

GE_GERICHTE A/3207/2013 vom 10. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3207_2013

FR: GE_GERICHTE A/3207/2013 du 10 février 2014

IT: GE_GERICHTE A/3207/2013 del 10 febbraio 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.02.2014
A/3207/2013

A/3207/2013 ATAS/169/2014 du 10.02.2014 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3207/2013
ATAS/169/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 10 février
2014 9ème Chambre En la cause Madame M_____, domiciliée à VERSOIX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Antoine BOESCH recourante
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue
des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame M_____ (ci-après
l'assurée), née en 1966, au bénéfice d'un CFC de secrétaire, a travaillé à plein temps dès le 1
er janvier 1998 en tant qu'assistante de direction auprès de l'ETAT DE GENEVE (ci-après
l'employeur).! [endif]>! [if> 2. Du 1 er octobre 2004 au 30 juin 2005, l'assurée a été mise
au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE
(ci-après l'OAI) en raison d'un état dépressif majeur suite au décès de sa mère (décision du
11 octobre 2005). ! [endif]>! [if> 3. A compter de fin 2008, l'assurée a présenté des
crises de polyarthrite rhumatoïde. ! [endif]>! [if> 4. Par rapport du 13 novembre 2009 au
Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales et
médecin traitant, le Dr B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne
générale auprès du CHUV, a indiqué que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde
séropositive ne faisait aucun doute. A l'examen clinique, il avait trouvé de nombreuses
articulations tuméfiées et douloureuses. La première crise claire avec tuméfactions datait de
décembre 2008 - janvier 2009. L'assurée devait bénéficier d'un traitement précoce et
agressif. ! [endif]>! [if> 5. Par rapport du 8 mars 2010, le Dr A_____ a indiqué que
suite au traitement instauré dès décembre 2009, l'assurée constatait une amélioration à 95%
sur le plan ostéo-articulaire. Cependant, elle avait de moins en moins de force, souffrait de
lâchages d'objets et la dactylographie sur l'ordinateur était rendue difficile après une heure.
Ses doigts étaient douloureux et elle présentait encore une asthénie intense. ! [endif]>! [if>
6. Par rapport du 23 mars 2010, la Dresse C_____, spécialiste FMH en
neurologie, a diagnostiqué un endormissement des doigts d'origine incertaine et une
asthénie avec endormissements intempestifs d'origine incertaine. Cette spécialiste n'avait
aucun indice clinique en faveur d'une participation myopathique. Vu l'importance des
plaintes quant à la somnolence diurne, une évaluation en médecine du sommeil méritait
d'être envisagée. ! [endif]>! [if> 7. Par rapport du 24 juin 2010, le Dr D_____,
spécialiste FMH en pneumologie, a expliqué que l'hypersomnie était probablement en
relation avec la polyarthrite rhumatoïde séropositive. Depuis environ deux à trois ans, sans
que l'assurée puisse vraiment préciser la date, elle avait observé des périodes d'hypersomnie
(besoin accru de dormir) qui s'étaient aggravées clairement depuis un an. L'assurée
décrivait très bien que c'étaient les activités physiques qu'elle était amenée à effectuer qui

l'épuisement et qui induisaient un besoin de dormir. ![/endif]>![if > 8. Par rapport du 1^{er} juillet 2010, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin consultant de l'employeur, a indiqué que l'assurée souffrait d'une maladie inflammatoire chronique agressive qui ne semblait pas encore médicalement contrôlée. Elle présentait également une dyspnée à l'effort et une fatigue décrite comme de l'épuisement. Sa vie sociale était quasiment inexistante; l'assurée devait se reposer très fréquemment. L'assurée n'était pas apte à travailler à plein temps. Son taux d'activité devait être réduit et le Dr E _____ allait pour cela prendre contact avec son rhumatologue. ![/endif]>![if > 9. Par rapport du 13 septembre 2010 au Dr B _____, le Dr A _____ a expliqué que depuis décembre 2009, avec l'introduction du traitement, il y avait eu une diminution des douleurs articulaires et une diminution de l'intensité des crises d'arthrite. Cependant, depuis le début de l'été 2010, l'assurée présentait des troubles visuels sous forme de vision floue accompagnés de difficultés de concentration, dus à une probable toxicité du Méthotrexate. Une intense asthénie persistait qui nécessitait de façon quotidienne des siestes de deux à trois heures sur le lieu de travail. ![/endif]>![if > 10. Par rapport du 11 novembre 2010, le Dr E _____ a noté que depuis le dernier entretien, l'assurée avait continué à travailler à 100%. La diminution du taux d'activité, convenue avec le médecin traitant, n'avait pas été faite à la demande de l'assurée. Dès juillet 2010, grâce au changement de traitement, les effets secondaires touchant la vision avaient disparu et les symptômes de polyarthrite s'étaient un peu atténués. La fatigue était devenue moins intense, les arthralgies étaient moins prononcées, mais encore bien présentes au niveau des pieds, des épaules et des poignets principalement. Cette amélioration notable avait permis à l'assurée de poursuivre son activité professionnelle de façon satisfaisante tant sur le plan de la qualité que de la quantité de travail. Si elle arrivait à assumer son activité professionnelle à plein temps, c'était au détriment de sa vie sociale qui restait inexistante; à la fin de la journée de travail, l'assurée se sentait épuisée et devait immédiatement se coucher pour récupérer. Vu l'évolution de l'état de santé, jugée insuffisante au vu de la qualité de vie de sa patiente, le Dr A _____ envisageait de changer de traitement. Si l'assurée s'était forcée à poursuivre son travail à plein temps, c'est parce qu'elle avait eu peur de se retrouver à l'invalidité. Elle était toutefois consciente qu'elle ne pourrait pas continuer très longtemps le style de vie qu'elle menait. En conclusion, l'assurée était atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde dont le traitement actuel n'avait pas permis une rémission notable de sa maladie. En continuant à travailler à 100%, l'assurée avait tout sur sa vie professionnelle au détriment de sa vie sociale. Le Dr E _____ espérait que les nouvelles mesures thérapeutiques envisagées apporteraient une amélioration plus nette des symptômes (fatigue et douleurs). La situation devait être réévaluée dans trois mois. ![/endif]>![if > 11. Par rapport du 28 février 2011, le Dr E _____ a expliqué que malgré une réponse insatisfaisante au traitement, les mesures thérapeutiques étaient restées inchangées. L'assurée se plaignait toujours d'une grande fatigue avec le besoin de se reposer dès qu'elle en avait l'occasion. Il lui arrivait de s'endormir sur sa place de travail et ne sortait plus de chez elle le soir ou le week-end, lesquels étaient consacrés au repos. Malgré des contrôles biologiques qui ne montraient plus aucun signe inflammatoire et un examen clinique qui n'objectivait aucun signe de synovite, l'assurée continuait à souffrir d'arthralgies touchant les mains, les poignets, les épaules, les pieds et les genoux. Au niveau professionnel, l'assurée admettait que son rendement au travail n'était pas celui qu'elle avait avant sa maladie. Selon le Dr E _____, si les nouvelles mesures thérapeutiques optimisées ne pouvaient pas améliorer son état de santé de façon plus importante, il faudrait alors définir

