

GE_GERICHTE A/637/2017 vom 8. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_637_2017

FR: GE_GERICHTE A/637/2017 du 8 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/637/2017 del 8 novembre 2017

Erwägungen

E. 15

février 2017 cité dans son acte de recours. Il ressort de ce document que la recourante consultait le service de dermatologie et vénéréologie des HUG environ tous les deux à trois mois depuis 2013. Le diagnostic était celui de hidradénite suppurative sévère du périnée au stade Hurley 3, d'intertrigo chronique psoriasiforme paradoxal aux anti-TNF avec des surinfections fréquentes. L'état de santé de la recourante était stable et son traitement immunosuppresseur lourd. D'un point de vue dermatologique, la capacité de travail de la recourante était en l'état nulle et difficilement adaptable. Les limitations étaient majeures dans les mouvements et dans la position assise. Aucune amélioration de la pathologie chronique et ancienne, à peine contrôlée, n'était à prévoir. 51. Le rapport médical précité a été adressé à l'intimé le 19 octobre 2017. 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) 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. 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. 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 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 5. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante depuis le dépôt de sa dernière demande du 7 mai 2013, étant rappelé que par décision du 8 août 2011, confirmée par la chambre de céans puis le Tribunal fédéral, l'intimé lui a nié le droit à une rente compte tenu d'un degré d'invalidité insuffisant. 6. a. Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du

E. 17

janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011). b. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Tout changement important des circonstances propre 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a en revanche 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. 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 arrêts cités ; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

7. 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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

8. 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 9. Lorsque'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation ; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. À cet égard, le médecin doit examiner l'évolution temporelle de la capacité de travail, en tenant compte, eu égard à l'évolution fluctuante de la maladie, aussi bien des phases actives que des phases moins actives de celle-ci. En d'autres termes, il doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2 à 3.4). 10. 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).! [endif]> [if] 11. a. En l'occurrence, par décision du 8 août 2011 entrée en force, l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité au motif que son degré d'invalidité, fixé à 20%, était insuffisant. ! [endif]> [if] Il s'était alors fondé sur le rapport d'expertise du 16 octobre 2009 du Dr F _____, aux termes duquel la recourante était capable de travailler dans son activité habituelle à 100%, avec une diminution de rendement de 20%. Ce médecin avait en effet considéré que le diabète, l'insuffisance rénale, l'asthme et les diverses pathologies de l'appareil locomoteur dont souffrait la recourante n'étaient pas à l'origine de limitations fonctionnelles significatives, de même que la maladie de Crohn qui était inactive. En revanche, la maladie de Verneuil engendrait des douleurs et des difficultés de déambulation et de maintien de la position assise qui justifiaient une réduction de rendement de 20%. Saisie par la recourante, la chambre de céans a constaté que seule la maladie de Verneuil avait eu des conséquences sur la capacité de travail de la recourante depuis 2004 et a jugé que celle-ci n'était affectée d'aucune atteinte impliquant une incapacité de travail de longue durée de plus de 20% (ATAS/576/2012 du 1 er mai 2012, confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_486/2012 du 7 janvier 2013). b. À la suite de la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 7 mai 2013 et conformément à l'arrêt de la chambre de céans du 17 décembre 2013 (ATAS/1245/2013), l'intimé a procédé à une instruction médicale et mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été réalisée par le CEMed. Dans leur rapport du 29 juillet 2016, les experts ont retenu que seule la maladie de Verneuil avait des répercussions sur la capacité de travail, que l'état de santé de la recourante s'était aggravé entre 2011 et 2012 et qu'il était stabilisé depuis 2013 grâce au traitement alors introduit. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de lourdes charges, la nécessité de travailler en milieu tempéré, les difficultés à rester assise longtemps et à marcher, la nécessité de changer régulièrement ses pansements et un absentéisme d'un à deux jours toutes les six semaines. Dans toute activité respectant ces restrictions, la capacité résiduelle de travail était fixée à 50%. Sur la base du rapport précité, le SMR a considéré que l'incapacité de travail de la recourante était de 50% dans toute activité depuis le mois de novembre 2011. Dans sa décision du 24 janvier 2017, fondée sur les documents susmentionnés, l'intimé a reconnu une aggravation de l'état de santé de la recourante avec une capacité de travail limitée à 50% depuis le mois de novembre 2011, de sorte qu'il lui a accordé une demi-rente dès le 1 er octobre 2013, compte tenu d'un degré d'invalidité de 50%. 12. Il convient donc d'examiner si le rapport d'expertise du CEMed peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. ! [endif]> [if] 13. La chambre de céans constate tout d'abord que le rapport d'expertise se base sur l'étude approfondie du dossier médical de la recourante, ainsi que sur des examens cliniques complets. Les anamnèses sont précises et détaillées, et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et chaque spécialiste a expliqué ses constatations et justifié son point de vue. Les experts se sont déterminés individuellement, puis en consilium, sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que leur rapport remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. ! [endif]> [if] Une évaluation médicale complète et approfondie telle que l'expertise du CEMed du 29 juillet 2016 ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. À cet égard, la chambre de céans rappellera à l'attention

