

## **GE\_GERICHTE A/3798/2018 vom 24. Juni 2020**

GE Cour de justice, 2020-06-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3798\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3798_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/3798/2018 du 24 juin 2020

IT: GE\_GERICHTE A/3798/2018 del 24 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à LE GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Youri WIDMER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1976, mère de deux enfants, nés respectivement en 2004 et 2014, au bénéfice d'une formation d'infirmière, a travaillé notamment aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), à l'hôpital de la Tour et, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2009, pour la Fondation Phénix à 80%. 2. Le 23 août 2010, l'assurée a été victime d'un accident lors d'un séjour au Brésil, où elle s'est fracturée la cheville gauche, avec luxation. En arrêt de travail à 100% à compter de cette date, elle a été prise en charge par l'assurance-accidents. 3. Le 3 septembre 2010, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (réduction et ostéosynthèse des malléoles interne et externe ; malléole postérieure trop petite). 4. Le 21 janvier 2011, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant une fracture bi-malléolaire de la cheville droite avec luxation. 5. Dans un rapport du 3 février 2011, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé le diagnostic de fracture de la cheville gauche survenue le 23 août 2010. Il a également mentionné, en précisant qu'il était sans effet sur la capacité de travail, un syndrome de Sjögren. L'assurée souffrait de douleurs résiduelles à la cheville gauche à la charge, de tuméfactions et de rougeurs. Il était trop tôt pour pouvoir faire un pronostic. L'incapacité de travail avait été totale à partir du 23 août 2010 ; la détermination des limitations fonctionnelles était prématurée. 6. Lors d'un entretien, le 15 février 2011, l'assurée a notamment indiqué à l'OAI que si son incapacité de travail d'alors était certes la conséquence de l'accident survenu en août 2010, le syndrome de Sjögren était également devenu invalidant : en raison de son état de santé et de sa fatigue, elle avait négocié et obtenu de son employeur une diminution de son taux d'activité à 60% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010 ; l'accident était survenu au moment de ces négociations, alors qu'elle était sur le point de déposer une demande de prestations visant l'octroi d'une rente d'invalidité partielle en raison du syndrome de Sjögren. L'assurée a affirmé que, sans problèmes de santé, elle aurait travaillé à 80% et augmenté son taux d'activité dès la scolarisation de sa fille, née en 2004. Elle n'avait pas les forces physiques et psychiques pour suivre des cours et souhaitait continuer à travailler en qualité d'infirmière. 7. Le 21 février 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était indiquée dans son cas. 8. Le 18 mars 2011, la Fondation Phénix a indiqué que le salaire de l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 s'élevait à CHF 79'818.75 à 80%. Sans atteinte à la santé, il aurait été de CHF 81'660.- en 2011. 9. Le 14 avril 2011, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse des deux malléoles). 10. Dans un

rapport du 20 avril 2011, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique et en médecine interne générale, a confirmé l'existence d'un syndrome de Sjögren depuis 2004, se traduisant par des douleurs chroniques et une fatigue. Le pronostic était réservé et difficile à prévoir. L'assurée rencontrait des difficultés à marcher et à rester debout, ce qui se traduisait par un ralentissement dans son activité professionnelle, mais aussi dans ses activités quotidiennes. Une amélioration de la capacité de travail était possible si son état de santé évoluait positivement. 11. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mandaté par l'assureur-accidents, a rendu en date du 14 juillet 2011 un rapport d'expertise retenant les diagnostics de fracture tri-malléolaire de la cheville droite avec subluxation survenue le 23 août 2010, status après ostéosynthèse différée, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse en avril 2011 et maladie de Sjögren. Selon la radiographie et l'examen clinique, on pouvait considérer que les conditions étaient bonnes pour récupérer une fonction correcte de la cheville droite. L'assurée devait prendre en charge sa rééducation (exercices quotidiens sur vélo d'appartement et séances régulières de natation). 12. Dans un rapport intermédiaire du 17 août 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de santé de l'assurée de stationnaire. Elle souffrait de douleurs en charge, mais pas de raideur importante. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée « de bureau ». Le médecin préconisait un recyclage pour un travail sédentaire et une reprise du travail au plus tôt. 13. Le 22 août 2011, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé que, vu l'activité habituelle de l'assurée et la fracture relativement grave, une incapacité totale pendant une année était tout à fait acceptable. En août 2011, une reprise à 50% était envisageable. 14. Le 31 août 2011, l'assurée a été licenciée par son employeur. 15. Dans un rapport du 22 septembre 2011, Monsieur E\_\_\_\_\_, ostéopathe, s'est étonné que l'on puisse considérer sa patiente comme apte à exercer à temps plein, en position assise, l'activité d'infirmière. Elle avait perdu une partie de son intégrité physique, ce qui l'empêchait de travailler à 100%, la marche et la station debout étant encore limitées. Elle devrait changer de métier, ce qui n'était « pas évident » pour une personne aimant son travail. Selon Monsieur E\_\_\_\_\_, il fallait parler d'échec thérapeutique puisque l'opération n'avait pas permis une récupération articulaire normale. 16. Dans un rapport intermédiaire du 3 octobre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, sans changement des diagnostics : elle rencontrait des difficultés dans les activités de la vie quotidienne ; sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle ; il était difficile d'envisager une reprise du travail et, en tous les cas, le taux d'activité devrait être réduit. 17. Le dossier de l'assurée a été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR) qui, le 10 novembre 2011, s'est aligné sur les conclusions des Drs B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ et a retenu une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et une capacité de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire privilégiant des tâches sédentaires ou semi-sédentaires (vu les raideurs et douleurs de la cheville). Par téléphone, le Dr C\_\_\_\_\_ avait confirmé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail pouvait être entière ; le syndrome de Sjögren induisait une certaine fatigabilité. 18. Le 11 janvier 2012, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée par Madame F\_\_\_\_\_ (ci-après : l'enquêtrice). Celle-ci a relaté notamment que l'assurée, sous antidépresseurs depuis plusieurs années, devait lutter pour surmonter des douleurs articulaires et la fatigabilité dues au syndrome de Sjögren. Elle s'épuisait, manquait de résistance et tombait régulièrement malade. Elle suivait une psychothérapie, à raison d'une séance toutes les deux semaines. Dans son dernier poste, l'intéressée avait exercé à 80% et, selon ses dires, aurait

continué au même taux, si son état de santé le lui avait permis. L'enquêtrice a conclu à un taux d'empêchement dans le ménage de 37,55% en raison d'une fatigue extrême et d'une grande fatigabilité. 19. Dans un rapport du 22 février 2012, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode modéré, présent depuis plusieurs années. Il a exposé l'anamnèse de l'assurée, ses plaintes et les résultats de ses constatations objectives. Le médecin a souligné que, malgré une prise en charge spécialisée relativement soutenue et la prescription de médicaments psychotropes, les troubles psychiques étaient relativement persistants. La pathologie avait des répercussions sur la capacité de travail en raison de troubles thymiques persistants (tristesse, anxiété, irritabilité, asthénie, anhédonie) et de la pathologie somatique (douleurs chroniques). L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% depuis le 29 août 2010, de 50% dans un emploi adapté. 20. Le 4 avril 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ a précisé que si l'évolution clinique tendait à être globalement favorable, l'assurée présentait une vulnérabilité psychique accrue et des risques de rechute significatifs face à des facteurs de stress tels qu'une accentuation de son syndrome douloureux chronique ou des difficultés financières ou administratives. Grâce à une prise en charge psychiatrique intégrée régulière, sa capacité résiduelle de travail, de 50% depuis janvier 2012, pouvait être maintenue. La pathologie dépressive avait débuté en mai 2010. L'équilibre psychique était relativement fragile. Dans un contexte de difficultés administratives avec l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) et de maladies somatiques récurrentes, l'assurée présentait depuis plusieurs semaines une exacerbation de ses troubles thymiques. La pathologie thymique avait des répercussions sur la capacité de travail en raison de la symptomatologie récurrente (tristesse, anxiété, irritabilité, asthénie, anhédonie, troubles de l'attention et de la concentration) et de l'exacerbation intermittente de la sensation subjective du syndrome douloureux chronique. Une activité professionnelle inadaptée, en raison d'un taux d'activité trop important et du non-respect des limitations fonctionnelles, favoriserait l'aggravation et la chronicisation de la pathologie et conduirait à la perte de la capacité de travail résiduelle de 50%. 21. Le 27 août 2012, l'assurée a repris une activité professionnelle en tant qu'infirmière scolaire auprès de l'Institut L\_\_\_\_\_ de Lancy, à temps partiel (21 h./sem.), rémunérée 2'710.- CHF/mois. Le 10 septembre 2012, elle a augmenté son temps de travail à 25 h./sem. (soit un taux d'activité de 50,5%) et son salaire a été réévalué à CHF 3'220.-.

