

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1361/2018

ATAS/853/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 septembre 2018

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1972, originaire du Kosovo et naturalisée suisse, est mariée et mère de quatre enfants nés en 1992, 1994, 1996 et 2007. Elle est entrée en Suisse en 1991 et a travaillé en qualité d'aide-soignante au service des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 1^{er} février 2003 au 11 mars 2004.
2. Le 11 mars 2004, elle a subi un blocage du dos, lors d'un faux mouvement dans son travail. Son assureur-accidents a pris en charge le cas, ainsi que les conséquences d'une chute survenue le 19 septembre 2004.
3. Dans son expertise du 3 décembre 2004, à la demande de l'assureur-accidents, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu le diagnostic de lombo-sciatalgies sur hernie discale L4-L5. Il s'est dit particulièrement surpris par l'évolution négative de l'état de santé de l'assurée, celle-ci se plaignant de lombalgies basses très invalidantes, alors même que tant l'examen clinique que le bilan radiologique ne démontrait pas clairement de compression radiculaire par une hernie discale. Il s'est dès lors posé la question d'une nette majoration des symptômes par rapport aux éléments objectifs. Il y avait aussi des facteurs psychosociaux défavorables, le mari n'ayant pas d'activité professionnelle et toute la famille étant à la charge des services sociaux. La capacité de travail était de 50% dès le 11 septembre 2004 et de 100% dès le 11 novembre 2004.
4. Après avoir accordé ses prestations dans un premier temps jusqu'au 19 mars 2005, l'assureur-accidents a accepté de verser à l'assurée une indemnité de CHF 100'000.- pour solde de tout compte.
5. Le 25 avril 2005, l'intéressée a requis les prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de cette demande, elle a été soumise le 17 octobre 2007 à un examen rhumatologique et psychiatrique auprès du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) par les docteurs C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et D_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ces médecins ont diagnostiqué des lombalgies droites chroniques persistantes, des discopathies L4-L5 et L5-S1 et un déconditionnement physique majeur. Les diagnostics d'excès pondéral et de dysthymie étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Même si les plaintes douloureuses étaient d'une intensité et d'une pérennité difficilement compatibles avec les atteintes objectives, l'assurée souffrait d'une atteinte somatique significative indiscutable du rachis lombaire. Les médecins ont conclu que l'assurée aurait pu reprendre une activité professionnelle dans une activité adaptée à partir de mars 2005, mais que sa capacité de travail était nulle dans l'activité d'aide-soignante. Après la réalisation d'un programme intensif de réconditionnement à l'effort, la capacité de travail était tout d'abord de 50 %, puis de 100 % après environ trois mois.
6. Dans son expertise du 14 janvier 2008, le Dr E_____, neurochirurgien FMH, a émis les diagnostics de lombalgie chronique récidiviste avec irradiation dans la jambe droite sans déficit radiculaire après faux mouvement, de syndrome

douloureux chronique avec éventuelle altération de la personnalité et de suspicion de névrose de rente. Les examens cliniques et para-cliniques avaient été démesurés par rapport à la lésion de l'assurée. Les traitements inadéquats et peu conséquents (six semaines d'hospitalisation et deux mois supplémentaires au lit strict pour un simple lumbago) avaient certainement eu une influence négative sur l'état de santé d'une personne psychiquement labile, vivant dans une situation sociale et familiale difficile. À l'heure actuelle, la situation était catastrophique et le pronostic mauvais. La prise en main par un psychiatre s'imposait. Néanmoins, la capacité de travail médico-théorique était de 100% dans l'ancienne profession et dans toute autre activité au plus tard en automne 2004.

7. Dans son rapport du 27 juin 2008, la Dresse F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a attesté que l'état de santé de l'assurée était stable. Elle ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail ni sur la question de savoir si la compliance était optimale. Il n'y avait pas une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. L'assurée avait été vue à plusieurs reprises par un psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), sans suite.
8. Du 14 avril au 13 juillet 2008, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a été mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI), laquelle a été interrompue prématurément pour des raisons médicales, un comportement excessivement démonstratif et une résistance insuffisante, rendant l'assurée inobservable sur un plan professionnel. Ses capacités physiques étaient incompatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, même si ses capacités d'adaptation et d'apprentissage seraient compatibles avec un emploi simple, pratique et répétitif.
9. Le 16 octobre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure de réentraînement au travail du 27 octobre 2008 au 8 février 2009 auprès de Pro Entreprise sociale privée (ci-après : Pro), où elle a été insérée dans le département Multiservice et associée aux activités de l'atelier pratiquant du nettoyage industriel pour l'horlogerie. Elle n'avait pas montré beaucoup de curiosité et paraissait nonchalante. Après sept jours, elle a interrompu le stage en présentant un certificat d'arrêt de travail à 100%.
10. Par décision du 27 mars 2009, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, au motif que son taux d'invalidité n'était que de 22% dans l'exercice d'une activité adaptée. Sur recours, le Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève (aujourd'hui Cour de justice de la République et canton de Genève, chambre des assurances sociales) a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.
11. Le 31 août 2009, l'assurée a subi une discectomie L5-S1 et une foraminotomie pour hernie discale L5-S1.
12. Dans son rapport du 28 janvier 2011, la doctoresse G_____ du service de rhumatologie des HUG a diagnostiqué une lombosciatalgie L5 droite chronique. À

l'examen clinique, elle était frappée par une kinésiophobie marquée avec certains signes de Waddell positifs. Elle a recommandé une physiothérapie active et suspecté un état dépressif sous-jacent.