de la recourante la différence de mandat entre un médecin traitant et un expert, le rôle de ce dernier consistant justement à apporter un regard neutre, moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement le médecin traitant à son patient. Un assuré peut naturellement être suivi et recevoir des soins de différents spécialistes, et se trouver ainsi dans une relation particulière avec plusieurs médecins traitants. 14. Contrairement à ce que soutient la recourante, les experts du CEMed ne se sont pas contentés de substituer leur propre appréciation à celle des autres médecins qu'elle avait préalablement consultés. Au contraire, les trois spécialistes se sont exprimés sur l'évolution de sa situation médicale et ont développé les motifs pour lesquels ils retenaient que seule la maladie de Verneuil engendrait une incapacité de travail, les autres atteintes n'entraînant selon eux pas de limitation significative ou étant stabilisées. 15. a. Au niveau de la médecine interne, le Dr F_____ a estimé que la maladie de Crohn était en rémission depuis l'iléostomie de 1995 et que la situation était stable depuis 2009, les éventuelles complications liées à cette affection n'ayant pas été significatives. Il a notamment précisé que les similitudes entre les maladies de Crohn et de Verneuil permettaient de retenir que les traitements effectués en 2010 étaient liés à l'une ou l'autre de ces affections. L'appréciation de l'expert n'est pas critiquable, dès lors qu'aucun rapport médical n'atteste d'une évolution de cette pathologie depuis la décision du 8 août 2011 retenant qu'elle n'avait pas de répercussion durable sur la capacité de travail de la recourante. Au contraire, le Dr P_____ a relevé la stabilisation des manifestations cutanées et digestives de la maladie et l'efficacité du traitement qui permettait d'envisager une amélioration progressive de l'état de santé, malgré la persistance de symptômes gênants, en particulier la fatigue (cf. rapport du 11 novembre 2016). On relèvera encore que ce médecin ne s'est pas prononcé avec précision sur la capacité de travail eu égard à la maladie pour laquelle il suit la recourante, mais a considéré qu'une incapacité totale était justifiée par le cumul de plusieurs pathologies et des limitations fonctionnelles qui en découlaient et qui résultaient d'une réduction de l'autonomie en raison des problèmes occasionnés par la stomie digestive, la fatigabilité, de fréquentes périodes comportant des douleurs aux points de suppuration (cf. rapport du 11 novembre 2016). Or, tous ces éléments ont été dûment pris en considération par le Dr F_____. En outre, les conclusions du rapport d'expertise résultent d'une analyse conjointe de plusieurs médecins disposant de compétences spécialisées pour se prononcer sur les atteintes particulières de la recourante et leur appréciation englobe l'ensemble des pathologies dont souffre l'intéressée. b. Concernant l'affection rénale, le Dr F_____ a notamment relevé que la taille des reins de la recourante était un peu réduite, surtout à gauche, avec des séquelles probablement de pyélonéphrite au pôle supérieur du rein gauche. Il a expliqué que l'acidose métabolique n'était pas liée à l'insuffisance rénale, qui restait relativement stable avec une créatinine entre 140 et 150 mmol/L, mais avec une perte de bicarbonate par l'iléostomie. Il en résultait une difficulté à empêcher la dissolution des lithiases rénales d'acide urique par impossibilité d'alcaliniser les urines. La recourante avait indiqué avoir présenté une pyélonéphrite obstructive à droite en 2013 qui avait nécessité la pose d'une sonde urétérale pendant trois semaines, et un nouvel épisode de pyélonéphrite à gauche trois semaines avant l'expertise, d'évolution favorable sans antibiothérapie. L'expert en médecine interne a tenu compte des éléments relevés par le néphrologue de la recourante (cf. rapports du Dr E_____ des 2 avril et 25 juin 2013, 21 février 2014) et considéré que la situation était stable. Il a justifié les raisons pour lesquelles il excluait une aggravation significative, soulignant que les épisodes d'infections ou de lithiases se limitaient à quelques semaines et que l'insuffisance rénale chronique, de