22. La doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandatée par l'OAI, a rendu un rapport d'expertise en date du 30 octobre 2012. Le médecin a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode en rémission incomplète, en précisant que la symptomatologie résiduelle correspondait à une symptomatologie anxieuse. A également été mentionné, en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité émotionnellement labile. L'experte a relaté qu'il y avait eu amélioration de la symptomatologie liée au syndrome de Sjögren suite à deux cures de chimiothérapie administrées en juin et juillet 2012. L'assurée se disait satisfaite des résultats de la thérapie, ses douleurs ne la gênant plus comme cela avait été le cas jusqu'à l'été 2012. Selon l'assurée, l'évolution et le pronostic restaient toutefois très incertains ; elle appréhendait fortement une récurrence. Elle souffrait d'une fatigue et d'une fatigabilité qui la rendaient irritable et d'angoisses. Les douleurs à la cheville apparaissaient surtout en fin de journée. Selon l'experte, dans le contexte d'un suivi psychiatrique régulier accompagné d'une médication par un antidépresseur, le tableau clinique correspondait à la symptomatologie d'un trouble anxieux, non plus au trouble dépressif récurrent retenu par le psychiatre traitant. La symptomatologie anxieuse restait importante, mais sans effet sur la capacité de travail.

Devant la situation complexe de plusieurs troubles de la santé, la raison psychiatrique ressortait malheureusement comme la principale de l'incapacité de travail. Néanmoins, la cause de cette incapacité n'était pas clairement déterminée par les médecins traitants. Il semblait important que l'impact du trouble somatique sur la capacité de travail soit clairement défini. Un lien devrait tout particulièrement être établi entre la capacité de travail de l'assurée et les symptômes (fatigue, fatigabilité, douleurs articulaires multiples, etc.) liés au syndrome de Sjögren. L'assurée travaillait en tant qu'infirmière scolaire à mi-temps, tous les jours, à raison de 5 h./jour. Cette activité était légère et bien adaptée à ses limitations fonctionnelles. Du point de vue psychiatrique, elle était apte à effectuer cette activité à plein temps, dans la mesure où aucune des difficultés psychiques rencontrées de façon chronique n'était invalidante pour son fonctionnement professionnel et dans sa vie quotidienne. Néanmoins, une réduction de rendement de 20% devait être prise en considération pour tenir compte de l'épuisement mental induit par l'anxiété et la fatigabilité. La Dresse H\_\_\_\_\_ disait partager l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ s'agissant de l'incapacité de travail attestée de fin août 2010 à janvier 2012, en raison d'un trouble dépressif récurrent. Quant à l'incapacité de travail de 50% entre janvier et août 2012, elle avait été justifiée par la symptomatologie dépressive résiduelle. En revanche, l'avis de l'experte différait de celui du psychiatre traitant s'agissant de la période depuis laquelle l'intéressée avait repris une activité professionnelle : à partir de ce moment, le trouble psychique paraissait stabilisé et la symptomatologie anxieuse résiduelle, d'une faible intensité, n'avait plus influencé la capacité de travail, si ce n'est à raison d'une baisse de rendement de 20%. 23. Par courrier du 2 décembre 2012, l'assurée a allégué que l'expertise conduite par la Dresse H\_\_\_\_\_ avait été très éprouvante : elle avait trouvé l'experte rigide et peu empathique ; l'assurée s'était sentie mal jugée et maltraitée, l'experte ayant émis des jugements négatifs sur sa personne, sa façon de vivre et sa maladie. L'assurée avait eu le sentiment que l'appréhension de sa situation avait été superficielle, lacunaire et expéditive. 24. Dans un rapport du 15 janvier 2013, le docteur I\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode en rémission, de fracture de la cheville gauche et de syndrome de Sjögren. Il a relevé que, sur le plan ostéo-articulaire, les Drs B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ attestaient une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant du syndrome de Sjögren, le Dr C\_\_\_\_\_ attestait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (selon l'avis du SMR du 10 novembre 2011). Sur le plan psychiatrique, le Dr G\_\_\_\_\_ retenait une limitation de la capacité de travail de 50%, sans que son rapport du 22 février 2012 ou son courrier du 4 juin 2012 permettent de comprendre les raisons de cette évaluation. Pour sa part, la Dresse H\_\_\_\_\_ avait retenu une capacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2012 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> août 2012. Le médecin du SMR, se rangeant aux conclusions de cette dernière, a conclu à une capacité à exercer l'activité habituelle de 0% depuis le 22 août 2010, mais à une capacité totalement recouvrée à compter du 1<sup>er</sup> août 2012 (à 50% depuis janvier 2012) s'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques et psychiques (travail essentiellement sédentaire, raideur et douleur de la cheville gauche, évitement de la marche et de la station debout prolongées, fatigabilité et fragilité psychique), avec une diminution de rendement de 20%. 25. Par décision du 17 juillet 2013, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> août 2011, diminué à un quart de rente le 1<sup>er</sup> novembre 2012. L'OAI a admis une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 22 août 2010, début du délai d'attente d'une année. Il a considéré que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait continué à exercer son activité d'infirmière à 80% et, se référant à l'enquête