le taux d'activité professionnelle maximum pour qu'elle puisse assumer une rentabilité minimale au travail que l'on est en droit d'exiger d'elle, mais également pour que l'assurée puisse avoir un meilleur équilibre de vie, à savoir une vie sociale normale.![endif]>![if>

12. Par rapport du 29 mars 2011 au Dr F _____, spécialiste FMH en rhumatologie auprès du CHUV, le Dr A _____ a notamment expliqué que selon le Dr D _____, l'hypersomnie et la fatigue pouvaient être secondaires à la polyarthrite rhumatoïde. Cela étant, l'intense fatigue, le manque d'énergie et le ralentissement avec l'impression que les jambes ne la portaient pas, ne lui semblaient pas être en adéquation avec l'activité de la polyarthrite rhumatoïde. L'assurée n'arrivait pas à suivre avec son travail.![endif]>![if>

13. Par rapport du 14 avril 2011, le Dr F _____ a constaté que la polyarthrite était bien contrôlée, qu'il y avait très peu de synovites, bien qu'il persistait une diminution de la force de préhension. Concernant la fatigue, il avait suivi un certain nombre de patients pour lesquels les anti-TNF alpha s'étaient accompagnés d'une fatigue extrême, mais celle-ci pouvait être simplement liée à la polyarthrite. Il semblait que cette fatigabilité augmentait tout de même au travail, de sorte qu'il proposait dès lors de réduire l'activité professionnelle de l'assurée à 50%.![endif]>![if>

14. Dès le 17 mai 2011, l'assurée a été en incapacité de travail à 50%.![endif]>![if>

15. Le 26 mai 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.![endif]>![if>

16. Par rapport du 16 juin 2011, le Dr E _____ a indiqué que malgré la nouvelle thérapeutique, l'assurée se plaignait toujours d'une fatigue avec le besoin de se reposer la journée. Les arthralgies restaient fluctuantes bien que les signes inflammatoires aient disparu, tant sur le plan clinique que biologique. Selon le Dr F _____, il n'était pas étonnant que la symptomatologie soit si bruyante chez cette patiente, car au vu du génotype de sa maladie, il s'agissait d'une forme particulièrement sévère de polyarthrite rhumatoïde. Le Dr F _____ avait été très surpris d'apprendre que l'assurée avait continué à travailler à 100%. Normalement, les personnes affectées par ce type de pathologie avaient une capacité réduite de 50%. Le Dr F _____ avait fait part de ses conclusions au Dr A _____, qui avait établi un arrêt de travail à 50% et demandé à l'assurée de déposer une demande de prestations invalidité. Depuis, l'assurée se sentait plus concentrée sur son travail le matin et dormait deux à trois heures tous les après-midi. Moralement, elle se sentait mieux. En conclusion, l'assurée souffrait d'une forme suffisamment sévère de polyarthrite rhumatoïde pour justifier médicalement une incapacité de travail de 50% de façon définitive. L'état de santé, malgré les mesures thérapeutiques entreprises, n'était pas compatible avec une activité professionnelle à 100%.![endif]>![if>

17. En juillet 2011, l'assurée a repris son activité à plein temps.![endif]>![if>

18. Par rapport du 12 août 2011 à l'OAI, le Dr A _____, a diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde séropositive, anti-CCP positive, non érosive, non nodulaire. L'assurée signalait des polyarthralgies touchant les poignets, les coudes, les épaules, les genoux et les orteils, avec de discrètes tuméfactions accompagnées d'érythème d'accompagnement. Parallèlement à cette symptomatologie ostéo-articulaire, elle décrivait une asthénie intense avec endormissements sur le lieu de travail et une très grande fatigabilité. Depuis le 6 juin 2011, un traitement d'Orencia avait été instauré. Les polyarthralgies, voire polyarthrites, touchant les articulations rendaient la dactylographie laborieuse avec de nombreuses erreurs possibles. De plus, l'intense asthénie et la fatigabilité très importante empêchaient l'assurée de pouvoir mener à bien une activité à 100%, il lui arrivait fréquemment de s'endormir, à son corps défendant, durant son activité professionnelle. Cette fatigabilité et asthénie engendraient des troubles de la concentration et de la mémoire. Les incapacités de travail avaient duré du 11 janvier au 2 mars 2010 (à