stade G3A, demeurait modérée et était très vraisemblablement asymptomatique et non incapacitante. Aucun élément ne permet de s'écarter de ces conclusions. c. S'agissant des autres troubles, l'expert en médecine interne a noté que le diabète était déclaré sans complication, l'asthme contrôlé sous traitement et l'obésité sans impact sur la capacité de travail. Pour le reste, la fatigue n'était pas étayée par une affection médicale précise, en l'absence d'un syndrome inflammatoire, d'une anémie ou d'une endocrinopathie. Malgré l'annonce de douleurs un peu diffuses de l'appareil locomoteur, il n'était pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique, lequel était clairement à l'arrière-plan, dominé par la fatigue. Quant à la mise en évidence de 18/18 points de fibromyalgie, elle était surtout évocatrice d'un état de tension chronique et d'une diminution du seuil de la douleur. Le sentiment de lassitude devant les soins requis par la maladie et le port d'une poche d'entérostomie avec ses diverses limitations était supportable par une mobilisation des ressources, étant précisé que la description des activités quotidiennes laissait supposer que la recourante avait encore les ressources pour faire face à ses diverses obligations et qu'elle disposait d'un bon réseau social. Ainsi, sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail était entière dans l'activité d'aide en pharmacie. Rien ne permet de douter des conclusions du Dr F_____, lesquelles résultent d'examen approfondis et ont été rendues en pleine connaissance du dossier de la recourante. Cette dernière ne soutient d'ailleurs pas que des éléments objectivement vérifiables auraient été ignorés par ce spécialiste. d. Enfin, dans son rapport postérieur à l'expertise, le Dr E_____ a indiqué que l'évolution globale ces dernières années était marquée par une aggravation lente liée à plusieurs épisodes aigus, notamment des pyélonéphrites aiguës, une insuffisance rénale acutisée par une obstruction lithiasique et la maladie de Verneuil qui restait très difficile à contrôler. Il a énuméré les traitements prescrits à la recourante et considéré, compte tenu des nombreuses pathologies et de l'état dépressif, que sa patiente était totalement inapte à exercer une activité professionnelle (cf. rapport du 7 novembre 2016). La chambre de céans constate que ce médecin n'a fait état d'aucun élément médical nouveau qui n'aurait pas été connu de l'expert. De plus, son appréciation divergente de la capacité de travail tient compte de limitations fonctionnelles surévaluées comme cela sera développé ci-après (consid. 16.c), et d'autres pathologies pour lesquelles il n'est manifestement pas habilité à se prononcer (à l'instar de l'état de santé psychique), contrairement aux conclusions du rapport du CEMed qui sont issues d'une discussion consensuelle entre les trois experts.