13. Après avoir complété l'instruction par l'avis du docteur H_____, chef de clinique du service de neurochirurgie des HUG qui avait opéré l'assurée, et celui de la Dresse F_____, l'OAI a accordé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1^{er} mars 2009 au 30 juin 2010, par décision du 10 mai 2011. Sur recours, la chambre de céans a annulé cette décision et a reconnu à l'assurée le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} mars au 30 septembre 2005 et à une rente entière du 1^{er} mars 2009 au 30 juillet 2010. Par arrêt du 24 septembre 2012 du Tribunal fédéral, ce jugement a été réformé dans le sens que l'assurée avait droit à un trois-quarts de rente du 1^{er} mars au 30 septembre 2005 et à une rente entière du 1^{er} janvier 2008 au 31 juillet 2010.
14. En novembre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de cette demande, le docteur I_____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et du sport FMH, a attesté qu'en plus du traitement continu pour des lombosciatalgies chroniques sur discopathie lombaire étagée et un status post-cure chirurgicale de hernie discale, l'assurée se plaignait de gonalgies gauches et avait développé un état dépressif réactionnel important.
15. La doctoresse J_____, neurologue FMH, a attesté le 3 février 2013 que l'assurée l'avait consultée en raison de céphalées chroniques quotidiennes intenses, lesquelles étaient d'origine mixte, de tension avec une composante migraineuse très probable, et indissociables d'un état dépressif marqué. La capacité de travail était nulle en raison de l'association de lombosciatalgies et céphalées chroniques, ainsi que la souffrance psychique.
16. Par décision du 28 mai 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, considérant que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis sa dernière décision.
17. Suite à une intervention d'urgence en date du 20 juin 2013, le docteur K_____ de SOS Médecins a attesté avoir effectué une injection à l'assurée en raison d'une sciatique hyperalgique exacerbée.
18. Une image à résonance magnétique (IRM) réalisée le 10 juillet 2013 a conclu à une hernie paramédiane droite à l'étage L5-S1 avec signe de conflit avec la racine S1, ainsi qu'à un kyste annexiel gauche de 63 mm de grand axe.
19. Le 17 juillet 2013, les docteurs L_____ et M_____ ont attesté, suite à un séjour hospitalier du 22 juin au 12 juillet 2013, que l'assurée leur était adressée pour physiothérapie de mobilisation et antalgie, en raison de difficultés importantes à la marche à cause de douleurs droites irradiant à la face postérieure de la cuisse jusqu'au genou. A l'anamnèse, il n'y avait pas de facteur déclenchant évident ou de traumatisme.

20. Dans son avis du 21 août 2013, le docteur N_____ SMR a constaté que l'IRM du 10 juillet 2013 était superposable à celle pratiquée le 22 avril 2009.
21. Selon le rapport relatif à l'IRM de la colonne lombaire du 23 janvier 2014, l'examen montrait une protrusion discale circonférentielle L4-L5, responsable d'un contact étroit récessal avec l'émergence de la racine L5 à gauche. Au niveau L5-S1, il y avait une nette régression de la hernie discale avec minime protrusion résiduelle au contact de l'émergence de la racine S1 à droite.
22. Le 28 janvier 2014, une discectomie L5-S1 droite a été pratiquée.
23. Par arrêt du 27 mai 2014, la chambre de céans a rejeté le recours de l'assurée contre la décision de refus d'entrer en matière de l'OAI du 28 mai 2013.
24. En mars 2014, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations.
25. Le 2 avril 2014, le Dr H_____ a constaté que l'assurée se disait toujours handicapée par des douleurs au niveau du dos. Objectivement, la cicatrice était parfaitement calme, mais il y avait un syndrome vertébral important. L'assurée marchait sans boiter et ne présentait ni signe irritatif ni déficitaire. Sa palpation paralombaire inférieure était douloureuse des deux côtés.
26. Lors du contrôle post-opératoire du 16 mai 2014, le Dr H_____ a mentionné que l'assurée se plaignait toujours des mêmes douleurs dans le bas du dos avec irradiation douloureuse dans la face postérieure de la cuisse et du pied avec un périmètre de marche diminué à vingt minutes et une évaluation de la douleur à 7/10. Elle décrivait également des troubles du sommeil. Son mari semblait également handicapé suite à une chute dans un contexte professionnel. Les activités quotidiennes de l'assurée paraissaient alternées entre le fauteuil, la télévision et les courses. L'assurée n'avait pas de rituel de gymnastique. Les douleurs semblaient être liées plutôt à des séquelles neurologiques sur lésion radiculaire qui devraient progressivement s'estomper avec un remodelage et un assouplissement de la fibrose péri-radriculaire post-opératoire. La reprise d'activités physiques autant que possible était recommandée, ainsi que la reprise d'un rituel quotidien avec un cadre un peu plus rigide et des activités permettant de focaliser l'attention sur autre chose que la douleur. Il y avait aussi un contexte psychosocial négatif avec un mari dépressif et un avenir socio-familial peu favorable.
27. Le 16 septembre 2014, les docteurs O_____ et H_____ ont attesté d'une consultation semi-urgente en raison d'une exacerbation de lombosciatalgies droites chroniques.
28. L'IRM de la colonne lombaire du 25 septembre 2014 a montré une fibrose péri-radriculaire S1 bilatérale, sans changement significatif par ailleurs.
29. Dans son rapport du 30 septembre 2014, la doctoresse P_____, spécialiste en médecine interne, a attesté des lombosciatalgies et un état dépressif réactionnel. Il n'y avait aucune amélioration subjective des douleurs. L'incapacité de travail était de 100 % depuis plusieurs années.

30. L'électroneuromyographie (ENMG) effectuée le 4 novembre 2014 par le docteur Q_____, neurologue FMH, a montré des signes suggestifs d'une lésion radiculaire S1 droite très peu importante.
31. L'IRM du 12 décembre 2014 n'a pas montré de nouvelle hernie discale ni de lésion post-traumatique. Il y avait des séquelles post-chirurgicales après la micro-discectomie L5-S1 bilatérale avec fibrose péri-radriculaire S1. La discopathie L4-L5 et L5-S1 était accompagnée de minimes phénomènes inflammatoires aigus de type Modic I au niveau sous-chondral L4 à gauche.
32. Dans leur rapport du 15 décembre 2014, les docteurs R_____ et S_____ du service de neurochirurgie des HUG ont rapporté qu'une infiltration de la racine S1 n'avait amené aucun soulagement. L'assurée présentait un Lasègue pseudo positif à gauche et positif à droite. Elle était hyperalgique et semblait dépressive.
33. Les 17 avril et 7 mai 2015 a eu lieu au SMR un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée par les docteurs T_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et U_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Ces médecins ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies droites chroniques dans le cadre d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec fibrose post-opératoire péri-radriculaire de S1 plus marquée du côté droit, et d'arthrose modérée des articulations postérieures. Les diagnostics de dysthymie d'intensité légère et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Les signes et symptômes de non-organicité de Waddell étaient à 5/5. La décompensation de la hernie discale et le traitement chirurgical qui avait suivi justifiaient une incapacité de travail totale dans toute activité. Toutefois, lors de la consultation du 15 mai 2014, le Dr H_____ avait mentionné qu'une reprise d'activités physiques était indiquée. Par ailleurs, à plus de trois mois de l'intervention chirurgicale, correspondant à la durée habituelle d'une incapacité de travail dans les suites d'une hémectomie, il n'y avait pas lieu de maintenir une incapacité de travail dans une activité adaptée, étant précisé qu'elle était de 100 % dans l'activité habituelle. L'importance et l'étendue des douleurs alléguées, avec de nombreuses autolimitations, ne s'expliquaient que partiellement par l'atteinte lombaire. Des facteurs non médicaux expliquaient l'évolution défavorable, comme le long litige avec les assurances sociales. Déjà dans son expertise du 3 décembre 2004, le docteur B_____ avait relevé une mauvaise concordance entre les symptômes de l'assurée et les éléments objectifs. Dans son expertise du 14 janvier 2008, le docteur E_____ avait suspecté une névrose de rente, et la doctoresse G_____ avait mentionné dans son rapport du 28 janvier 2011 qu'elle était frappée à l'examen physique par une kinésiophobie marquée avec des signes de Waddell positifs. L'ENMG effectuée par le docteur Q_____ ne montrait qu'une lésion radiculaire S1 droite très peu importante et les douleurs alléguées ne respectaient pas un trajet radiculaire correspondant à la racine S1. Le Dr H_____ n'avait trouvé aucun signe de douleur neurogène. Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique

n'avait notamment pas montré de perturbation sévère de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. L'assurée présentait une tristesse fluctuante, mais sans amélioration significative, des ruminations existentielles et une perte de la confiance en soi. Elle restait toutefois capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, sauf pour le ménage.

34. Selon le rapport du 11 septembre 2015 du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG, l'assurée décrivait une recrudescence des douleurs depuis avril 2015. Le 9 septembre 2015, elle avait été transférée en ambulance en raison de lombalgies insupportables et d'un tentamen par Tramadol.
35. Le 13 septembre 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée un stage d'orientation professionnelle chez Pro.
36. Du 10 au 27 octobre 2016, l'assurée a été hospitalisée aux HUG à cause d'une exacerbation des lombalgies chroniques. A titre de diagnostic secondaire, un état anxio-dépressif a été mentionné. Les douleurs avaient également aggravé l'état psychique. Elles étaient constantes avec des lancées intermittentes déclenchées par les mouvements, au niveau de la face postérieure de la jambe ou de la face plantaire et dorsale du pied droit. Il n'y avait pas de facteur déclenchant l'aggravation et l'examen radiologique était globalement superposable au comparatif, avec une diminution de la fibrose. Au niveau psychiatrique, l'assurée se disait découragée avec la conviction que les choses ne pouvaient plus changer et que la vie dans ces conditions était insupportable. Elle ne pouvait pas vivre avec ces douleurs, mais s'engageait à poursuivre le traitement antidépresseur et psychothérapeutique.
37. Le 7 novembre 2016 le Dr I_____ a attesté que le problème neuro-orthopédique de l'assurée ne permettait pas la poursuite du stage chez Pro.
38. Le 28 novembre 2016, le docteur V_____ a attesté que l'assurée suivait depuis le 29 septembre 2015 un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré à une fréquence variant de l'hebdomadaire au mensuel. La situation de l'assurée devait être réévaluée, son état s'étant nettement aggravé sur le plan clinique. La patiente lui avait été adressée initialement par les HUG après un abus médicamenteux à visée suicidaire. De telles idées étaient continuellement présentes depuis lors, avec au moins un passage à l'acte, interrompu par sa famille qui la surveillait constamment. L'assurée était totalement désespérée, ne voyait aucune perspective d'avenir, les douleurs ne s'étant jamais améliorées « ... malgré, il est vrai aucun substrat organique pouvant pleinement les expliquer ». Mais subjectivement, les douleurs étaient persistantes. La tentative de réinsertion par l'intermédiaire de Pro s'était soldée par une lombalgie aiguë au premier port de charges. L'assurée prenait aujourd'hui le médicament antidépresseur Efexor à 300 mg/jour avec un dosage sanguin dans l'intervalle thérapeutique, mais sans aucun résultat sur la thymie et les douleurs. L'incapacité de travail était totale depuis des années.

39. Dans son rapport du 19 décembre 2016, Pro a conclu que l'état de santé de l'assurée ne permettait pas de mener à terme la mesure. La présence effective n'avait été que de trois semaines avec un taux de présence de 16 %. La souffrance affichée par l'assurée avait été telle qu'une évaluation de ses capacités de travail et d'apprentissage n'avait pu être effectuée. Elle avait beaucoup de peine à se déplacer et prenait souvent appui sur le mobilier proche. Lorsqu'elle se décidait à demander de quitter le travail pour rentrer à la maison, elle le faisait en larmes. Son visage était très marqué. Sa démarche était très lente et saccadée. Les douleurs l'empêchaient fortement de se concentrer et elle ne parvenait pas à obtenir des résultats concrets. Par contre, elle persévérait relativement longtemps et insistait pour arriver au bout des procédures de travail, au prix de violentes douleurs. Elle n'était pas capable de réaliser de faibles inclinaisons et torsions du buste ni ne pouvait porter des charges. La tentative de transporter une caisse en plastique de 3 kg avait péjoré sa situation somatique. Elle avait très fréquemment pleuré pendant son stage, n'avait jamais souri ou ni donné l'impression de pouvoir se détendre. Cela étant, Pro a préconisé une prise en charge de la situation médicale avant toute mesure d'ordre professionnel.
40. L'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique en 2017, sur la base de notamment de cinq entretiens, par le docteur W_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Dans son rapport du 20 novembre 2017, l'expert a posé comme seuls diagnostics avec incidence sur la capacité de travail des traits de caractère de type dépendant et histrionique et une majoration de symptômes pour des raisons psychologiques. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient une dépression atypique, persistante, actuellement d'intensité légère, avec syndrome somatique existant depuis 2004/2005. L'incapacité de travail était totale quelle que fût l'activité, en raison de la majoration de symptômes pour des raisons psychologiques en comorbidité avec des atteintes somatiques. En 2013, il y aurait eu un abus médicamenteux, sans précision, sans suivi et sans hospitalisation. Il n'y en avait pas de trace dans le dossier médical lors de l'expertise multidisciplinaire avec une partie psychiatrique en mai 2015. Concernant l'abus médicamenteux au Tramadol en 2015, il avait eu pour conséquence l'organisation d'un traitement ambulatoire chez le Dr V_____, interrompu unilatéralement après une année, selon l'assurée. En 2017, un abus médicamenteux de morphine en solution, en présence de sa famille, était mentionné, suivi d'une admission aux urgences aux HUG. L'assurée avait commencé à boire trop de morphine, tellement les douleurs étaient fortes et devenues invivables. C'est alors qu'elle avait accepté une prise en charge au centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrée des HUG (ci-après: CAPPI) depuis le 6 octobre 2017, où elle s'était rendue d'abord tous les jours, puis a diminué les consultations progressivement à deux fois par semaine. Elle a refusé de participer à un groupe de crise, n'ayant pas confiance et ni envie d'y aller. Elle pensait arrêter le CAPPI, estimant qu'elle avait suffisamment essayé ce suivi et compris que cela ne lui apportait rien de plus. L'expression d'un désir de mort plutôt que de devoir supporter les douleurs lombaires, existait depuis le