100%), du 3 au 31 mars 2010 (à 100%), du 30 mars au 10 avril 2011 (à 100%), du 17 mai au 30 juin (à 50%) et dès le 15 août 2011 pour une longue durée (à 50%). L'activité exercée était exigible à 50%, avec un rendement peut-être réduit. La capacité de concentration était limitée à 2 heures par jour et la capacité de résistance était également limitée. ![/endif]>![if> 19. Dès le 15 août 2011, l'assurée a été en incapacité de travail à 50%.![/endif]>![if> 20. Par rapport du 19 août 2011 à l'OAI, l'employeur a notamment indiqué que les tâches faisant partie de l'activité de l'assurée en tant qu'assistante de direction consistaient en de la dactylographie, la lecture, la prise de procès-verbaux et autres, le classement, l'archivage et l'ensemble des tâches relevant d'un secrétariat. Elle devait souvent soulever ou porter des charges jusqu'à 10 kg et rarement jusqu'à 25 kg et plus. Les exigences intellectuelles, à savoir la concentration, l'attention, l'endurance, le soin et la faculté d'interprétation, étaient grandes. ![/endif]>![if> 21. Par communication du 24 octobre 2011, l'OAI a indiqué à l'assurée que des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles en raison de son état de santé.![/endif]>![if> 22. Par pli du 31 octobre 2011, le Dr AA _____ du Service de santé du personnel de l'Etat a adressé à l'OAI une copie des rapports de consultation établis par le Dr E _____.![/endif]>![if> 23. Par rapport du 1 er novembre 2011 à l'OAI, le Dr A _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis juin 2011. La polyarthrite rhumatoïde séropositive ainsi que l'asthénie importante avec "hypersomnie", qui découlaient de l'activité de la polyarthrite, avaient une influence sur sa capacité de travail. Le traitement d'Orencia instauré depuis six mois n'apportait pas totalement le bénéfice escompté. L'examen clinique n'avait pas changé, il persistait des arthrites d'apparition fugace avec des arthralgies très importantes permanentes. S'agissant des limitations fonctionnelles, les polyarthralgies, voire les polyarthrites, limitaient les déplacements et la dactylographie. En accompagnement de cette symptomatologie algique et de cette clinique de polyarthrite, se greffaient une intense asthénie avec des troubles de concentration et de mémoire. Il n'y avait pas de trouble psychique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de secrétaire de direction dès le 30 mars 2011, avec une reprise à 100% le 11 avril 2011, puis à 50% dès le 17 mai 2011, puis nulle dès le 3 octobre 2011 et à 50% dès le 31 octobre 2011. Il n'y avait pas d'activité adaptée à envisager, l'assurée arrivant juste à assumer une activité professionnelle à 50% en tant que secrétaire de direction.![/endif]>![if> 24. Par pli du 2 décembre 2011 à l'OAI, l'employeur a expliqué que l'assurée avait souhaité reprendre son activité à 100% en juillet 2011, malgré les difficultés que cela entraînait, espérant parvenir à assumer son activité professionnelle. Force était de constater que son rendement était alors fortement diminué et que le plein temps avait augmenté ses douleurs et accentué sa fatigue. Ayant besoin de temps de récupération fréquents, elle devait marquer des temps d'arrêts pendant la journée. Cette période confirmait l'incapacité de l'assurée de travailler à temps complet. Sa bonne volonté, sa conscience professionnelle et sa reprise à 100% pendant 30 jours ne devaient cependant pas entraver sa demande de prestations. Elle avait été par ailleurs absente, pour cause de maladie, les 13, 27 et 28 juillet 2011.![/endif]>![if> 25. Par avis non daté reçu le 19 décembre 2011 par l'OAI, le Dr G _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après SMR), a indiqué que l'assurée était affectée par une polyarthrite rhumatoïde séropositive anti-CCP positive, non érosive, non nodulaire depuis au moins fin 2008. Le diagnostic avait été confirmé par les Drs F _____, B _____ et A _____. Le début de la longue maladie semblait donc être le 30 mars 2011. Il n'y avait pas de raison de s'écarter des incapacités de travail citées par le Dr A _____ dans son rapport du 1 er novembre 2011. Le Dr F _____ avait écrit le 14 avril 2011 que la

maladie était en rémission. Selon le Dr G _____, cela était contradictoire avec l'incapacité de travail attestée de 50% dès le 31 octobre 2011. En effet, si l'assurée présentait une polyarthrite rhumatoïde invalidante avec une atteinte des articulations des mains, alors elle ne pouvait plus dactylographier (si telle était son activité principale) sans une baisse de rendement tant à 50% qu'à 100%, et ne pouvait en aucun cas soulever ou porter des charges de plus de 25 kg (comme annoncé dans le rapport de l'employeur du 19 août 2011). Il en allait de même des charges de plus de 10-25 kg. Selon le Dr G _____, les charges devaient être limitées à 5-7 kg. L'assurée était assistante de direction et on ignorait si son poste était adaptable. Il convenait de vérifier la réalité de telles manipulations de charges par les assistantes de direction. Par ailleurs, aucun élément au dossier n'était convainquant quant à un lien de causalité entre la polyarthrite rhumatoïde, son traitement et l'asthénie importante avec hypersomnie. Cette hypersomnie existait depuis 2007-2008, soit bien antérieurement à la mise en place des traitements médicamenteux. Quatre causes étaient évoquées pour la fatigue: la polyarthrite rhumatoïde, le traitement médicamenteux de la polyarthrite rhumatoïde, un syndrome de fatigue chronique qui devait être assimilé à un trouble somatoforme et enfin, la carence martiale dans un contexte alimentaire particulier. Dans son rapport du 1er novembre 2011, le Dr A _____ retenait une capacité de travail de 50%, tout en précisant que l'assurée présentait comme limitations fonctionnelles des troubles de la mémoire et de la concentration, ce qui paraissait au Dr G _____ incompatible avec un poste d'assistante de direction. Selon le Dr A _____, il n'y avait pas de trouble psychique. Cela étant, l'assurée avait été traitée en 2005 pour un état dépressif majeur avec somatisation. Elle se plaignait alors de difficultés de concentration, de troubles de l'endormissement et de fatigue intense, ce qui était peu différent des plaintes actuelles. Enfin, le Dr G _____ a relevé qu'aucun des médecins consultés par l'assurée ne détaillait les limitations fonctionnelles, ni n'appréciait sa capacité de travail dans une activité adaptée. Selon lui, un bilan neuropsychologique était nécessaire. Une expertise rhumatologique ou rhumato-psychiatrique était en outre incontournable pour préciser l'origine des empêchements durables, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée. 26. A la demande de l'OAI, l'assurée a été soumise à une expertise neuropsychologique. Par rapport du 20 mars 2012, Madame N _____, psychologue FSP – neuropsychologue FSP, a relevé que l'assurée relatait des troubles cognitifs concernant la mémoire, la concentration, l'organisation, évoluant en fonction de la fatigue. L'assurée estimait que ses capacités de mémoire et de concentration étaient clairement moins bonnes qu'avant la maladie. Depuis le début de celle-ci, les troubles cognitifs étaient décrits comme connaissant une évolution négative au cours des années. Elle ne pouvait plus lire un roman, depuis deux ans, alors qu'elle en lisait un par semaine auparavant. Elle relatait, dans la vie personnelle et professionnelle, le même type de difficultés d'organisation et de planification. Elle notait des ruptures du fil de l'action et avait de la peine à fixer son attention sur une tâche. La spécialiste a conclu que l'examen mettait en évidence des performances sévèrement déficitaires aux tests d'attention et un ralentissement sévère aux épreuves chronométrées et aux tâches requérant des capacités exécutives, ainsi que des performances modérément à sévèrement déficitaires aux tests de mémoire. Il convenait de relever un mode de réponse compatible avec une majoration des troubles de la mémoire dans des tâches ad hoc et la présence de manifestations comportementales atypiques. En conséquence, il n'était pas possible en l'état de se prononcer avec exactitude sur l'existence, et surtout, sur l'étendue d'une atteinte