ménagère du 11 janvier 2012, a admis un empêchement dans la tenue du ménage de 38%, correspondant à un degré d'invalidité de 8% (20% de 38%). Quant à la sphère professionnelle, l'OAI s'est référé à l'avis de son service médical, selon lequel rien n'empêchait l'assurée d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à mi-temps de janvier à juillet 2012 et à plein temps depuis le 1<sup>er</sup> août 2012. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, puisque les compétences professionnelles de l'assurée étaient transposables dans toutes sortes d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et immédiatement accessibles, sans qu'une formation soit nécessaire. En outre, l'activité lucrative reprise en août 2012 était parfaitement adaptée. 26. Le 22 juillet 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ s'est déclaré surpris des conclusions de l'OAI et a demandé qu'il soit permis à sa patiente de conserver un taux d'activité qui ne soit pas supérieur à 50%. En raison de sa maladie chronique, et notamment des douleurs articulaires de caractère inflammatoire, il existait clairement une répercussion sur sa qualité de vie et ses capacités de travail. Il était d'ailleurs surpris que l'assurée puisse exercer une activité professionnelle à 50% compte tenu de l'importance de sa maladie. 27. L'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans. Dans le cadre de cette procédure, ont notamment été recueillis : - un rapport du 14 décembre 2011 du Dr C\_\_\_\_\_ au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en immunologie clinique et allergologie aux HUG, exposant la situation de l'assurée au regard d'un probable syndrome de Sjögren ; le Dr C\_\_\_\_\_ sollicitait l'aide de son confrère pour confirmer ou modifier le diagnostic et étudier les alternatives thérapeutiques ; - un courrier du 11 mars 2013 du Dr C\_\_\_\_\_ au docteur K\_\_\_\_\_, spécialisé en immunologie clinique et allergologie aux HUG, rappelant que l'assurée avait bénéficié de deux cures de Rituximab en mai et juin 2012, avec une bonne réponse clinique et une disparition des arthralgies, mais qu'elle avait encore reçu le Plaquenil jusqu'en octobre 2012 ; l'assurée se plaignait alors d'une récurrence progressive de quelques douleurs au mains, poignets, mais sans signe de synovite apparente ; elle avait fait une névralgie du trijumeau et était sous Lyrica ; le Dr C\_\_\_\_\_ se demandait s'il existait une indication à refaire des cures de Rituximab ; - un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 10 avril 2013 au Dr C\_\_\_\_\_ (dont le contenu est à peine lisible) ; - un courrier du 27 août 2013 dans lequel le Dr C\_\_\_\_\_ rappelait que sa patiente souffrait d'un syndrome de Sjögren, avec polyarthralgies symétriques, xérophtalmie, d'un status après cures les 2 mai et 5 juin 2013 de Rituximab, d'une stéatose hépatique, d'une obésité sévère et d'une hypertension artérielle ; les traitements du syndrome de Sjögren étaient restés sans effet, à l'exception des cures précitées, qui n'avaient permis qu'une amélioration transitoire et modérée ; désormais, sa patiente souffrait de polyarthralgies symétriques et invalidantes, avec des répercussions importantes sur les actes de la vie quotidienne ; le contrôle des douleurs était difficile, malgré différents traitements et, souvent, avec des effets secondaires ; malgré un handicap important, l'assurée n'avait jamais cessé de travailler et n'avait jamais voulu être au bénéfice d'un arrêt de travail total, alors que son état physique, selon le médecin, l'aurait justifié amplement ; - l'audition, en date du 13 mars 2014, par la Cour, des Drs C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, de M. E\_\_\_\_\_ et de l'assurée ; - les réponses, le 8 avril 2014, du Dr B\_\_\_\_\_ aux questions de la Cour. A l'issue de l'instruction, la Cour de céans, par arrêt du 22 décembre 2014, a annulé la décision du 17 juillet 2013, reconnu à l'assurée le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2011 - vu l'incapacité de travail totale, dans toute activité, non contestée, d'août 2010 à décembre 2011 - et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire concernant la période débutant le 1<sup>er</sup> janvier 2012. La Cour a considéré comme plausibles l'amélioration de l'état de santé en janvier et août 2012 ; cependant, trop

d'incertitudes demeuraient et une instruction complémentaire s'avérait nécessaire, sous la forme d'une expertise sur les plans ostéo-articulaire (cheville), immunologique (syndrome de Sjögren) et psychiatrique ( ATAS/1345/2014 ). 28. Suite à une incapacité totale de travail de l'assurée attestée dès le 3 octobre 2014, l'assureur perte de gain maladie de L\_\_\_\_\_ a mandaté le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui, dans un rapport du 3 mars 2015, a diagnostiqué un syndrome mixte (overlap syndrome) avec syndrome de Sjögren et polyarthrite rhumatoïde, d'évolution floride, un possible syndrome d'apnées du sommeil (SAS) et un trouble de l'adaptation réactionnel. Le médecin, au vu du handicap majeur engendré par la situation, a estimé que la capacité de travail, quelles que soient l'activité envisagée et les limitations retenues, était nulle. La capacité de travail ne pourrait être réévaluée qu'en cas de réduction importante de l'activité de la maladie auto-immune par le biais d'une autre ligne de traitement. Après les deux cures qui, en 2012, avaient apporté un bénéfice clinique durant six mois - avec une diminution nette des polyarthralgies et de l'asthénie -, les symptômes étaient réapparus. L'exercice de l'activité professionnelle était devenue de plus en plus pénible. L'assurée avait accouché en mai 2014. Durant la grossesse, elle avait présenté une diminution des symptômes lors des deux premiers trimestres, avant une nouvelle augmentation de l'asthénie et des polyarthralgies au troisième trimestre. Suite à l'accouchement, les douleurs articulaires étaient restées importantes, raison pour laquelle une incapacité de travail totale avait été attestée. Vu la persistance des symptômes non contrôlés, une seconde consultation au service d'immunologie des HUG avait eu lieu, avec introduction d'un traitement d'Arava depuis décembre 2014. L'assurée sortait très peu de chez elle ; elle n'arrivait plus à s'occuper du repas le soir et était limitée dans la prise en charge de ses enfants. Sa limitation consistait principalement en un manque d'endurance. Compte tenu de l'asthénie et du rôle possible d'un SAS, l'intéressée s'était soumise à une polysomnographie nocturne trois semaines auparavant. Le pronostic restait extrêmement réservé, les données disponibles dans la littérature concernant le pronostic des syndromes mixtes résistants aux traitements de première ligne étant peu nombreux. 29. Le 12 mars 2015, l'assureur perte de gain maladie a indiqué à l'assurée qu'il considérait son incapacité de travail totale comme médicalement motivée. 30. Le 31 mars 2015, le SMR a admis que le dossier initial était peu informatif sur l'expression clinique objective et l'évolution de la maladie. Vu les nouvelles informations contenues dans le rapport du Dr M\_\_\_\_\_, il convenait de compléter l'instruction en sollicitant un rapport auprès du service d'immunologie des HUG et les copies des rapports de consultation, de réinterroger les médecins traitants, de se procurer les bilans du SAS et de préciser les aspects professionnels depuis la reprise en 2012 (descriptif du cahier des charges ; taux d'activité, périodes d'incapacité de travail effectives). Il a observé que, s'agissant de sa cheville, l'assurée n'était plus suivie sur le plan orthopédique depuis 2012. Sur le plan psychique, l'évolution depuis l'expertise de la Dresse H\_\_\_\_\_ n'était pas très claire. 31. Le 23 avril 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle n'avait pas pu reprendre son travail à la fin de son congé maternité, en raison de l'aggravation des symptômes. Il fallait donc procéder à une nouvelle évaluation de son taux d'invalidité. Elle a joint un rapport de la doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin conseil de son employeur, qui l'avait vue en novembre 2014 et en janvier 2015, et estimait, face à une situation médicale très complexe, avec, de plus, une maladie évolutive et chronique, difficile d'envisager une remise au travail, même à temps partiel. 32. Par décision du 17 juin 2015, annulant et remplaçant la précédente, l'OAI a octroyé à l'assurée, suite à l'arrêt de la Cour de céans du 22 décembre 2014, une rente entière