début de l'évolution. Toutefois, l'assurée avait affirmé ne pas pouvoir se suicider à cause des enfants. La notion de syndrome douloureux chronique a été posée une fois en treize ans d'évolution par le Dr E_____ en janvier 2008. Par ailleurs, des médecins non psychiatres avaient posé le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour raison psychologiques, à savoir suspicion de névrose de rente par le Dr E_____, absence de concordance entre les plaintes et l'examen clinique par la Dresse F_____ et kinésiophobie avec Waddell positifs par la Dresse G_____. A certains moments de l'évolution, les fluctuations thymiques avaient pu avoir des répercussions fonctionnelles, dans le cadre d'une position passive de recherche d'une aide sociale bienveillante sous quelle que forme que ce soit. L'expert a par ailleurs examiné les indicateurs jurisprudentiels pour évaluer le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux et des troubles psychiques. Il n'y avait pas de différences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts des différentes spécialités ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée, si bien qu'aucune incohérence n'était relevée. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas non plus de production intentionnelle de symptômes ni de trouble factice. Concernant la gravité de l'atteinte, il a notamment mentionné que l'assurée s'était montrée plaintive, accablée et démonstrative dans l'expression de ses émotions. Dans l'expression spontanée elle était toutefois restée polarisée sur la verbalisation de douleurs physiques et morales, sans manifestation de détresse, mais avec besoin de sollicitude. L'atteinte thymique était atypique, fluctuante, sans rémission et chronique. Elle correspondait à des descriptions d'état d'allure dépressive sans les caractéristiques objectives d'un véritable épisode dépressif. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité, mais des traits de caractère de passivité et de dépendance, ainsi que des traits histrioniques. Il y avait une diminution des capacités fonctionnelle globales, provenant d'une majoration de symptômes physiques et psychologiques pour des raisons psychologiques, sans intervention directe de facteurs psycho-sociaux ou socio-culturels. Il s'agissait d'un trouble survenant chez l'assurée dans un contexte de facteurs psychologiques identifiés (déception des soins reçus, crainte manifeste d'un handicap de plus en plus invalidant, possibilité d'une compensation financière). A cela s'ajoutait la conviction que ce qui lui arrivait lui échappait et justifiait une position passive. Se posait toutefois la question de savoir si ces diagnostics étaient pris en considération par l'assurance-invalidité. Quant à la coopération, l'expertisée n'avait pas eu d'investissement actif pour les prises en charge psychiatriques ou psychothérapeutiques proposées. Il n'y avait cependant pas de raison ni indication psychiatrique pour imposer une prise en charge spécialisée. L'assurée se comportait comme si elle voulait démontrer qu'il n'y avait pas de traitement ni d'amélioration à attendre, sans qu'il s'agît ou existât des mécanismes mélancoliques (dépression sévère exclue) et encore moins interprétatifs ou délirants pour expliquer la situation. Concernant les ressources, l'expert a notamment relevé qu'il n'y a pas de trouble de la personnalité. L'assurée se considérait comme sans ressources, le démontrait et

l'avait démontré à chaque occasion, si bien qu'il n'y avait aucune raison psychiatrique à attendre un changement d'attitude.

41. Dans son avis médical du 18 décembre 2017, la doctoresse X_____ du SMR a considéré que les conclusions de l'expertise du Dr W_____ n'étaient pas convaincantes, l'assurée n'ayant aucune maladie psychiatrique. Les traits de personnalité et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'étaient des atteintes incapacitantes reconnues par l'assurance-invalidité et la dépression chronique correspondait au diagnostic de dysthymie.
42. Le 23 janvier 2018, l'OAI a déterminé la perte de gain dans une activité adaptée à 19,3 %.
43. Le 23 janvier 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser une rente d'invalidité, considérant qu'elle avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 16 mai 2014. Sa perte de gain dans une telle activité était insuffisante pour prétendre à l'octroi d'une rente.
44. Le 26 février 2016, l'assurée a contesté ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Indépendamment des atteintes somatiques, le diagnostic d'état anxio-dépressif a été posé à partir de septembre 2015. L'atteinte inflammatoire de type Modic de grade I au niveau du plateau inférieur S5, mise en évidence par l'IRM du 16 septembre 2015, avec dessiccation discale en L4-L5 et L5-S1, constituait une aggravation substantielle de son état de santé depuis 2009. Ces atteintes provoquaient une incapacité de travail totale.
45. A l'appui de ses dires, l'assurée a notamment produit le rapport du 23 février 2018 de la doctoresse Y_____ du CAPPI qui a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et de douleurs chroniques irréductibles. L'assurée avait été suivie depuis 2016 par le Dr V_____, puis au CAPPI Jonction depuis le 6 octobre 2017. Sur le plan psychique, elle présentait des limitations fonctionnelles sous forme d'aboulie, d'anhédonie, de perte de motivation et d'initiation des activités, de perte d'intérêt et d'espoir, de manque d'énergie et fatigabilité. La capacité de travail était nulle au vu des symptômes dépressifs et des douleurs chroniques.
46. Dans son avis médical du 23 mars 2018, le Dr N_____ a considéré que la Dresse Y_____ s'était limitée à énoncer le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et de douleurs chroniques irréductibles. Il n'y avait pas d'anamnèse en appui. Dans ces circonstances, aucune valeur probante ne pouvait être accordée à ce rapport, si bien qu'il y avait lieu de se référer à l'expertise du Dr W_____ avec une réserve concernant la capacité de travail.
47. Par décision du 23 mars 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision.
48. Par acte du 25 avril 2018, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une

rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Elle était incapable de travailler à 100 % depuis 2004, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, selon le rapport d'expertise du Dr W_____. Cela était confirmé par la Dresse Y_____.

