr G _____ avait retenu en mai 2007, l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et que l'intimé a finalement admis avec les médecins du CEMED, une diminution de 20% de la capacité de travail pour raisons psychiatriques. Le 6 mars 2012, la recourante s'est référée une nouvelle fois à l'avis de son psychiatre traitant. Elle soutient que ce dernier a critiqué de manière scientifique et sérieuse l'expertise du CEMED et que ses considérations ne peuvent donc être écartées du seul fait de leur provenance. S'agissant de l'anonymisation des rapports du SMR, la recourante relève qu'elle va à l'encontre de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, qui a augmenté les exigences en matière d'expertises médicales. Quant à l'affirmation selon laquelle son dossier aurait été traité en toute impartialité, la recourante exprime ses doutes eu égard aux déclarations précédentes du Dr K _____. Le 21 mars 2012, en réponse à une demande de la Cour de céans, l'intimé a confirmé que les initiales _____ se référaient effectivement au Dr K _____ et les initiales _____ à la Dresse L _____. Le 2 avril 2012, la recourante a encore invoqué les dispositions de la loi cantonale sur la santé et le fait que celles-ci exigent que l'on puisse identifier les auteurs des données. Elle en tire la conclusion que le législateur a voulu que toute pièce au dossier médical d'un patient soit identifiable d'emblée et que le SMR, en ne transmettant le nom de l'auteur d'un rapport que sur demande, viole la loi. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 depuis 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et

appliquée (ATF 130 V 343 consid. 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 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, 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 (ATFA non publié 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). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 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. 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). 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). En l'espèce, dans un premier grief, la recourante conteste la valeur probante des avis rendus par le SMR et remet en cause leur validité formelle, en raison de leur anonymisation et de leur manque d'impartialité. La Cour de céans a jugé, dans un arrêt récent (ATAS/728/2012), qu'il n'y a pas de motif d'écarter un rapport du SMR, lorsque le nom du médecin est finalement communiqué. Dans le cas qui nous occupe, le médecin du SMR à l'origine de l'avis du 7 novembre 2011 n'a pas indiqué son nom ; il n'était identifié que par une série de lettres. Comme le note à juste titre la recourante, cette façon de procéder a notamment pour conséquence que les assurés ne peuvent déterminer si l'avis médical en question émane d'un spécialiste ou s'ils auraient des motifs de récusation à faire valoir. De toute évidence, cette façon de procéder est donc critiquable. Quant à l'allégation du Dr K_____ relative aux avis médicaux à retenir en cas de divergences, elle est en effet de nature à instiller un doute certain quant à l'impartialité du médecin en question. Quoi qu'il en soit, dans le cas présent, la question de la valeur probante à reconnaître aux avis du SMR peut rester ouverte pour les motifs qui suivent. S'agissant tout d'abord de la valeur probante de l'expertise du CEMED du 5 mai 2010, il apparaît que les experts, après avoir examiné et entendu la recourante, ont résumé son dossier, procédé à une anamnèse détaillée de son cas et pris en compte ses antécédents personnels. Ils ont fait état des plaintes de l'intéressée, tant subjectives qu'objectives et les diagnostics posés sont clairs. S'agissant en particulier du syndrome de Sjögren, les experts ont expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils l'avaient écarté : les examens s'étaient révélés négatifs pour la plupart ; seul le facteur anti-nucléaire, loin d'être spécifique, s'était avéré positif ; le syndrome sec n'apparaissait pas comme la plainte dominante chez la recourante, de sorte qu'il fallait l'assimiler au trouble somatoforme douloureux persistant dont elle souffrait depuis 2002. Les experts ont également expliqué qu'ils ne pouvaient retenir le diagnostic d'algodystrophie en l'absence de raideur articulaire. Force est de constater que le rapport d'expertise se fonde sur des examens complets, qu'il a fait l'objet d'études circonstanciées des points litigieux et qu'il décrit le contexte médical de façon claire et précise. On notera par ailleurs que les experts ne se sont pas contentés de leurs seules investigations, mais qu'ils se sont également fondés sur les constatations médicales des médecins traitants de la recourante et en particulier de la Dresse D_____. Leurs résultats d'examens, convaincants et dépourvus de contradictions, répondent dès lors à tous les réquisits pour leur voir attribuer pleine valeur probante. Aussi, les avis du SMR peuvent-ils être écartés, sans qu'il soit nécessaire d'approfondir la question de leur validité. Certes, la psychiatre de la recourante estime que sa patiente n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, même adaptée. Cette praticienne ne pose pourtant pas de diagnostic qui irait au-delà de ceux retenus par les experts. Elle qualifie simplement le trouble dépressif de l'assurée de sévère alors que les experts le qualifient de moyen, sans comorbidité, assorti

d'un trouble mixte de la personnalité partiellement décompensé. Force est de constater que les experts ont observé les mêmes symptômes que la Dresse D_____. Au contraire de celle-ci, ils ont cependant opéré une distinction entre ceux qui revêtaient un caractère invalidant et les autres. Ils ont ainsi estimé que le trouble dépressif moyen dont souffrait la recourante n'était pas dissociable du trouble somatoforme douloureux, en l'absence d'un état psychique cristallisé. Pour cette raison également ces diagnostics n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Le médecin traitant indique encore que l'état dépressif, survenu dans le cadre des conflits entre sa patiente et sa supérieure hiérarchique, est apparu avant tout problème somatique. Selon la Dresse D_____, cet état remonterait même au moment où l'assurée a commencé son travail, car le Dr C_____, dans un rapport de décembre 1999, évoquait déjà une perte pondérale de 13 kg depuis mai 1999 et un état de fatigue. Sur la base des pièces versées au dossier, les experts ont quant à eux considéré que l'épisode dépressif remontait à 2001 au plus tôt. À cet égard, la Cour de céans relève que l'indication du Dr C_____ selon laquelle sa patiente avait perdu beaucoup de poids et était fatiguée ne sont pas des indices suffisants pour conclure à l'existence d'un état dépressif dès 1999. Quant à la Dresse D_____, ce n'est qu'en septembre 2002 qu'elle a conclu à un épisode dépressif avec syndrome somatique depuis 2002 et à une fibromyalgie depuis 2001. Ainsi, et contrairement à ce que soutient la Dresse D_____ dans son dernier rapport, aucune pièce versée au dossier ne permet de conclure, au degré de vraisemblance requis, que le trouble dépressif de la recourante est apparu antérieurement aux douleurs somatiques. Il apparaît dès lors que le psychiatre traitant livre en réalité une appréciation différente, plus favorable à sa patiente que celle des experts, sans apporter pour autant d'éléments objectifs de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise du CEMED du 5 mai 2010. Quant au fait que les experts ne se soient pas entretenus avec le psychiatre traitant avant de rendre leur rapport, il n'est pas non plus déterminant dans la mesure où il ressort du rapport que les experts ont pris en considération les rapports de la Dresse D_____ et que rien ne leur imposait de s'entretenir avec cette dernière. Au vu de ce qui précède et des conclusions concordantes des deux expertises quant aux diagnostics, il convient de reconnaître à la recourante une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le calcul du degré d'invalidité n'ayant pas été contesté en tant que tel par la recourante, la Cour de céans constate qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe

le

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