d'invalidité du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2011. 33. L'OAI a pour le surplus mandaté les docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, auprès du Centre d'expertises médicales (CEMed). Dans leur rapport du 19 mai 2016, les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un syndrome de Gougerot-Sjögren avec polyarthralgies et asthénie. Ils y ont ajouté, en précisant qu'ils étaient quant à eux sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome obstructif des apnées du sommeil traité par pression positive continue dans les voies aériennes (Continuous Positive Airway Pressure [CPAP]), une hypertension artérielle depuis 2010, une obésité de classe I, des douleurs séquellaires de la cheville droite sur fracture luxation traitée par ostéosynthèse en 2011 et un trouble dépressif récurrent, en rémission depuis en tout cas 2013 (F33.4). Les limitations fonctionnelles découlaient des douleurs articulaires chroniques accentuées par les mouvements répétitifs et les efforts soutenus. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'infirmière depuis août 2010, mais entière dans une activité adaptée - c'est-à-dire relativement sédentaire - depuis fin août 2012. A leurs conclusions, les experts ont joint, notamment : - un rapport du 8 mai 2015 du docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, indiquant que les radiographies du thorax, des mains, pieds et genoux étaient dans les limites du normal ; - un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 12 mai 2015 diagnostiquant un syndrome de Sjögren avec overlap de polyarthrite rhumatoïde ; l'assurée souffrait d'une maladie auto-immune complexe, associant deux entités avec un syndrome de chevauchement, à savoir un syndrome de Sjögren et une polyarthrite rhumatoïde ; ces deux maladies étaient caractérisées par la présence de douleurs articulaires symétriques, invalidantes, et avaient un impact important sur sa qualité de vie et les activités de la vie quotidienne ; malgré différentes thérapeutiques anti-inflammatoires spécifiques, l'évolution restait peu favorable, avec persistance de douleurs quotidiennes ; pendant les dernières années, l'assurée avait essayé de conserver une activité professionnelle, malgré les douleurs invalidantes ; cette situation s'était progressivement aggravée et dans le contexte actuel, il semblait impossible d'envisager la reprise de son activité antérieure ; un traitement combiné de Plaquenil, Arava et Tilur permettait de maintenir certaines activités de la vie quotidienne, mais son état était incompatible avec une activité professionnelle ; - un rapport du 13 mai 2015 du docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, sollicitant une électroneuromyographie (ENMG) des membres supérieurs pour suspicion de syndrome du tunnel carpien ; les points de fibromyalgie n'étaient pas douloureux ; - un rapport du 13 novembre 2015 du docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, indiquant que l'assurée avait été équipée d'un système de CPAP depuis mai 2015 ; il encourageait l'assurée à porter l'appareil le plus possible afin de bien contrôler la qualité de son sommeil. 34. Le 16 juin 2016, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise. 35. Le 19 juillet 2016, l'assurée a eu un entretien au service de réadaptation de l'OAI, pour lequel aucun rapport n'a cependant été établi. 36. Le 27 janvier 2017, l'assurée a rappelé à l'OAI qu'elle ne réalisait plus aucun revenu depuis octobre 2016. 37. Le 1<sup>er</sup> mars 2017, l'OAI a sollicité des informations quant à la formation d'accueillante familiale que l'assurée envisageait de suivre. Selon l'OAI, lors de l'entretien ayant eu lieu en juillet 2016, l'assurée avait contesté toute amélioration de sa capacité de travail fin août 2012, ne s'estimant pas en mesure d'assumer plus que la gestion du quotidien, mais avait évoqué la possibilité d'être accueillante familiale de jour deux fois par semaine, durant 6 à 8 heures. 38. Le 6 avril 2017, l'assurée a confirmé avoir tenté de rester active en tant qu'accueillante familiale, ceci afin de pallier aux difficultés financières que rencontrait sa famille, mais avoir dû y renoncer. Si elle

devait être considérée comme apte à exercer une activité lucrative à temps très partiel, celle-ci devrait se dérouler hors de son domicile. Une fois encore, elle demandait qu'une décision soit rendue rapidement. 39. Le 1<sup>er</sup> septembre 2017, la division de réadaptation de l'OAI a considéré que des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de travail et de gain de l'assurée, qui ne s'estimait pas en mesure de mettre à profit la pleine exigibilité retenue par le SMR. Il a été relaté que, lors d'un entretien le 22 août 2017 entre l'OCE, l'OAI et l'assurée, celle-ci avait indiqué exercer une activité accessoire d'infirmière à domicile depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017, à 40%, parfois plus, pour environ 2'000.-CHF/mois. Suite à sa deuxième grossesse et la flambée de sa maladie, elle n'avait pu reprendre son poste d'infirmière scolaire. Depuis lors, sa situation s'était un peu améliorée, elle n'avait plus d'apnées du sommeil, avait perdu 60 kg à l'aide d'un bypass, mais, en contrepartie, ne pouvait plus prendre le même traitement, et l'impact des douleurs articulaires chroniques était plus important. En raison de sa fatigabilité, l'assurée ne pensait pas pouvoir assumer plus d'un 50%, à son poste actuel ou comme infirmière de recherche ou en santé publique ; elle avait trouvé un équilibre fragile qu'elle souhaitait garder. Son médecin estimait que son activité n'était pas adaptée en raison des déplacements et s'opposait à ce qu'elle augmente son temps de travail. L'assurée avait pourtant indiqué qu'elle ne rencontrait plus de difficultés pour conduire et garder la position assise, que l'activité exercée lui convenait bien, car légère et ne générant que peu de déplacements à pied. En conclusion, l'assurée possédait les capacités, les connaissances et les compétences nécessaires pour trouver une activité adaptée dans son domaine de formation et mettre à profit la capacité de travail entière admise par le SMR. Elle n'était pas désireuse d'une formation, souhaitait que son incapacité ou sa capacité restreinte soit reconnue et permette le versement d'une rente d'invalidité pour combler le manque à gagner. 40. Le 5 octobre 2017, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Comparant le salaire sans invalidité en 2012 (CHF 82'475.-) à celui que l'intéressée aurait pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé (CHF 53'448.- ; cf. Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2012, TA1, femme, ligne 86-88, niveau 3, à 80%, avec un abattement de 15% pour tenir compte des années de service, des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible), il a conclu à un degré d'invalidité de 35.2%. 41. L'enquête ménagère de 2012 n'ayant pas pris en compte l'aide qu'aurait pu apporter l'époux de l'assurée, une nouvelle enquête a eu lieu en janvier 2018, retenant un empêchement pondéré de 2%, compte tenu de l'exigibilité de 11% de la part du mari. L'enquêtrice a retenu que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait continué à travailler à 80%. Elle avait repris une activité en mai 2017, à un taux compris entre 40% et 50%, mais était en arrêt de travail depuis novembre 2017. Depuis la dernière enquête, elle consacrait plus de temps à ses loisirs. Elle confectionnait des gâteaux à étages et des modelages faits main ; elle y consacrait une page Facebook intitulée « T\_\_\_\_\_ ». La confection d'un gâteau pouvait prendre jusqu'à douze heures, voire plus. Elle les faisait souvent la nuit ou en soirée. Elle avait récemment fondé une association avec deux autres mamans pour offrir un gâteau à des enfants malades. Elle était la secrétaire de l'association, dont le travail administratif l'occupait environ deux heures par semaine. L'assurée se décrivait comme toujours fatiguée et expliquait être handicapée par des douleurs articulaires. 42. Le 7 janvier 2018, l'assurée a confirmé à l'OAI être en incapacité de travail totale depuis novembre 2017. 43. Le 16 janvier 2018, l'assurée a saisi la Cour de céans d'un recours pour déni de justice admis par arrêt du 8 mars 2018, qui invitait l'OAI à statuer dans un délai de trois mois ( ATAS/223/2018 ). 44. Le 20 février 2018, l'OAI a pris note du fait que l'état de santé de l'assurée s'était éventuellement aggravé depuis

novembre 2017 et sollicité des documents attestant de cette aggravation et d'une plausible influence sur les droits de l'intéressée. 45. Le 22 mars 2018, l'assurée a expliqué que ses tentatives d'exercer une activité lucrative, même à temps partiel, s'étaient toutes soldées par des échecs, sur le long terme, notamment en raison d'une fatigabilité accrue. Son psychiatre traitant avait décidé de solliciter l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Elle a produit :

- un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2018 confirmant un syndrome de Sjögren avec polyarthrite rhumatoïde surajoutée et un status après chirurgie bariatrique en janvier 2016, rappelant que les cures dont elle avait bénéficié, en mai et juin 2012, avaient eu un effet subjectif et objectif favorable, mais qu'il y avait eu un effet rebond d'asthénie très marqué et une récurrence des symptômes après six mois ; fin 2014, un traitement d'Arava avait été rajouté ; désormais, la situation restait contrôlée au niveau articulaire, mais une importante fatigabilité persistait, qui rendait difficile la poursuite d'une activité professionnelle comme celle d'infirmière à domicile ;
- un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 5 mars 2018 diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.1) présent depuis plusieurs années ; l'assurée s'était investie pour retrouver des emplois à temps partiel, mais des recrudescences de sa pathologie thymique et algique avaient eu pour conséquences des périodes d'incapacité de travail relativement durables et des licenciements ; son dernier emploi d'infirmière à domicile pendant six mois s'était terminé par un arrêt de travail, en novembre 2017 ; auparavant, entre août 2012 et février 2014, l'assurée avait travaillé dans une institution scolaire ; il y avait eu des arrêts maladie récurrents, puis un arrêt définitif ; un syndrome douloureux chronique en lien avec la pathologie auto-immune et les difficultés professionnelles entretenait la souffrance thymique ; les activités professionnelles à temps partiel avaient constitué un facteur de stress alimentant la pathologie dépressive ; vu l'évolution clinique de la pathologie thymique - désormais chronicisée et invalidante -, la capacité de travail était nulle. 46.