49. A l'appui de son recours, la recourante a produit les rapports du 23 mars 2018 de la Dresse Y_____ confirmant une incapacité de travail totale en raison des symptômes dépressifs et des douleurs chroniques. Dans un second rapport de la même date, ce médecin a qualifié le diagnostic de trouble dépressifs récurrent d'actuellement sévère. Les limitations fonctionnelles étaient sur le plan psychique une abolie, une anhédonie, une perte de motivation et d'initiation des activités, une perte d'intérêt et d'espoir, un manque d'énergie et une fatigabilité.
50. La recourante a également versé à la procédure la lettre de sortie du 16 octobre 2017 de l'unité de réadaptation psychosomatique de la Clinique de Montana, après son hospitalisation du 20 juin au 3 juillet 2017 pour un soutien psychologique. Les diagnostics étaient un trouble anxio-dépressif, des lombalgies chroniques, une obésité et un kyste de l'ovaire de 63mm. Concernant l'examen physique d'entrée, il était noté que l'état général était altéré et la tenue négligée. La recourante était collaborante. Elle n'avait pas d'idées noires ou suicidaires. Le soutien médico-infirmier régulier et de la psychologue avait contribué à diminuer les angoisses et à améliorer la thymie, même si, en fin de séjour, celle-ci était toujours assez basse. La recourante s'était enfin montrée observante au traitement physiothérapeutique.
51. La recourante a aussi transmis avec son recours le rapport du 31 mai 2018 des Dresses Z_____ et AA_____ de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, dans lequel était mentionné que la recourante pleurait pendant tout l'examen. Elle était suivie au CAPPI trois fois par semaine et bénéficiait de séances de psychomotricité, d'ergothérapie et d'un suivi par une infirmière et sa psychiatre. Le score de dépression de Beck était de 49/63, compatible avec un épisode dépressif sévère. Il était proposé de prescrire de la morphine de façon régulière pour augmenter le confort de la recourante, en raison des lomboradiculalgies droites avec un retentissement majeur sur la qualité de vie et l'humeur.
52. Dans sa réponse du 24 mai 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, en renvoyant à la décision querellée en ce qui concerne les motifs. Le SMR avait clairement expliqué les raisons qui le faisaient s'éloigner des conclusions du Dr W_____ quant à la capacité de travail. En effet, les diagnostics émis par cet expert n'avaient pas un caractère invalidant dans le cadre de l'assurance-invalidité.
53. Dans sa réplique du 2 juillet 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a mis en exergue que le diagnostic de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques était une atteinte psychiatrique ayant valeur de diagnostic correspondant à un trouble, à une maladie ou à une incapacité du domaine somatique, aux dires de l'expert. Concernant l'état dépressif, un trouble dépressif chronique avait été diagnostiqué déjà par la Dresse F_____ le 4 octobre 2014 et

ensuite confirmé par le Dr V_____ le 28 novembre 2016. Ce médecin avait également relevé que l'état dépressif s'était aggravé avec le temps. Son score de dépression de Beck était de 49/63, ce qui correspondait à un état dépressif sévère, selon le rapport de la consultation ambulatoire de la douleur du 31 mai 2018. Selon l'expert, il n'y avait pas de production intentionnelle des symptômes ni de trouble factice. Concernant les limitations physiques, l'IRM du 12 décembre 2014 faisait état d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec un Modic I au niveau sous-chondral L4. Or, il était relevé dans un article de la Revue du rhumatisme que les affections de type Modic avaient un caractère fortement invalidant. Elle souffrait également de céphalées chroniques quotidiennes intenses, indissociables d'un état dépressif marqué, selon la Dresse AB_____ du 3 février 2013. Les symptômes dépressifs et les lombalgies engendraient une incapacité de travail totale dans toute activité, selon les Drs Y_____ et V_____.

54. Le 6 juillet 2018, la Dresse Y_____ a répondu à une demande de renseignements de la chambre de céans. Elle ne partageait pas complètement les diagnostics et appréciations médicales du Dr W_____, tout en relevant que leurs évaluations respectives paraissaient plutôt complémentaires qu'opposées. Elle a persisté à diagnostiquer un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. Sur le plan somatique, elle ne pouvait se prononcer, mais l'évaluation du Dr W_____ sur ce point paraissait pertinente et en adéquation avec le tableau présenté par la recourante. Concernant l'évolution du trouble psychique depuis le dernier entretien de la recourante avec le Dr W_____ en date du 26 octobre 2017, la psychiatre traitante a relevé que, depuis cette date, l'assurée était suivie au CAPPI Jonction. L'évolution du trouble psychique était très légèrement favorable, mais également fluctuante. La capacité de travail était nulle au vu des symptômes dépressifs et des douleurs chroniques. La capacité de travail devrait être réévaluée selon l'évolution sur le plan psychiatrique. L'état psychique s'était péjoré au mois d'octobre 2017, avec un tentamen aux médicaments, raison du suivi au CAPPI. Le traitement actuel consistait en participation au programme groupal du CAPPI, avec deux groupes hebdomadaires (psychomotricité et groupe de parole), des entretiens infirmiers hebdomadaires et des entretiens médicaux mensuels ou bimensuels selon l'état clinique. La recourante avait une bonne compliance et acceptait de mieux en mieux les soins, parvenant à se mobiliser plus, en dépit des douleurs.
55. Dans un avis médical non daté, le docteur AC_____ du SMR a considéré que les facteurs bio-psycho-sociaux, ainsi que les bénéfices secondaires étaient au premier plan, comme cela a été indiqué par le Dr W_____. La différence d'évaluation entre l'expert et le médecin traitant était uniquement liée à une différence des critères d'appréciation de la situation, la Dresse Y_____ intégrant dans son évaluation de la situation psychique les plaintes subjectives de la recourante. Il était à noter également que celle-ci disposait de ressources importantes pour tenter de faire reconnaître un status d'invalidé. Partant, sur un plan strictement médico-théorique, il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions précédentes.