neuropsychologique effective chez l'assurée. Une expertise psychiatrique serait à même d'apporter des éléments plus contributifs quant à l'évaluation du status. [endif]>[if> 27. Le 23 avril 2012, l'assurée a informé l'OAI que suite au décès du Dr A_____, son médecin traitant était la Dresse H_____, spécialiste FMH en médecine générale interne et rhumatologie. [endif]>[if> 28. Par courrier du 7 juin 2012 adressé à l'OAI, le Service de santé de l'employeur a expliqué qu'il apparaissait que depuis l'été 2011, malgré son arrêt de travail à 50%, l'assurée ne remplissait progressivement plus son cahier des charges. Elle ne pouvait actuellement effectuer des travaux de frappe sur l'ordinateur plus d'une heure en continu à cause de ses douleurs dans les doigts et de raideurs, qui occasionnaient de multiples erreurs. Sa mémoire, sa capacité de concentration et par moments, sa vision étaient touchées avec comme conséquence, par exemple, qu'elle mettait le double de temps qu'auparavant pour rendre un procès-verbal de séance. En tant qu'assistante de direction, l'assurée devrait pouvoir effectuer de la planification complexe de séances en réseau avec les autres offices de Suisse romande. Or, elle n'était plus capable d'effectuer de telles tâches, ni de suivre un dossier nécessitant un peu de prise d'initiatives. Sa fatigabilité était visible par sa hiérarchie, puisqu'il lui arrivait de s'endormir sur sa place de travail. Ses horaires allaient en outre devoir être modifiés afin de réduire ses déplacements au maximum, sa vigilance sur la route étant également touchée. Les tâches plus routinières et d'exécutante qu'elle effectuait depuis longtemps restaient de bonne facture. L'assurée tenait beaucoup à son travail et était appréciée par son employeur, qui souhaitait la garder tant que possible à 50% dans une fonction moins exposée et moins exigeante.[endif]>[if> 29. Par avis du 24 juillet 2012, la Dresse I_____, médecin auprès du SMR, a estimé qu'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès du SMR était nécessaire.[endif]>[if> 30. Selon un rapport du 16 août 2012 au Prof. J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale auprès du CHUV, la Dresse H_____ a indiqué notamment qu'il lui semblait que l'assurée présentait une polyarthrite rhumatoïde associée à un syndrome de Sjögren et à une fibromyalgie. [endif]>[if> 31. Par rapport du 27 août 2012, le Prof. J_____ a noté que la patiente se plaignait d'arthralgies, de fatigue et relatait une sécheresse oculaire, orale et vaginale. L'examen clinique ne montrait pas de synovite palpable. La palpation de nombreux points de fibromyalgie était douloureuse. En conclusion, la situation était peut-être celle d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive ou d'un syndrome de Sjögren primaire versus un syndrome de Sjögren secondaire associé à une polyarthrite rhumatoïde. L'assurée présentait également des éléments en faveur d'une fibromyalgie qui compliquaient certainement l'évolution du cas. Pour toutes ces raisons, la fatigabilité était assez compréhensible. Comme l'assurée se plaignait de dyspnée, il pouvait être utile de faire une évaluation pneumologique incluant radiographie du thorax et des fonctions pulmonaires. Enfin, l'assurée allait effectuer une échographie articulaire afin d'évaluer l'activité de sa polyarthrite.[endif]>[if> 32. Par rapport du 7 septembre 2012 au Dr J_____, la Dresse K_____ a indiqué que l'échographie révélait des synovites de stade 1/3 au niveau de 6/18 articulations examinées. En l'absence de synovite de stade 2/3 ou d'activité doppler, il n'y avait pas d'argument pour un rhumatisme actif.[endif]>[if> 33. Par rapport du 14 septembre 2012 à l'employeur, le Dr AA_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'une affection médicale pour laquelle un arrêt de travail à 50% était justifié de manière durable. Actuellement, par rapport à sa capacité de travail résiduelle de 50%, il existait des limitations fonctionnelles: la nécessité de travailler une demi-journée par jour le matin au maximum, l'incapacité totale à organiser et à coordonner les réunions