Le 12 avril 2018, le SMR a admis que l'activité d'infirmière à domicile exercée depuis mai 2017 n'était pas adéquate. L'évolution avait déjà été prise en compte dans l'expertise de 2016. Il maintenait qu'une activité sédentaire, telle que celle d'infirmière scolaire, ou toute autre adaptée, était possible à 100% avec une baisse de rendement de 20% et ce, depuis fin août 2012. Certes, le Dr G\_\_\_\_\_ considérait que l'incapacité de travail était totale depuis 2012, mais il y avait au dossier deux expertises, convaincantes, qui affirmaient le contraire. Le psychiatre traitant ne décrivait ni une évolution, ni une anamnèse permettant de changer d'avis. 47.

Le 12 juin 2018, l'OAI a procédé au calcul du degré global d'invalidité. Compte tenu d'un statut mixte à 80%, d'une perte de gain de 35,2% et d'un empêchement de 2% dans la sphère ménagère, il a conclu à un degré d'invalidité de 29% selon l'ancien calcul applicable jusqu'au 31 décembre 2017. Si l'on considérait un salaire avant invalidité de CHF 103'093.75 à plein temps, le degré d'invalidité était de 39% selon le nouveau calcul applicable depuis janvier 2018. 48.

Le 14 juin 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière jusqu'au 31 août 2012. Suivant l'avis du SMR, il considérait en effet que l'intéressée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis août 2012, avec une diminution de rendement de 20%. Selon l'enquête ménagère, compte tenu de l'aide exigible de son époux, l'empêchement était de 2%. En résultait un degré d'invalidité global de 29%, soit un taux inférieur à 40%. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, le degré d'invalidité, selon le nouveau calcul, était de 39%. L'assurée ne s'estimant pas en mesure de mettre à profit cette pleine capacité de travail, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. 49.

Le 17 août 2018, l'assurée a contesté ce projet, en arguant que sa situation réelle et l'évolution de son état de santé n'avaient pas

été prises en considération. Elle faisait remarquer que l'expertise remontait au 19 mai 2016 et ne pouvait être considérée comme étant d'actualité. Aucun élément ne permettait de corroborer que sa capacité de travail était complète dès août 2012. A cette époque, elle avait été contrainte, pour des raisons financières, de reprendre une activité lucrative. Des certificats attestant une incapacité de travail à 50% avaient été établis, ses médecins estimant qu'au-delà, elle ne pouvait travailler. Bien que travaillant à temps partiel, ses absences étaient fréquentes en raison des douleurs ou des fatigues chroniques et importantes. Elle s'était retrouvée en arrêt de travail à 100% de février 2014 à mars 2017, date à laquelle elle avait constaté une amélioration de son état de santé, alliée notamment à une importante perte de poids, de telle sorte qu'elle avait décidé de reprendre une activité lucrative à temps partiel, mais elle avait à nouveau été en incapacité de travail totale dès novembre 2017. Depuis lors, son état de santé ne s'était pas amélioré (douleurs, fatigue chronique et symptômes dépressifs). Le Dr G\_\_\_\_\_ appuyait l'octroi d'une rente entière et le Dr C\_\_\_\_\_ estimait qu'elle ne pouvait travailler à plus de 40% et selon des critères bien définis. Il ne s'agissait pas d'un manque de volonté ou de motivation de sa part, mais bel et bien d'un problème lié à sa santé physique et psychique. Quant à l'empêchement dans le ménage, l'assurée s'étonnait du faible pourcentage retenu, vu l'aide dont elle avait besoin pour le repassage, la prise en charge de ses filles, les courses et le ménage. Elle concluait en définitive à l'octroi d'une rente entière dès janvier 2012. 50. Par décision formelle du 25 septembre 2018, l'OAI a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité (80% d'invalidité) du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2012. Les arguments soulevés dans la procédure d'audition n'étaient pas susceptibles de modifier sa position, l'assurée n'ayant fourni aucun document probant attestant d'une aggravation de son état de santé. Considérant lui avoir versé à tort un quart de rente jusqu'en juin 2018, l'OAI lui a réclamé le remboursement des montants versés du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 30 juin 2018, soit CHF 45'231.-. 51. Par acte du 26 octobre 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition de ses médecins et de son époux, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès janvier 2012, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. La recourante fait valoir que la décision querellée ne tient pas compte de son état de santé, ni de l'évolution de celui-ci. Elle rappelle s'être retrouvée, depuis le 3 octobre 2014, très souvent en arrêt maladie et être désormais en arrêt de travail total. Elle ajoute qu'elle doit faire face à des épisodes dépressifs récurrents. Elle précise que, si elle a dû être suivie à compter de mai 2015, pour un SAS, elle a pu, depuis juin 2016, se passer de l'appareil de pression continue : les symptômes ont disparu et son sommeil est continu et réparateur, ce dont elle tire la conclusion que sa grande fatigabilité est bel et bien une conséquence du syndrome de Sjögren. La recourante souligne que, depuis l'expertise du CEMed, sa situation a évolué de manière très importante. Les rapports de ses médecins traitants sont les plus complets et détaillés du dossier ; ils sont totalement dénués de contradictions : il n'existe pas d'activité lui permettant de surmonter ses handicaps. Par ailleurs, elle estime que le pourcentage de 2% retenu à titre d'empêchement dans la sphère ménagère ne correspond nullement à la réalité. Elle a en effet besoin de l'aide de son mari pour les courses et le ménage et de sa mère pour la prise en charge des enfants. A l'appui de ses conclusions, la recourante produit notamment : - un rapport du 5 octobre 2016 du Dr C\_\_\_\_\_ expliquant pour quelles raisons il ne partage pas l'opinion du Dr O\_\_\_\_\_ ; le médecin traitant argue que la présence d'un syndrome de Sjögren avec touche de polyarthrite rhumatoïde est suffisant pour expliquer les douleurs chroniques, la fatigabilité et la diminution importante du