56. Par écriture du 21 août 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se ralliant à l'avis médical du SMR précité. La Dresse Y_____ n'apportait aucun élément médical objectif pouvant remettre en cause les précédentes conclusions médicales. Par ailleurs, de simples plaintes subjectives ne pouvaient justifier une invalidité. En outre, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Lorsque l'expert ne relevait pour l'essentiel que des éléments qui trouvaient leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y avait pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant.
57. Par écriture du 22 août 2018, la recourante a maintenu ses conclusions. La Dresse Y_____ rejoignait le Dr W_____ sur l'évidence d'une incapacité de travail totale. Elle était en dépression profonde et avait beaucoup de mal à sortir de chez elle. Sa capacité de travail était nulle, ce que son mandataire avait aussi constaté. Enfin, elle a sollicité l'audition des Drs Y_____, W_____ et Z_____.
58. A l'appui de ses dires, la recourante a produit le rapport du 23 juillet 2018 de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG à la doctoresse P_____ du Groupe médical d'Onex. Le traitement par morphine apportait davantage d'inconvénients que de bénéfices, la recourante souffrant de troubles de la mémoire invalidants, et n'avait pas permis d'éviter des paroxysmes douloureux, malgré un léger confort pour certaines activités. Les psychotropes qu'elle recevait pour le syndrome dépressif contribuaient également aux troubles de la mémoire, mais il y avait une claire différence depuis la prise régulière de morphine. Cela étant, une nouvelle proposition de traitement a été faite.
59. La recourante a également transmis à la chambre de céans le rapport du 24 juillet 2018 de la consultation ambulatoire de la douleur à la Dresse P_____, selon lequel la recourante avait fait part de son excellent suivi au CAPPI, ainsi que des groupes auxquels elle participait. Malgré des difficultés à suivre certaines sessions du groupe de psychomotricité à cause de douleurs et des difficultés à se rendre presque quotidiennement au CAPPI, elle reconnaissait combien ce suivi régulier lui faisait du bien, l'obligeant entre autres à sortir de chez elle. L'insistance de ses proches vis-à-vis du suivi était parfois source de tensions familiales. Néanmoins, son entourage semblait avoir une grande bienveillance à son égard et cela devait être ressenti comme une ressource importante pour faire face à ses difficultés. Son entourage craignait le recours aux opioïdes, mais souhaitait suivre la proposition d'essayer la prise quotidienne de morphine à libération prolongée à faible dose, sous réserve d'un contrôle très régulier de son effet sur les douleurs et l'activité.
60. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LGPA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si, depuis la dernière décision entrée en force de l'intimé, l'état de santé de la recourante s'est aggravé avec une répercussion sur son droit à une rente.
4. a. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).
b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

5. 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 (art. 28 al. 2 LAI).

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).

6. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
7. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

8. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

-
- e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).
9. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.
10. b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.
11. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a également 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 particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques 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. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid.

4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

12. En l'occurrence, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique en date des 17 avril et 7 mai 2015 au SMR.

a. Au niveau somatique, le Dr T_____ constate des lombosciatalgies droites chroniques dans le cadre d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec fibrose post-opératoire péri-radiculaire de S1 plus marquée du côté droit, et d'une arthrose modérée des articulations postérieures. En raison d'une hernie discale, la recourante a dû être opérée en août 2009 et janvier 2014. Suite à cette dernière opération, elle déclare qu'elle souffre d'une douleur très forte au bas du dos et à la partie postérieure de la cuisse jusqu'aux orteils. La douleur est en permanence à 7 sur 8/10, plus forte lors de la marche, la position assise prolongée, le matin au lever ou lorsqu'il fait froid. A l'examen clinique, la recourante présente une légère boiterie de décharge du membre inférieur droit, boiterie qui disparaît lors de la montée des escaliers et, par moments, lors de la marche à plat. La marche sur les talons et sur la pointe des pieds est réussie et la position assise maintenue pendant l'entretien qui a duré une heure. Il y a des douleurs à la palpation sur toute la partie inférieure de la colonne lombaire, la musculature para-rachidienne droite et l'ensemble du membre inférieur droit. L'assurée limite fortement les mouvements lombaires dans tous les actes, se plaignant de trop fortes douleurs. En dehors de l'examen clinique, la mobilité spontanée du rachis n'est pas aussi limitée qu'en phase d'examen. Enfin, elle présente des signes et symptômes de non-organicité de Waddell à 5/5. La gestuelle spontanée est libre au niveau des membres, mais l'assurée effectue des contre-pulsions pour limiter les amplitudes articulaires des épaules et des hanches lors de l'examen articulaire, à cause des douleurs lombaires basses et dans la jambe droite. Il y a une diminution de la sensibilité tacto-algique le long du membre inférieur droit, sans distribution radiculaire ni tronculaire. L'assurée limite aussi son effort lors de l'évaluation de la force. La possibilité de monter un étage d'escaliers, de marcher sur les talons et la pointe des pieds indique une force conservée. Sur le plan radiologique, l'IRM de la colonne lombaire du 25 septembre 2014 montre une régression de la protrusion paramédiane droite, une fibrose épidurale antérieure L5-S1 droite et une fibrose péri-radiculaire S1. Il n'y a pas de récurrence de hernie discale et l'IRM lombaire du 12 décembre 2014 ne montre pas de changement significatif. Ainsi, il y a une aggravation de l'état de santé de l'assurée suite à la décompensation d'une hernie discale L5-S1 à droite, laquelle a nécessité une discectomie. Lors du suivi post-opératoire, le Dr H_____ préconise toutefois la reprise d'une activité physique (consultation du 15 mai 2014). L'incapacité de travail dans l'activité habituelle est totale depuis le 11 mars 2004 à cause de ces

atteintes. Toutefois, l'importance et l'étendue des douleurs alléguées et les nombreuses autolimitations n'expliquent que partiellement l'atteinte lombaire. Il y a des facteurs non médicaux, confirmés par les symptômes de non-organicité de Waddell, qui sont la cause de l'évolution défavorable. Le Dr T_____ s'appuie pour cette appréciation sur les rapports des Drs H_____ du 15 mai 2014, B_____ du 3 décembre 2004, C_____ et D_____ du 17 octobre 2017, E_____ du 14 janvier 2008 et G_____ du 28 janvier 2011. En outre, l'ENMG effectuée par le Dr Q_____ ne montre qu'une lésion radiculaire S1 très peu importante, et les douleurs alléguées ne respectent pas un trajet radiculaire correspondant à la racine S1. Il n'y a pas de signe de douleurs neurogènes lors de la consultation du 9 avril 2015 chez le Dr H_____.