intercantionales, l'inaptitude totale à prendre un procès-verbal pour des réunions qui dépassent deux heures, l'inaptitude partielle à effectuer un travail de longue durée, concentrée, et l'inaptitude partielle à effectuer un travail de saisie au clavier de façon continue. De plus, compte tenu de son état de santé, il convenait de respecter des baisses de rendement occasionnelles liées à une fatigabilité, ainsi qu'à des troubles de la concentration occasionnels. Ces limitations occasionnelles étaient à intégrer dans un éventuel nouveau cahier des charges compte tenu de l'aménagement professionnel rendu nécessaire par l'affection médicale dont souffrait l'assurée.![endif]>![if> 34. Le 6 novembre 2012, l'assurée a été examinée par le Dr AB _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et la Dresse AC _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du SMR.![endif]>![if> 35. Par courrier du 29 novembre 2012 à l'OAI, l'employeur a indiqué que l'assurée occupait toujours le même poste mais avec une incapacité de travail à 50%. De plus, elle présentait un certain nombre de limitations fonctionnelles très importantes dont l'employeur tenait compte, ce qui empêchait évidemment l'assurée d'effectuer la totalité des tâches inhérentes à son cahier des charges d'assistante de direction. La situation s'était péjorée et l'assurée souffrait d'une grande fatigabilité et n'était plus apte à effectuer la plupart des tâches de son cahier des charges nécessitant concentration, mémoire et un rythme soutenu. Tout ceci influençait donc le rendement de son travail, au plus grand désarroi de l'assurée. Cette situation n'était plus soutenable sur le long terme dès lors que le service avait besoin de manière permanente d'une assistante de direction. L'assurée était désireuse d'accomplir au mieux les tâches qui lui étaient confiées et culpabilisait énormément de ne pouvoir donner entière satisfaction compte tenu des limitations dont elle souffrait. Il devenait urgent qu'elle puisse être affectée à un poste à 50% qui serait totalement adapté à ses aptitudes et qui ne requérait pas les exigences liées à son poste actuel. Elle était une collaboratrice engagée et l'employeur souhaitait la garder au sein du département.![endif]>![if> 36. Par pli du 8 novembre 2012, le Dr AB _____ a demandé aux Drs F _____ et H _____ leurs derniers rapports de consultation.![endif]>![if> 37. Le 12 novembre 2012, la Dresse H _____ a adressé au Dr AB _____ une copie des rapports médicaux établis les 16, 27 août et 7 septembre 2012.![endif]>![if> 38. Par rapport du 11 décembre 2012 au Dr AB _____, le Prof. F _____ a rappelé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde évoluant depuis septembre 2009. A l'anamnèse, l'assurée présentait un syndrome de Sjögren surajouté que la Dresse H _____ aurait constaté lors d'une prise de sang. Sur le plan articulaire, l'assurée présentait de multiples douleurs articulaires diffuses. La maladie paraissait relativement bien contrôlée par le traitement. Cliniquement, il n'y avait pas de synovite résiduelle, même s'il persistait une diminution de la force de préhension et une manœuvre de Gänsslen positive aux doigts. L'assurée faisait état de troubles neuropsychologiques, notamment de problèmes de concentration pour lesquels il était difficile au Dr F _____ de se prononcer. Si le syndrome de Sjögren devait se préciser, il pourrait potentiellement être mis en relation avec ces troubles neurologiques, voire neuropsychologiques, puisque de telles anomalies avaient été décrites assez fréquemment lors des syndromes de Sjögren, qu'ils soient primaires ou secondaires. Le Dr F _____ n'avait toutefois pas de preuve objective d'un tel syndrome et il priait le Dr AB _____ de se référer à la Dresse H _____ qui avait, semble-t-il, objectivé ces anomalies.![endif]>![if> 39. Le 16 janvier 2013, les Drs AB _____ et AC _____ ont rendu leur rapport. Ils ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une polyarthrite rhumatoïde séropositive, non érosive. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait

une personnalité dépendante de type immature (F60.7), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). L'assurée se plaignait notamment de douleurs aux doigts, aux épaules, aux coudes, aux poignets, aux genoux et aux pieds. Elle constatait encore régulièrement des articulations gonflées et rouges. Elle se plaignait également d'une fatigue importante à 14h00 ou à 16h00 qui la faisait dormir une à deux heures et même lorsqu'elle était en vacances. Elle évoquait également des problèmes de concentration et une vue brouillée quand elle lisait longtemps. L'examen clinique montrait des douleurs à la palpation des épaules, à la base du pouce droit, aux interphalangiennes proximales des trois premiers doigts à droite, à la palpation du dos du tarse des deux côtés, aux métatarso-phalangiennes 2 et 3 à droite, 2 à gauche. Il y avait une vraisemblable légère synovite de l'interphalangienne proximale du pouce, du majeur et de l'index à droite; l'assurée n'avait en tout cas aucune arthrite floride à l'examen. Les examinateurs ont précisé que concentrés lors de l'examen à rechercher des synovites, ils avaient omis de palper les points pour une fibromyalgie. Au status psychiatrique, les examinateurs ont relevé qu'en condition d'examen, l'assurée était bien concentrée et n'avait pas présenté de problème de mémoire. Elle ne présentait pas de signe d'anxiété généralisée, ni d'attaques de panique, ni d'agoraphobie, ni aucun signe d'un épisode dépressif, si ce n'est une réduction de l'énergie. Il n'y avait pas de signe de la lignée psychotique. L'assurée présentait des traits de personnalité immature de type dépendante. Dans l'appréciation du cas, les examinateurs ont indiqué que durant l'entretien, l'assurée avait décrit son poste de travail d'assistante de direction ; ils le considéraient comme physiquement léger, l'assurée ne devant pas taper des rapports de plus d'une à deux pages, ne devant pas prendre des procès-verbaux pour des séances de plus d'une heure et demie, avec une fréquence de séance tous les 15 jours et le port de charges était inférieur à 5 kg. Il existait une amélioration partielle depuis septembre 2011, soit après l'introduction le 6 juin 2011 de l'Orencia. L'amélioration se faisait également sentir sur l'asthénie décrite par l'assurée ; l'assurée mettait également en réserve le fait qu'elle travaillait à 50%. Les examinateurs ont relevé qu'il existait des autolimitations. Cette discordance ressortait également de la consultation du Dr F_____ du 8 avril 2011, avec une force de préhension diminuée alors que ce médecin ne trouvait aucune synovite clinique ou à l'ultrason. Enfin, au niveau des fonctions supérieures, il n'y avait pas de troubles de la concentration, la fluence verbale était normale et les examinateurs n'étaient pas frappés par les troubles de la mémoire épisodique. En conclusion, pour les examinateurs, les éléments du dossier et l'examen du jour faisaient conclure à une discordance marquée entre l'activité du rhumatisme inflammatoire, la gestuelle spontanée et les allégations de l'assurée. Comme mentionné par le Dr F_____, la polyarthrite rhumatoïde était bien contrôlée par le traitement de fond. Les spécialistes avaient beaucoup de difficultés à expliquer l'asthénie décrite par l'assurée. En l'occurrence, selon les examinateurs, l'asthénie et l'hypersomnie ne pouvaient pas être attribués à la polyarthrite rhumatoïde. L'asthénie et les troubles de la concentration étaient antérieurs de plusieurs années à la survenue de la polyarthrite rhumatoïde. Ils étaient décrits par le Dr AD_____ (rapport du 16.6.2005) et le Dr AE_____ retenait une personnalité psychasthénique (rapport du 24.11.2004). Le 8 avril 2011, le Dr F_____ disait que chaque fois que l'assurée était en vacances ou qu'elle avait une petite pause, les choses s'amélioraient. Ce descriptif ne permettait pas de confirmer son hypothèse que l'asthénie était en relation avec la polyarthrite. L'examen neuropsychologique du 20 mars 2012 mettait en évidence un mode de réponse compatible avec une majoration des troubles

de la mémoire et la présence de manifestations comportementales atypiques. Les éléments à disposition ne permettaient pas de retenir des troubles cognitifs en relation avec une affection neurologique. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de trouble anxieux incapacitant, ni de trouble dépressif incapacitant. L'assurée présentait des traits de personnalité dépendante de type immature. Elle présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant sous la forme des douleurs dont elle se plaignait au niveau de toutes les articulations, qui n'était pas incapacitant puisque notamment l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique manifeste, qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dès lors qu'elle travaillait à mi-temps et menait une vie de couple et qu'il ne s'agissait pas d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années. Selon les examinateurs, les douleurs ressenties et la fatigue étaient en relation avec une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques par crainte d'un handicap. Enfin, les examinateurs ont retenu des limitations fonctionnelles dues au rhumatisme inflammatoire, à savoir pas de travaux de force, pas de travaux de dactylographie prolongée au-delà d'une heure, pas de travail nécessitant un roulement ou un travail de nuit, pas de travail en ambiance froide ou humide et pas de port de charges de plus de 5 kg. L'incapacité de travail durable avait débuté le 17 mai 2011 et l'exigibilité était de 2 x 3 heures par jour dans le poste de travail qui avait été adapté. En conclusion, l'assurée avait une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle d'assistante de direction et dans une activité adaptée, dès mai 2011.

40. Par avis du 30 janvier 2013, la Dresse I_____ a retenu comme atteinte principale à la santé la polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive depuis décembre 2008 entraînant, depuis le 17 mai 2011, une incapacité de travail de 25% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.!

41. Par pli du 22 avril 2013 à l'OAI, le Dr AA_____ a expliqué que la réalité de l'observation professionnelle ne correspondait pas à l'exigibilité de l'OAI. L'assurée travaillait à 50% dans un poste entièrement adapté, lequel ne correspondait pas au poste d'assistante de direction selon le cahier des charges prévalant avant l'aménagement professionnel, et dans lequel sa capacité était nulle. Selon le Dr AA_____, sa capacité de travail dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles telles qu'établies le 14 septembre 2012, était de 50%. S'agissant de l'examen effectué par le SMR, le Dr AA_____ ne pouvait qu'exprimer sa grande inquiétude par rapport aux conclusions qui y étaient énoncées. Il s'étonnait de l'incohérence manifeste dans l'évaluation de la santé mentale de l'assurée, qui avait « largement en partie » une comorbidité limitant son activité. L'assurée souffrait en effet d'un trouble dépressif récurrent pour lequel elle avait bénéficié d'une demi-rente entre 2004 et 2005 et qui avait été validé en juin 2012 par le psychiatre consultant, le Dr AF_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'évaluation du Dr AF_____ n'avait curieusement pas été retenue par la Dresse AC_____. Le Dr AA_____ s'étonnait de la validité de l'appréciation effectuée par les examinateurs sur la base d'une simple consultation, au regard du suivi par les médecins traitants et le service de santé de l'employeur.!