rendement dans une activité professionnelle ; selon lui, dans ce contexte, seule une activité adaptée et limitée dans le temps est envisageable ; - deux rapports datés du 1er décembre 2016 dans lesquels le Dr S\_\_\_\_\_ confirme qu'à la suite d'une opération de bypass en janvier 2016, sa patiente a pu se passer de l'appareil de pression continue dès juin 2016 ; les symptômes diurnes et nocturnes ne sont pas réapparus ; un contrôle, fin novembre 2016, a pu prouver l'absence d'apnées significatives ; - un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2018 indiquant que désormais, la situation reste moyennement contrôlée au niveau articulaire, qu'il existe une importante fatigue chronique et une fatigabilité rendant difficile la poursuite de l'activité d'infirmière à domicile ; il précise que, depuis 2012, la situation ne s'est pas améliorée, que ce soit du point de vue articulaire ou général ; la patiente a certes essayé de poursuivre son activité et a notamment tenté une reprise à 50% le 1er mai 2017 en tant qu'infirmière à domicile, mais cet essai s'est rapidement soldé par une recrudescence des douleurs et une aggravation de la fatigue l'empêchant d'accomplir les tâches ménagères de base ou de s'occuper des enfants, de sorte qu'un nouvel arrêt à 100% a été décidé le 7 novembre 2017 ; selon le médecin, il est clair que sa patiente ne pourra plus exercer dans le futur une activité d'infirmière ; une amélioration de la situation semble difficilement envisageable, compte tenu du caractère chronique de la maladie et de l'évolutivité observée les dernières années, notamment en termes de fatigue ; une activité autre pourrait être théoriquement envisagée, avec des aménagements d'horaire, à un poste sans tâches physiques et à un taux ne dépassant pas 50%, ce poste hypothétique restant encore à définir ; - un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2018 reprenant en substance son précédent rapport et rappelant que sa patiente s'est investie pour retrouver des emplois à temps partiel, mais que l'émergence de nouveaux épisodes anxio-dépressifs et une exacerbation du syndrome douloureux ont conduit à des incapacités de travail à répétition et durables, ainsi qu'à un renforcement de la médication psychotrope et à un suivi psychothérapeutique plus rapproché. 52. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 27 novembre 2018, a conclu au rejet du recours en invoquant l'avis des experts qui sont parvenus à la conclusion que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. 53. Le 15 mars 2019, la recourante a répliqué que si elle a exercé une activité lucrative, c'est exclusivement pour des questions financières, en faisant fi de son état de santé et de l'avis de ses médecins. Elle fait remarquer que les conclusions du SMR sont en totale contradiction avec les rapports de ses médecins. Elle s'étonne de la suppression de sa rente le 1er septembre 2012, alors qu'aucune amélioration notable de son état de santé n'a pu être observée et soutient que sa totale incapacité à exercer en tant qu'infirmière est indubitable. A l'appui de ses conclusions, elle produit : - un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 5 mars 2019 indiquant que les conclusions citées dans son précédent rapport sont globalement superposables à celles déjà prise en 2011 et sont l'expression d'une maladie chronique, n'évoluant certes pas vers une aggravation progressive, mais avec très peu de chances d'une amélioration future ; - un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 mars 2019 reprenant la teneur de ses derniers rapports et soulignant que les dernières semaines d'activité de sa patiente en tant qu'infirmière à domicile ont été éprouvantes et ont conduit à une incapacité de travail totale en novembre 2017 ; il répète que les activités professionnelles à temps partiel ont constitué un facteur de stress qui a entretenu la pathologie dépressive ; sa patiente rencontre des difficultés significatives pour faire face à ses responsabilités dans les domaines de la vie (appartement souvent en désordre, documents administratifs non consultés et en retard, isolement, évitement des contacts sociaux) ; l'assuré est entourée de sa famille, elle a de bonnes

compétences relationnelles, de communication et motivationnelles, mais, malgré ces ressources, sa pathologie dépressive persiste, a des répercussions sur sa qualité de vie et pourrait en avoir sur l'équilibre conjugal et familial ; sa capacité de travail dans les soins infirmiers est nulle depuis plusieurs années ; un retour à une activité professionnelle, même à temps partiel, se solderait par un absentéisme régulier et une perte de son emploi ; l'évolution clinique sur le plan de la pathologie thymique est stationnaire ; la pathologie dépressive récurrente est entretenue par les difficultés professionnelles et financières. 54. Le 23 mai 2019, la Cour de céans a entendu le Dr G\_\_\_\_\_ qui a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Lorsque la recourante l'a consulté pour la première fois, en juillet 2011, l'épisode était de gravité moyenne. Après quelques mois de traitement, elle a montré un élan, une certaine sérénité et une détermination à reprendre une activité professionnelle mais il a pu constater que si elle le voulait, elle ne le pouvait pas. Ainsi, en 2012-2014, il l'a souvent reçue en pleurs et très fatiguée, montrant tous les symptômes d'un état dépressif chronicisé. De même en 2017, lors d'une nouvelle incursion dans le monde du travail, il l'a vue souffrir de cette tentative. De façon générale, depuis qu'il la suit, son état s'est globalement péjoré. Désormais, elle n'a plus aucune capacité de travail sur un plan psychique. A une période, une capacité de 50% semblait envisageable, mais, depuis deux ans, il a acquis la conviction de plus en plus forte que le travail serait une source de stress supplémentaire ayant des conséquences sur la situation familiale et conjugale. Les ressources actuelles lui font défaut, même pour gérer son activité ménagère et assumer son rôle de mère. D'autres facteurs de stress interviennent, notamment sa situation financière et, tout récemment, l'état de santé de son enfant. Les tentatives de reprise d'activité et les échecs par lesquels elles se sont soldées peuvent expliquer en partie la dégradation de l'état psychique de la recourante. Ces décompensations successives et la souffrance morale qui ont accompagné ses tentatives de retour à la vie active ont entraîné une usure dans son fonctionnement psychique. Selon le médecin, on est toujours dans un degré de gravité moyen, mais entraînant bientôt à lui seul une incapacité de travail durable. A cela s'ajoute une douleur chronique et permanente qui contribue à cet état. Le témoin a expliqué que, lorsqu'il a validé les reprises de travail, c'était suite à une régression significative des symptômes, mais que cela n'avait jamais duré. Il a constaté la permanence de trois éléments : l'asthénie, l'anhédonie et la tristesse. La recourante a été mise sous traitement antidépresseur depuis le début (Fluoxétine, puis Cymbalta, augmenté jusqu'à 360 mg/jour sans succès, puis, sur avis de l'unité psychopharmacologique des HUG, Effexor retard).

55. Le Dr C\_\_\_\_\_, entendu à son tour, a expliqué que le syndrome de Sjögren se traduit par une sécheresse des glandes (salivaires, oculaires) et des douleurs articulaires, voire musculaires, ainsi qu'une fatigue, plus rarement par des atteintes pulmonaires ou rénales, ce qui n'est pas le cas de la recourante. Il s'est dit surpris que le rapport du CEMed conclue à une amélioration et à une capacité de travail de sa patiente, alors qu'il a plutôt le sentiment que l'évolution dans le temps a été peu favorable. S'il est vrai que les phases inflammatoires des douleurs articulaires ont pu être contrôlées par les différentes thérapies entreprises, il n'en persiste pas moins une douleur chronique de fond et, surtout, une fatigabilité importante. Celle-ci rend difficile le maintien d'une activité. L'activité idéale devrait s'exercer en position assise, ne pas impliquer d'efforts physiques et permettre à la recourante de se reposer lorsqu'elle en a besoin. Cela paraît difficile à trouver sur le marché actuel. L'assurée pourrait occuper un poste administratif à raison de deux jours par semaine au maximum, répartis en plusieurs petites plages. Le médecin a confirmé que, depuis qu'il suit la patiente, s'il n'y a pas eu d'aggravation nette, il n'y a pas eu non plus d'amélioration