16. a. Sur le plan dermatologique, l'expert a expliqué que la maladie de Verneuil était classifiée en trois stades majeurs et que la recourante présentait actuellement une atteinte de stade 2, caractérisée par des abcès récidivants, une formation des trajets fistuleux et des troubles de la cicatrisation, des lésions uniques ou multiples relativement éloignées les unes des autres. Cette maladie engendrait une réduction claire de la qualité de vie et des activités quotidiennes, une réduction sévère de l'estime de soi, un changement de l'humeur et du fonctionnement social. Compte tenu de la chronicité de l'affection avec des kystes fessiers douloureux et un suintement de la région malgré des traitements adéquats, la capacité de travail sur le plan dermatologique était fixée à 50%, étant relevé que l'expert a tenu compte du temps nécessaire pour les soins et de l'absentéisme. Depuis l'introduction du Remicade en 2013, la situation était stabilisée, mais l'incapacité de travail avait pu être supérieure à 50% entre 2011 et 2013. >[if] La chambre de céans rappellera avoir constaté, dans son arrêt du 1 er mai 2012, que seule la maladie de Verneuil avait des répercussions sur la capacité de travail de la recourante, sous la forme d'une diminution de rendement de 20%. Par la suite, le Dr D_____ a considéré que la situation de sa patiente s'était péjorée car les

poussées étaient de plus en plus rapprochées (cf. rapport du 21 juin 2013). Le Dr L_____, lequel a repris le suivi de la recourante dès le mois de septembre 2013, a qualifié la maladie de Verneuil de sévère et considéré que la reprise d'une activité professionnelle n'était pas exigible compte tenu des douleurs, des suppurations et des abcès (cf. rapport du 21 février 2014). Il a ensuite maintenu que le diagnostic de hidradénite suppurative était « sévère », « au stade Hurley 3 », tout en précisant que l'état de santé de la recourante était « stable ». Ce médecin a considéré que d'un point de vue dermatologique, la capacité de travail de sa patiente était nulle et que les limitations étaient majeures dans les mouvements et dans la position assise (cf. rapport du 15 février 2017).

b. Les avis de l'expert et du Dr L_____ s'opposent donc concernant le degré de gravité de l'atteinte, le premier l'ayant considérée de stade 2 et le second de stade 3. Selon la classification de Hurley, le stade 2 vise les abcès récidivants, une formation de trajets fistuleux et des troubles de la cicatrisation, avec des lésions uniques ou multiples, relativement éloignées les unes des autres, alors que le stade 3 concerne la forme la plus diffuse, avec des abcès multiples se touchant les uns les autres et recouvrant la totalité des surfaces atteintes (cf. rapport d'expertise p. 29). À l'examen, le Dr N_____ a constaté la présence de nombreuses cicatrices furonculoïdes sans lésion active, notamment sur le pubis et les plis inguinaux. Dans la région du pli fessier et périanale, il a observé plusieurs petites papules infiltrées, violacées et une grande zone sur la fesse droite, érythémateuse, ferme, partiellement érosive et suintante. Il a noté que seule la région de la fesse droite présentait un aspect de fistules à la peau (cf. rapport d'expertise p. 23). Il appert donc que ses conclusions quant à la sévérité de la maladie de Verneuil reposent sur un examen clinique minutieux. Il sied encore de relever que le Dr L_____ a indiqué dans son dernier rapport que l'état de santé de la recourante était stable (cf. rapport du 15 février 2017), de sorte que l'on peut exclure une aggravation de la maladie postérieure à l'examen de l'expert.