42. Par pli du 29 avril 2013 au Dr AB_____, la Dresse H_____ a relevé sa surprise et son désaccord concernant les conclusions de l'examen SMR. Dans la liste des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, les examinateurs du SMR avaient omis de mentionner le syndrome de Sjögren (primaire ou secondaire), alors que l'assurée présentait cliniquement un syndrome sec – relevé pourtant dans l'anamnèse systématique – et biologiquement une constellation d'auto-anticorps évocatrice (FAN 1/160, anti-SSA positifs). Conclure que la polyarthrite rhumatoïde étant sous contrôle grâce à un traitement énergique, la fatigue aurait dû s'atténuer, voire

disparaître, et que puisque tel n'était pas le cas, elle était attribuée à une majoration des symptômes, semblait être un raccourci que l'on ne pouvait pas faire. Tant dans la polyarthrite rhumatoïde que dans les syndromes de Sjögren, la fatigue était un symptôme fréquent, souvent difficile à traiter. De nombreuses publications existaient sur cette problématique dans les rhumatismes immuno-inflammatoires qui montraient à quel point l'étiologie de cette fatigue était complexe et mal comprise. Par ailleurs, dans l'appréciation de cette fatigue, le Dr AB_____ n'avait pas tenu compte du syndrome de Sjögren, dont l'activité ne pouvait clairement pas être évaluée par une échographie des mains. Dans ce contexte, la Dresse H_____ trouvait que l'estimation de la capacité de travail à 75% était exagérée. Selon elle, la poursuite de l'activité à 50% semblait beaucoup plus proche des capacités réelles de l'assurée. [endif]>[if> 43. Par avis du 5 juillet 2013, le Dr AB_____ a, après avoir pris connaissances des appréciations des Drs AA_____ et H_____, maintenu ses conclusions concernant la problématique ostéo-articulaire de l'assurée. Le syndrome de Sjögren, qui se manifestait par une sécheresse des glandes lacrimales et salivaires, était connu lors de l'examen du 6 novembre 2012. La fatigue pouvait être mise en relation avec le rhumatisme inflammatoire, mais aussi avec la fibromyalgie ou avec des troubles psychiques. Le 29 novembre 2004, le Dr AE_____ avait retenu une personnalité psychasthénique, qui était apparenté au trouble somatoforme douloureux. Il existait des incohérences par rapport à l'asthénie, car à chaque fois que l'assurée était en vacances, les choses s'amélioraient, ce qui ne permettait pas de confirmer que l'asthénie serait en relation avec la polyarthrite ou le traitement médicamenteux. Le syndrome de Sjögren ne permettait pas à lui seul d'expliquer l'asthénie et certainement pas les poussées d'hypersomnie décrites dans le dossier. Enfin, leur appréciation de la capacité de travail à 75% reposait sur le fait que l'assurée avait un poste physiquement léger. Le Dr AB_____ relevait encore que le Dr AA_____ ne s'était pas opposé à l'avis des examinateurs quant à la partie rhumatologique, mais uniquement au plan psychique. [endif]>[if> 44. Le 12 juillet 2013, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI s'est entretenu avec l'assurée. Il a expliqué que le SMR maintenait l'exigibilité de 75% dans toute activité, sous réserve de confirmation par un avis final. Une décision serait rendue dès que l'avis final serait au dossier. [endif]>[if> 45. Par projet de décision du 15 août 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de prestations. Sa capacité de travail était de 75% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, de sorte que son taux d'incapacité de travail se confondait avec le degré d'invalidité, lequel était insuffisant pour ouvrir un droit à la rente. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas de nature à sauvegarder ou à améliorer sa capacité de gain. [endif]>[if> 46. Par pli du 15 septembre 2013, l'assurée a contesté le projet de décision. [endif]>[if> 47. Par décision du 23 septembre 2013, l'OAI a maintenu sa position. L'assurée était certes en incapacité de travail depuis le 17 mai 2011; cela étant, selon le SMR, sa capacité de travail était de 75% dans toute activité entrant en ligne de compte depuis le 17 mai 2011. Le taux d'incapacité de travail de 25% se confondait avec le degré d'invalidité de 25%, de sorte que le droit à la rente n'était pas ouvert. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas de nature à sauvegarder ou à améliorer la capacité de gain. [endif]>[if> 48. Par acte du 3 octobre, complété par la réplique du 28 novembre 2013, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la comparution des parties, à l'audition de quinze témoins, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès mai 2011. La recourante fait notamment valoir que son incapacité de travail n'a jamais été remise en

question par son employeur ou par le médecin conseil de ce dernier et que les conclusions auxquelles ont abouti les examinateurs du SMR sont contredites par les nombreux rapports des spécialistes qu'elle a consultés. C'était donc à tort que l'intimé s'était fondé exclusivement sur l'appréciation du SMR. Selon la recourante, elle a droit à une demi-rente d'invalidité ou, à tout le moins, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.!

49. Par écriture du 28 octobre et duplique du 10 décembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Il ajoute que le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 6 novembre 2012 doit se voir accorder pleine valeur probante. Les remarques formulées par les Drs H _____ et AA _____ formulées à l'encontre de ce rapport avaient déjà été prises en compte dans le cadre de l'instruction du dossier et discutées dans l'avis du SMR du 5 juillet 2013. Il n'y avait donc aucun motif pour procéder à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire.!

50. Par courrier du 12 décembre 2013, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.!

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 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). 3. En l'espèce, la décision litigieuse du 23 septembre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4 ème , 5 ème et 6 ème révisions de cette loi, 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).!

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA).!

5. La question litigieuse est de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité en raison des troubles dont elle souffre.!

6. 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-quart 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. 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). 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). 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 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). 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a

lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF non publié 9C_204/2009 du 6 juillet 2009, consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 8.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATFA non publié U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid.

4.4.1.4). 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). En l'occurrence, l'intimé a considéré, en se référant aux conclusions des Drs AB _____ et AC _____, médecins auprès du SMR, que les atteintes à la santé dont souffre la recourante lui permettent d'exercer son activité habituelle à 75%, ce que conteste la recourante. Par rapport d'examen du 16 janvier 2013, les Drs AB _____ et AC _____ ont diagnostiqué, avec