susceptible de permettre d'envisager une activité lucrative. Certes, les périodes de crises de tuméfaction articulaires se sont fait heureusement plus rares depuis 2012-2014. Néanmoins, la limitation prioritaire, à savoir la fatigabilité importante, demeure. Quoi qu'il en soit, avant 2012, l'incapacité de travail de la patiente perdurait en dehors de ces crises. Interrogé, le médecin a répondu qu'il ne pensait pas que des éléments objectifs aient été ignorés durant l'expertise, mais a indiqué se souvenir d'un téléphone avec l'expert qui lui a donné l'impression de manquer d'objectivité en ce sens que, selon lui, il n'y avait pas de problème. Le médecin a souligné la volonté de sa patiente de toujours essayer d'aller de l'avant et le fait que le syndrome dont elle souffre est une maladie complexe et délicate à cerner. Si la recourante peut donner de prime abord l'impression d'aller bien, il n'en demeure pas moins qu'elle souffre d'un manque d'énergie important contre lequel elle doit se battre. Cela fait des années qu'elle essaye de surmonter sa maladie, en vain. Elle a fait le maximum mais est arrivée à la limite et ne peut en faire plus. Elle est d'ailleurs même préteritée dans la tenue de son ménage. 56. La recourante a expliqué à la Cour de céans en quoi consiste son quotidien depuis une vingtaine d'années. Les douleurs perpétuelles dont elle souffre l'influencent dans ses moindres détails. La fatigue qu'elle ressent n'est pas habituelle, mais la conséquence de la maladie auto-immune et revêt une toute autre dimension. Elle doit planifier ses journées en fonction de l'énergie disponible, très limitée. Elle a dû renoncer à une profession qui lui tenait à coeur et elle n'a pas encore réussi à en faire le deuil. Il lui est parfois difficile d'ouvrir ses gélules d'antidépresseurs le matin en raison de ses mains, raides et endolories. De même, la toilette, l'habillage sont compliqués. Tout lui prend beaucoup plus de temps que cela ne le devrait. Aux symptômes physiques s'ajoutent par ailleurs le découragement, la tristesse et l'angoisse de ne pouvoir faire face à ses responsabilités. Elle fonctionne donc à flux tendu et doit négocier en permanence avec elle-même les priorités, ce qui fait qu'elle arrive en fin de journée totalement épuisée. Elle pense qu'avec le recul, ses tentatives de reprise d'activité se sont faites au mépris de sa santé. Elle peut compter sur l'aide permanente de son époux, qui travaille à domicile depuis peu, mais aussi de sa mère, qui l'aide dès qu'elle le peut également (préparation des repas, repassage, occupation des filles, etc.). 57. Le 20 juin 2019, l'intimé a relevé qu'une consultation de la page publique Facebook de la recourante laisse apparaître qu'elle continue à exercer son activité de création de gâteaux et ce, de manière régulière et soutenue depuis janvier 2018. Pour le reste, l'intimé s'est rallié aux conclusions de son SMR, qui estime que les assertions du Dr G\_\_\_\_\_, selon lesquelles la recourante aurait de la peine à assumer son activité ménagère et son rôle de mère sont difficilement soutenables sachant qu'elle est capable de confectionner des gâteaux élaborés (pièces montées) qui nécessitent environ douze heures de travail ou plus par pièce (selon les informations données par la recourante dans l'enquête économique de 2018) et que, selon sa page internet publique, elle en confectionne entre trois et quatre par semaine (semaine du 27 mai au 2 juin). Cela n'est ni compatible avec une maladie de Sjögren active en raison de l'inflammation et de la raideur des articulations périphériques (notamment des mains), ni avec la position prolongée debout nécessaire, ni même avec des troubles de l'attention et de la concentration. Les activités que la recourante continue à assumer parlent en faveur des conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ et du Dr O\_\_\_\_\_, soit l'absence d'une atteinte sévère, tant au niveau rhumatologique qu'au niveau psychiatrique. Les médecins traitants font une évaluation différente d'un même état de fait sans s'appuyer sur des éléments médicaux objectivement vérifiables. 58. Par écriture du 21 juin 2019, la recourante s'est référée aux explications de ses médecins et a répété qu'aucun rapport ne fait état d'une amélioration de son état de santé ; celui du CEMed a été

rendu par des médecins non spécialistes et non susceptibles de prendre en considération tous les tenants et aboutissants du syndrome de Sjögren et ses spécificités propres ; il n'est donc pas probant. En outre, ses empêchements sont plus importants que ceux retenus par l'enquête ménagère. 59. Le 28 juin 2019, la recourante a relevé n'avoir jamais caché son activité de « Cake Design », qui constitue son hobby. Elle allègue que cette activité n'a pas été exercée de manière régulière et soutenue depuis janvier 2018. Elle est fluctuante, irrégulière et épisodique. D'ailleurs, sur sa page publique, le 24 avril 2018, elle a annoncé qu'elle levait le pied, suite à des problèmes de santé. Elle a ainsi été contrainte d'effectuer une pause de six mois. La recourante souligne que cette activité peut être adaptée, notamment dans la position assise/debout. En outre, il est important qu'elle puisse continuer à se sentir utile. Les gâteaux publiés dans l'intervalle ont été réalisés par ses propres filles et filleuls. Etant donné que sa situation et son état de santé n'ont cessé d'évoluer, elle ne pratique plus ni zumba, ni aucune des activités sportives supplémentaires mentionnées dans l'expertise, laquelle remonte à plusieurs années. 60. Interpellées par la Cour de céans sur la procédure d'expertise mise en oeuvre auprès du CEMed, les parties ont demandé que les noms des médecins auxiliaires étant intervenus soient portés à leur connaissance, afin que la recourante puisse faire valoir d'éventuels motifs de récusation. 61. Par courrier du 26 février 2020, le CEMed a indiqué que le docteur U\_\_\_\_\_ avait été le préparateur du rapport et que le docteur V\_\_\_\_\_ en avait été le relecteur. 62. Le 12 mars 2020, la recourante a indiqué ne pas connaître ces médecins. Elle ajoute que, quoi qu'il en soit, aucun médecin immunologue n'a été impliqué dans la rédaction et le rendu du rapport d'expertise, alors qu'il s'agit pourtant de la problématique essentielle. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). 4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a limité le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au 31 août 2012. 5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le

cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 6. 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 7. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281 ), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit

leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 8. 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. 9. 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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. b. 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). c. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de

celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. 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 oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI [dont la teneur a été modifiée dès le 1 er janvier 2018], ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [dont la teneur a été modifiée dès le 1 er janvier 2018] et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

12. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97 ). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93 ) une telle enquête a valeur probante. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est

déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). b. Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches ne peuvent plus être accomplies (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3). 13. 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). 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 15. En l'espèce, l'intimé est d'avis que l'incapacité totale de travail de la recourante, débutée le 22 août 2010, s'est prolongée au-delà du 31 décembre 2011, mais qu'à compter d'août 2012, l'état de santé de l'intéressée s'est amélioré, entraînant la fin du droit à une rente d'invalidité dès cette date. Il se fonde pour cela sur les avis des médecins du SMR, lesquels se basent sur les conclusions du rapport d'expertise établi le 19 mai 2016. La recourante conteste, quant à elle, toute amélioration de son état de santé et invoque à l'appui de sa position les rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. Il convient par conséquent d'examiner si les circonstances se sont effectivement modifiées à compter d'août 2012, de sorte à entraîner la