c. S'agissant de la capacité de travail, le Dr L_____ a noté que les limitations concernaient toutes les positions, que la recourante ne pouvait pas se déplacer, que ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées (cf. rapports des 21 février 2014 et 15 février 2017). Ces restrictions ont également été évoquées par le Dr E_____ qui a retenu une impossibilité de se déplacer et d'exercer des activités en positions assise ou debout, en marchant, et a attesté des mêmes limitations cognitives (cf. rapport du 21 février 2014). Cependant, selon les déclarations de la recourante aux experts, elle sort tous les matins et tous les après-midis, plusieurs heures, afin de promener son chien, parfois à la campagne où elle se rend en bus. Elle s'occupe également des chevaux de sa nièce, qu'elle monte régulièrement avec beaucoup de plaisir, sauf lorsqu'elle manque d'énergie ou présente des douleurs. Elle réalise toutes les tâches administratives et ménagères, à l'exception du repassage et du port de charges de plus de 10 kg. Elle rend visite une à deux fois par semaine à sa mère qu'elle aide pour faire les courses, et sort avec ses amis pour aller au théâtre, à l'opéra, au cinéma et au restaurant. En outre, l'expert psychiatre n'a constaté aucun trouble cognitif patent et a observé que la recourante n'était pas ralentie. Il appert donc que la recourante est tout à fait apte à se déplacer, à marcher et à alterner les positions assises et debout en dehors des périodes de poussées.

d. Partant, les rapports des Drs D_____ et L_____ ne sont pas propres à remettre en cause les conclusions de l'expert dermatologue, lequel a tenu compte de tous les éléments soulevés par ces médecins. 17.

Enfin, au niveau psychiatrique, l'expert a diagnostiqué une dysthymie non incapacitante et un trouble dépressif récurrent en rémission, et estimé que la capacité de travail était complète dans toute activité, sans diminution de rendement.!

Ces conclusions ne sont pas non plus contestables, étant rappelé que la Dresse I_____ avait diagnostiqué un

état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et estimé que l'incapacité de travail de sa patiente était due aux maladies somatiques (cf. rapport reçu par l'intimé le 7 avril 2014). Elle a par la suite maintenu que ce n'était pas le trouble psychiatrique qui était limitatif dans la capacité de travail, mais bien les affections somatiques (cf. certificat du 1^{er} novembre 2016). 18. La recourante reproche à l'intimé de ne pas l'avoir soumise à l'examen d'un néphrologue et d'un gastro-entérologue. Elle ne fait toutefois valoir aucun argument concret qui permettrait de penser que le Dr F_____ ne disposait pas des compétences nécessaires pour se prononcer spécifiquement sur la maladie de Crohn et l'affection rénale dont elle est atteinte. Il ressort au contraire clairement des constatations et discussions du rapport que l'expert a procédé à une analyse rigoureuse de ces atteintes et examiné leurs limitations et leur influence sur la capacité de travail. Pour le surplus, le mandat confié correspond aux qualifications d'un spécialiste en médecine interne et nul doute que l'expert aurait sollicité un avis plus spécialisé s'il l'avait jugé nécessaire dans le cas de la recourante pour mener à bien sa mission. 19. La chambre de céans observera encore que les experts du CEMed ont évalué la capacité de travail de la recourante en tenant compte de la singularité de la maladie de Verneuil, qui évolue par poussées. Ils ont retenu que l'état de santé de la recourante s'était aggravé entre 2011 et 2012, que sa situation était stabilisée depuis 2013 et que, depuis lors, sa capacité de travail était de 50%. Pour la période antérieure, ils ont expliqué que l'incapacité de travail avait pu être supérieure, mais qu'il était difficile de l'évaluer. L'incertitude à cet égard n'a aucune influence sur le sort du litige, étant rappelé que la recourante a déposé sa dernière demande de prestations le 7 mai 2013 et qu'elle ne peut donc de toute façon pas prétendre à l'octroi d'une rente pour la période antérieure. 20. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 29 juillet 2016. C'est donc à bon droit que l'intimé a considéré que la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis le mois de novembre 2011 et qu'il lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} octobre 2013. Partant, le recours ne peut être que rejeté. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (cf. aussi art. 89H al. 1 LPA), la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il sera mis un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante. 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.