répercussion sur la capacité de travail de la recourante, une polyarthrite rhumatoïde séropositive, non érosive. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une personnalité dépendante de type immature (F60.7), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). La polyarthrite rhumatoïde entraînait des limitations fonctionnelles, à savoir pas de travaux de force, pas de travaux de dactylographie prolongée au-delà d'une heure, pas de travail nécessitant un roulement ou un travail de nuit, pas de travail en ambiance froide ou humide et pas de port de charges de plus de 5 kg. La recourante avait une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle d'assistante de direction et dans une activité adaptée, dès mai 2011. La Cour de céans est d'avis que les conclusions des examinateurs ne permettent pas d'apprécier les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail, ce pour les raisons qui suivent. Si les examinateurs admettent que la recourante présente une polyarthrite rhumatoïde, ils estiment toutefois que les autres troubles dont elle souffre – la fatigue, les douleurs et les problèmes de concentration et de mémoire – découlent d'atteintes psychiatriques, à savoir un syndrome douloureux somatoforme persistant et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, la recourante présentant en outre une personnalité immature de type dépendante. Or, force est de constater que sur le plan psychiatrique, le rapport d'examen est particulièrement succinct, puisque l'anamnèse et le status psychiatriques comptent chacun à peine dix lignes. En outre, que ce soit le syndrome douloureux somatoforme persistant ou la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou la personnalité immature de type dépendante, il convient de relever que ces trois diagnostics ont été retenus sans qu'une motivation claire et détaillée ne soit donnée, de sorte que l'on peine à comprendre comment et sur quelle base ils ont été posés. Qui plus est, il apparaît que le Dr AF_____ aurait procédé en juin 2012 à une évaluation de la recourante sur le plan psychiatrique et qu'il aurait retenu un trouble dépressif récurrent (Dr AA_____, rapport du 22 avril 2013). Or, les examinateurs n'ont ni discuté ce nouvel élément, ni cherché à prendre connaissance du rapport du Dr AF_____, se contentant de se référer à une évaluation qui remonte à 2004 effectuée par le Dr AE_____ (Dr AB_____, rapport complémentaire du 5 juillet 2013). Par ailleurs, les examinateurs ont écarté tout lien entre l'asthénie et la polyarthrite rhumatoïde ou le traitement médicamenteux au motif notamment que la recourante serait moins fatiguée en vacances ou lorsqu'elle a une petite pause (rapport d'examen du 16 janvier 2013, page 10 et rapport complémentaire du 5 juillet 2013). Or, cela ne correspond pas à l'explication donnée par la recourante aux examinateurs, puisqu'il ressort de l'anamnèse ostéoarticulaire que la fatigue ressentie est identique lorsque la recourante est en vacances (rapport d'examen du 16 janvier 2013, page 5). En outre, le Dr AB_____ justifie l'absence de la mention du syndrome de Sjögren en tant que diagnostic – bien que non contesté - au motif qu'il n'expliquerait pas à lui seul l'asthénie dont souffre la recourante (rapport complémentaire du 5 juillet 2013). Or, cette motivation ne convainc pas non plus la Cour de céans. Il lui appartenait en tous les cas de rappeler ce diagnostic dans le rapport du 16 janvier 2013 et de le discuter quitte à l'écarter en précisant les motifs. On relèvera encore que s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, l'on ne saurait non plus se fonder sur les conclusions des examinateurs. En effet, ceux-ci se sont basés sur un descriptif des tâches que la recourante effectuait au moment de l'examen - soit le 6 novembre 2012 - pour conclure que son activité habituelle est légère et adaptée à ses atteintes (rapport d'examen du 16 janvier 2013 et rapport complémentaire du 5 juillet 2013).

Or, il ressortait du dossier en leur possession que l'affection médicale dont elle souffrait avait rendu nécessaire l'établissement d'un nouveau cahier des charges et que son poste avait effectivement été entièrement adapté (Dr AA_____, rapports des 14 septembre 2012 et 22 avril 2013). Il s'ensuit que l'appréciation des examinateurs ne permet pas de déterminer la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle telle qu'elle l'exerçait avant que son cahier des charges ne soit adapté. Au vu de l'ensemble de ces éléments, la Cour de céans est d'avis que le rapport d'examen du 16 janvier 2013 n'a pas la valeur probante suffisante requise par la jurisprudence. Par ailleurs, on ne saurait non plus se fonder sur les avis des autres médecins consultés par la recourante pour déterminer la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. En effet, force est de constater que l'on ne sait si, comme l'a supposé le Dr F_____, les troubles neurologiques et la fatigue dont souffre la recourante s'expliquent par le syndrome de Sjögren (rapport du 11 décembre 2012). En outre, vu l'absence de valeur probante de l'examen psychiatrique effectué par les examinateurs du SMR, rien ne permet, en l'état, de retenir ou d'écarter les résultats de l'expertise neuropsychologique effectuée le 20 mars 2012 par Mme N_____. Qui plus est, certaines pièces médicales font état d'éléments en faveur d'une fibromyalgie (rapports des Drs H_____ et J_____ datés respectivement des 16 et 27 août 2012) et d'un état dépressif récurrent (rapport du Dr AA_____ du 22 avril 2013), sans que l'on puisse déterminer, en l'état du dossier, si la recourante présente effectivement de telles atteintes et, le cas échéant, si elles ont des répercussions sur sa capacité de travail et depuis quand. Force est donc de constater que le dossier ne contient pas les éléments utiles permettant une appréciation adéquate de la situation médicale de la recourante. A défaut d'informations fiables et suffisantes sur les troubles dont souffre la recourante, sur les éventuelles limitations fonctionnelles que ces troubles entraînent ainsi que sur leurs répercussions sur la capacité de travail de la recourante, la Cour de céans ne peut se prononcer sur la capacité de travail de la recourante et partant, sur son degré d'invalidité. 11. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en rhumatologie, d'un spécialiste en psychiatrie et en neuropsychologie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise en rhumatologie et en psychiatrie n'a été réalisée par l'intimé. En cas de nécessité, un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressée sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.!

12. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.!

13. La recourante, qui est représentée et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10)]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. L'admet partiellement.!

3. Annule la décision de l'intimé du 23 septembre 2013.!

4. Renvoie le dossier à l'intimé

pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.![endif]>![if> 5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses dépens. ![endif]>![if> 6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. ![endif]>![if> 7. 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.![endif]>![if> La greffière Brigitte BABEL La présidente Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN 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.