suppression de la rente d'invalidité dès cette date. On rappellera, à titre liminaire, que, par arrêt du 24 décembre 2014, la Cour de céans a constaté le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2011. Il n'était en effet pas contesté qu'elle avait été en incapacité de travail totale du 22 août 2010 au 31 décembre 2011 ( ATAS/1345/2014 ). Etaient alors retenues, à titre d'atteintes principales, un trouble dépressif récurrent, une fracture de la cheville gauche et un syndrome de Sjögren (avis du SMR du 15 janvier 2013). Suite à l'arrêt de renvoi précité, l'intimé a mis en oeuvre une expertise. Le Dr O\_\_\_\_\_, rhumatologue et spécialiste en médecine interne, et le Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre, ont examiné la recourante et retenu, dans leur rapport du 19 mai 2016, un syndrome de Gougerot-Sjögren avec polyarthralgies et asthénie. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient pour leur part sans influence sur la capacité de travail, un syndrome obstructif des apnées du sommeil traité par CPAP, des douleurs séquellaires de la cheville droite sur fracture luxation traitée par ostéosynthèse en 2011 et un trouble dépressif récurrent, en rémission depuis en tout cas 2013. Les experts ont confirmé une totale incapacité de travail depuis août 2010, mais jugé que l'assurée avait recouvré la pleine capacité à exercer une activité adaptée fin août 2012, sans baisse de rendement. A la lecture de cette expertise et des pièces versées à la procédure, la Cour de céans estime que les conclusions auxquelles sont parvenus les Dr O\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ ne peuvent toutefois se voir reconnaître pleine valeur probante et ce, pour les raisons qui suivent. Les conclusions de l'expert rhumatologue montrent plusieurs contradictions. Par exemple, après avoir noté que la cheville de la recourante reste douloureuse et tuméfiée en fin de journée, surtout si elle a beaucoup marché ou est restée debout en charge pour une longue journée, le Dr O\_\_\_\_\_ estime que, sur le plan somatique, il convient de se rallier aux conclusions des Drs D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ et de retenir que l'activité d'infirmière en milieu hospitalier n'est plus exigible et qu'une activité adaptée relativement sédentaire est possible sans diminution de rendement (p. 31 du rapport d'expertise). Pourtant, cette atteinte n'est finalement pas retenue au nombre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant du syndrome de Sjögren, également, l'appréciation de l'expert rhumatologue manque de cohérence, puisqu'il retient cette atteinte à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail (jugée nulle dans l'activité d'infirmière), avec des douleurs articulaires chroniques à titre de limitations fonctionnelles (p. 35 du rapport d'expertise), puis conclut, de manière pour le moins contradictoire, à l'absence de limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail de longue durée (p. 31 du rapport d'expertise). Au demeurant, les conclusions auxquelles aboutit le Dr O\_\_\_\_\_, qui n'est pas spécialisé en immunologie, ne paraissent pas pleinement convaincantes. Ce médecin relève notamment que ce syndrome se manifeste uniquement par des douleurs musculo-squelettiques sans substrat objectif, pour lequel la fibromyalgie reste un diagnostic différentiel, et par une fatigue qui peut être secondaire à un syndrome obstructif des apnées du sommeil insuffisamment pris en charge. Selon lui, le syndrome est actif, mais peu pénétrant dans la mesure où le syndrome sec est à peine ressenti (p. 30 du rapport d'expertise). Or, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en immunologie, a souligné qu'il n'y a pas de relation linéaire, ni de corrélation entre l'importance du syndrome sec et l'importance de l'atteinte articulaire. Il n'est en outre pas possible d'affirmer, comme le fait le Dr O\_\_\_\_\_, qu'il n'existe pas d'atteinte systémique articulaire, en se basant uniquement sur l'absence de tuméfaction articulaire ou sur l'absence de limitation articulaire. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, contrairement à ce qu'avance le Dr O\_\_\_\_\_, la douleur caractéristique du syndrome peut être présente sans qu'on puisse objectiver de tuméfaction, de synovite ou de

limitation articulaire (rapport du 5 octobre 2016). En outre, alors que le Dr C\_\_\_\_\_ fait état d'une fatigue et d'une fatigabilité accrues à titre de répercussions de cette maladie auto-immune (procès-verbal d'enquêtes des 13 mars 2014, rapports des 5 octobre 2016, 1<sup>er</sup> mars et 9 octobre 2018) - ce qu'il a encore confirmé, le 23 mai 2019, par-devant la Cour de céans, en expliquant qu'il s'agit de « la limitation prioritaire » -, le Dr O\_\_\_\_\_ ne retient ni fatigabilité, ni fatigue, en tant que limitation fonctionnelle engendrée par cette maladie. Or, selon le Dr C\_\_\_\_\_, la fatigue ne peut être uniquement mise sur le compte du syndrome d'apnées du sommeil, comme le fait le Dr O\_\_\_\_\_ (rapport du 5 octobre 2016). Quoi qu'il en soit, s'agissant du syndrome de Sjögren, force est de constater que les conclusions auxquelles aboutit l'expertise ne sont pas pertinentes. En effet, dans la mesure où il est incontestable que l'atteinte principale est cette maladie auto-immune, il était nécessaire et indispensable qu'un médecin spécialiste en immunologie apprécie les répercussions de ce syndrome sur la capacité de travail. En omettant de mandater un tel spécialiste, l'intimé ne s'est pas conformé à l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 22 décembre 2014. De surcroît, alors que le SMR avait dûment constaté - avant la mise en oeuvre de l'expertise - l'absence d'informations détaillées sur l'expression clinique objective et l'évolution de la maladie auto-immune, et, partant, la nécessité d'obtenir le dossier de la recourante auprès du service d'immunologie des HUG l'ayant prise en charge (avis du 31 mars 2015), aucune demande dans ce sens n'a été faite par l'intimé. Partant, force est de constater que les experts du CEMed ne se sont pas prononcés sur la base d'un dossier complet. Sur le plan psychique, le Dr P\_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail depuis fin août 2012. Cela étant, dans la mesure où l'intimé a reconnu à la recourante une incapacité de travail totale de fin août 2010 à fin décembre 2011 en raison, notamment, d'un trouble dépressif récurrent (avis du 15 janvier 2013 du SMR et rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2012), il revenait à l'expert de mettre en évidence les éléments concrets d'un changement de l'état de santé sur le plan psychique survenu depuis lors, ce qu'il n'a pas fait. En effet, on rappellera que, dans le cadre de l'art. 17 LPGA, l'expert ne peut apprécier la situation uniquement au moment de son examen, sans prendre position par rapport à la situation passée. Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente. Un motif de révision ne peut être admis que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2019 du 20 décembre 2019 consid. 5.3.2). Or, force est de constater que, dans son appréciation (pp. 31ss du rapport), le Dr P\_\_\_\_\_ passe sous silence l'incapacité de travail totale en raison d'un trouble dépressif récurrent reconnue de fin août 2010 à décembre 2011, pourtant attestée par le Dr G\_\_\_\_\_, la Dresse H\_\_\_\_\_ et admise par le SMR (avis du 15 janvier 2013) et l'intimé. L'expert n'explique pas non plus l'état clinique de la recourante dès janvier 2012, de sorte que l'on peine à comprendre les éléments concrets permettant de retenir un changement de la capacité de travail fin août 2012. Pour l'ensemble de ces motifs, l'expertise réalisée auprès du CEMed, que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychique, n'emporte par la conviction de la Cour de céans. Si une amélioration apparaît plausible dès août 2012, les éléments au dossier ne sont toutefois pas suffisants, au regard de l'art. 17 LPGA, pour retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une amélioration justifiant une suppression de rente à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012. A l'inverse, la Cour de céans ne saurait non plus se fonder sur les seuls rapports des médecins traitants de la recourante, pour retenir, comme cette dernière le soutient, que son état de santé ne s'est pas modifié à compter d'août 2012, et ce, jusqu'au 25 septembre 2018, date de

la décision litigieuse. En effet, ses médecins traitants ne semblent pas exclure, pendant l'intégralité de cette période, l'existence d'une capacité de travail résiduelle. En conclusion, en l'absence d'une expertise rendue conformément à l'arrêt de renvoi du 22 décembre 2014 ( ATAS/1345/2014 ), la Cour de céans n'est malheureusement toujours pas en mesure de déterminer l'évolution de l'état de santé de la recourante, de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée pour la période courant du mois d'août 2012 jusqu'au 25 septembre 2018. Partant, la Cour de céans n'est pas en mesure non plus d'examiner si les conclusions auxquelles a abouti l'enquête ménagère, réalisée en janvier 2018, sont fondées. Pour ce motif, la cause sera renvoyée à l'intimé pour mise en oeuvre, dans les plus brefs délais, d'une expertise immunologique, orthopédique et psychiatrique, étant précisé que ce dernier volet devra être effectué dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (cf. ATF 141 V 281 ). Cela fait, après avoir réalisé une nouvelle enquête ménagère portant sur la période courant dès août 2012, et après avoir fixé le degré d'invalidité de la recourante, l'intimé rendra une nouvelle décision se prononçant sur l'existence éventuelle d'un motif de révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPG. 16. Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement, la décision du 25 septembre 2018 partiellement annulée en tant qu'elle supprime le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1 er septembre 2012 et confirmée pour le surplus. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants s'agissant de la période courant dès août 2012. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPG; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). Pour le surplus, 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 l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**  
Statuant À la forme :

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