Selon le rapport du Dr T_____, les douleurs importantes dont souffre la recourante n'ont ainsi qu'un substrat organique limité et ses atteintes somatiques devraient en principe lui permettre de reprendre une activité professionnelle légère en position assise avec changement de positions, port de charges limité à 5 kg, sans posture en porte-à-faux lombaire, notamment penchée en avant, mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension lombaire.

b. Sur le plan psychique, le médecin psychiatre du SMR a posé le diagnostic de dysthymie d'intensité légère et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans répercussion sur la capacité de travail.

c. La recourante a également fait l'objet d'une expertise psychiatrique très approfondie par le Dr W_____ qui retient, à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, des traits de caractère de type dépendant et histrionique et une majoration de symptômes pour des raisons psychologiques. A titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, il mentionne une dépression atypique, persistante, actuellement d'intensité légère avec syndrome somatique. Après avoir examiné les indicateurs du Tribunal fédéral pour déterminer le caractère invalidant de trouble psychique, l'expert arrive à la conclusion que la recourante est totalement incapable de travailler.

Concernant le diagnostic de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques, l'expert expose qu'il s'agit d'une entité figurant dans la classification internationale des maladies mentales et donc d'une catégorie ayant valeur de diagnostic, correspondant à un trouble, à une maladie ou à une incapacité du domaine somatique. Cette atteinte est survenue chez la recourante dans un contexte de facteurs psychologiques identifiés, à savoir la déception par rapport aux soins reçus avec la certitude que les limites du possible sont atteintes, la crainte manifeste d'un handicap de plus en plus invalidant et la possibilité d'une compensation financière. A cela s'ajoute une notion « d'impuissance apprise », en relation avec les traits de caractère dépendant, la recourante étant convaincue, ou s'est convaincue, que ce qui lui arrive concernant sa santé lui échappe et justifie une position passive face à une perte d'autonomie, de responsabilité et d'efficacité personnelle et sociale. L'expert se pose à cet égard la question de savoir si

l'existence de cette forme de majoration de symptômes ou de cette notion d'impuissance apprise sont des facteurs pris en considération par l'assurance-invalidité.

13. En ce qui concerne la valeur probante de l'examen bidisciplinaire du SMR, il convient de constater qu'il remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une valeur probante totale. En effet, il a été établi en connaissance du dossier médical intégral, prend en compte les plaintes de la recourante, repose sur un examen clinique approfondi et contient des conclusions motivées et cohérentes.

b. La recourante semble contester la valeur probante de cet examen bidisciplinaire du SMR, sans toutefois préciser pour quelle raison. Il est vrai que la Dresse P_____ atteste le 30 septembre 2014 que la capacité de travail est nulle depuis plusieurs années. Tel est également l'avis du Dr I_____. Néanmoins, comme relevé ci-dessus, plusieurs médecins ont également relevé l'absence de substrat organique permettant d'expliquer, sur le plan somatique, la totalité des plaintes et les limitations fonctionnelles, telle que notamment la Dresse F_____ dans son rapport du 27 juin 2008, dans lequel elle atteste qu'il n'y a pas une bonne concordance entre les plaintes et les constatations objectives, que la compliance n'est pas optimale et qu'elle ne peut, de ce fait, se prononcer sur la capacité de travail.

La recourante se prévaut de ce qu'elle présente des discopathies de type Modic I au niveau sous-chondral L4, comme cela a été mis en évidence sur l'IRM du 12 décembre 2014, et qu'une telle atteinte serait fortement invalidante. Ce faisant, elle se fonde sur un article de doctrine médicale spécialisée publiée en 2009 dans la Revue du rhumatisme. Toutefois, il ne s'agit pas d'un élément médical nouveau qui n'était pas connu des médecins examinateurs du SMR. Ce document radiologique est expressément mentionné dans le rapport d'examen du SMR (p. 12) et a donc été pris en compte. Les conclusions de ces médecins ne sauraient par ailleurs pouvoir être mises en doute par un avis isolé de la doctrine médicale, à moins de vouloir se substituer à l'appréciation médicale du spécialiste examinateur.

Cela étant, il sied de constater que les conclusions du Dr T_____ concordent avec celles de plusieurs médecins traitants, en ce qui concerne l'absence d'explications satisfaisantes au niveau médical concernant les plaintes alléguées très invalidantes, et qu'il n'y a aucun élément médical nouveau permettant d'en douter.

Quant à la valeur probante de l'évaluation psychiatrique de la recourante par le SMR, elle peut rester ouverte, dès lors le dossier contient une expertise psychiatrique plus récente et plus approfondie. Il est à relever toutefois que le médecin psychiatre du SMR retient les mêmes diagnostics que le Dr W_____.

14. a. Concernant la valeur probante de l'expertise du Dr W_____, il s'agit d'une expertise très approfondie, établie en connaissance intégrale du dossier médical, prenant en considération les plaintes de la recourante et étant fondée sur un examen

clinique consciencieux, ainsi que des entretiens avec les proches et les médecins traitants.

b. Cependant, la conclusion de cette expertise, selon laquelle les atteintes psychiques engendrent une incapacité totale de travailler, n'est pas convaincante et l'expert lui-même émet une réserve à cet égard, se doutant que le caractère invalidant d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne soit pas reconnue par l'assurance-invalidité.

En premier lieu, on peine à comprendre comment des traits de caractère histrionique et dépendant, ainsi qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques peuvent avoir une incidence sur la capacité de travail et ne seraient pas surmontables par un effort raisonnablement exigible.

La classification internationale d'une maladie (CIM-10) mentionne à ce sujet :

- «A. Des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique sont amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même.
- B. Arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux). »

En l'occurrence, le Dr W_____ a cherché la cause psychologique dans une éventuelle compensation financière possible, la crainte d'un handicap ou de mort et une déception relative à la qualité des soins médicaux. Cependant, il n'y a pas de conflit intrapsychique à la base de ce diagnostic, hypothèse dans laquelle le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant aurait dû être posé, de sorte qu'il convient de considérer que sa cause se trouve pour l'essentiel dans des facteurs psychosociaux et socioprofessionnels. Ainsi, cette atteinte ne peut pas être considérée comme invalidante au sens de la jurisprudence.

A vrai dire, l'expert judiciaire n'explique pas pourquoi, au niveau psychique, cette atteinte serait invalidante et n'examine notamment pas si elle serait surmontable par un effort de volonté. Même s'il a examiné les critères jurisprudentiels concernant le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, auquel s'apparente la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, il ne les a pas intégrés dans l'appréciation de la capacité de travail. Concernant les limitations fonctionnelles, il a en effet exposé que

« Sur le plan psychiatrique, il existe une diminution de la capacité de l'expertisée de se comporter ou d'accomplir des activités quotidiennes, personnelles ou professionnelles, ceci par atteinte des fonctions psychiques (sans intervention des fonctions intellectuelles ou des fonctions cognitives). »

S'agissant des ressources personnelles de la recourante, il expose :

« Dès le début de l'évolution et encore actuellement, l'expertisée se considère comme sans ressource. Elle le démontre et l'a démontré à chaque occasion. Il n'y a pas de raison psychiatrique à attendre un changement d'attitude. »

Il n'y a ainsi pas une véritable analyse objective des critères jurisprudentiels pour déterminer le caractère invalidant de l'atteinte psychique.

Cela étant, son appréciation de la capacité de travail, fondée sur une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, n'emporte pas la conviction de la chambre de céans.

c. Quant au diagnostic de dépression atypique, persistante, actuellement d'intensité légère avec syndrome somatique, émis par le Dr W_____, il est contesté par la psychiatre du CAPPI. Celle-ci considère que la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère sans symptôme psychotique. Cependant, elle ne fait pas état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise du Dr W_____, mais plutôt d'une très légère amélioration, quoique fluctuante. Partant, concernant ce diagnostic, l'appréciation du Dr W_____, fondée sur cinq entretiens avec la recourante, n'est pas mise en doute par l'avis divergent de la psychiatre traitante, en l'absence d'éléments nouveaux.

Il est à cet égard à relever que le Dr W_____ n'a pas constaté une manifestation de détresse véritable dans l'expression spontanée et dans les plaintes de la recourante, même s'il admet qu'elle s'est montrée plaintive, accablée et démonstrative dans l'expression de ses émotions. Au niveau psychiatrique, il n'y a ainsi pas une lourde souffrance, selon l'expert. Par ailleurs, si la recourante a certes connu des abus médicamenteux, sa réelle intention n'était pas de mettre fin à sa vie, mais de soulager ses douleurs. Elle lui déclare en outre qu'elle n'a pas l'intention de se suicider, à cause des enfants.

15. Dès lors que la recourante souffre de douleurs sans substrat organique suffisant, celles-ci doivent être qualifiées d'atteinte psychosomatique, si bien qu'il convient d'évaluer le caractère invalidant de cette atteinte sur la base des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral.

En premier lieu, il convient de constater qu'il ne semble pas y avoir d'exagération des symptômes conscients. Même si, sur le plan psychique, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques est retenue, il n'y a pas de simulation de symptômes, comme cela ressort de l'expertise du Dr W_____. Par ailleurs, la recourante n'a jamais cessé de demander des soins pour les atteintes physiques. Dans ces conditions, un critère d'exclusion au sens de la jurisprudence précitée n'est pas réalisé.

Quant à la gravité de l'évolution de la maladie, elle doit en principe être admise, la recourante étant très handicapée dans toutes les activités par les douleurs, lesquelles l'ont même conduite à trois reprises à abuser de médicaments, dans le but de les alléger. Ces douleurs s'accompagnent aussi d'un sentiment de détresse. Cependant, il n'y a pas d'élément ressortant de l'étiologie et de la pathogénèse, tels que des

conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux, qui permettraient d'expliquer la gravité de l'évolution, si bien que la gravité doit être relativisée.

Quant à l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, ce critère est rempli. Toutefois, la coopération de la recourante ne peut pas être considérée comme optimale, dès lors qu'il ne semble pas qu'elle ait entrepris avec détermination une physiothérapie active, afin de se reconditionner au niveau musculaire et de perdre du poids, alors que plusieurs médecins mettent en avant qu'elle doit se soumettre à un programme intensif de reconditionnement à l'effort. Le manque de coopération résulte aussi des deux premiers stages effectués aux EPI et chez Pro où les adaptateurs constatent un comportement excessivement démonstratif, rendant la recourante inobservable sur un plan professionnel. Lors du stage chez Pro, l'assurée n'avait pas montré beaucoup de curiosité et paraissait nonchalante. Après sept jours, elle a présenté un certificat d'arrêt de travail à 100 %. Il ressort à cet égard de la lettre du 26 février 2009 de la Dresse F_____ au mandataire de la recourante que celle-ci l'avait consultée le 24 avril 2008 et lui avait indiqué qu'il lui était extrêmement difficile d'effectuer ce stage, en particulier pendant toute une journée, alors même que le stage n'avait lieu qu'à 50 %, dans des positions assise ou debout, et permettait d'essayer diverses activités, même faciles. Néanmoins, elle a demandé un arrêt de travail à 100 %, ne se sentant plus capable de poursuivre le stage.

Il doit par ailleurs être admis que la recourante souffre de comorbidités psychiatriques et somatiques. Au niveau physique, il ne peut en effet être nié, comme relevé dans l'examen par le Dr C_____ en 2005, que l'assurée présente une atteinte somatique significative du rachis lombaire. Au niveau psychique, elle a développé une dysthymie, pouvant prendre par moment les aspects de véritable trouble dépressif.

En ce qui concerne la structure de la personnalité, le Dr W_____ n'a retenu aucun trouble de la personnalité. Par contre, l'assurée présente des traits de caractère de type dépendant et histrionique. Cependant, l'environnement social de la recourante est intact avec quatre enfants qui vont bien et une bonne entente du couple (cf. expertise du Dr W_____, p. 19). Elle bénéficie ainsi d'un entourage très soutenant, comme cela est encore relevé dans le rapport du 24 juillet 2018 de la consultation ambulatoire de la douleur.

Au vu de ce qui précède, il sied de retenir qu'en l'absence de traumatismes et d'éléments de la vie adverse ressortant de l'anamnèse, la gravité de l'évolution de la maladie n'est pas rendue plausible par des éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogénèse. Par ailleurs, la recourante a adopté une attitude très passive et résignée dans le cadre du traitement de sa maladie, n'ayant jamais fait un effort pour se reconditionner, afin d'améliorer notamment la musculature abdominale et du dos et ainsi de prévenir une exacerbation des lombosciatalgies. Sa participation aux mesures de réadaptation professionnelle a été également insuffisante lors des premiers stages. Elle ne souffre d'aucun trouble de la personnalité, même si certains

traits d'un tel trouble sont présents. Enfin, elle peut tirer un grand soutien de son environnement social, étant bien entourée par sa famille et ayant une relation satisfaisante avec son mari. Ainsi, il doit être admis qu'elle devrait avoir des ressources suffisantes pour surmonter les douleurs, si bien qu'un caractère invalidant ne peut leur être reconnu.

16. Cela étant, c'est à raison que l'intimé a refusé le droit aux prestations, étant précisé que la recourante n'a pas contesté le calcul de la perte de gain.
17. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
18. Dans la mesure où la recourante succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le