

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1513/2015

ATAS/125/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 17 février 2016**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par recourante  
Docteur B\_\_\_\_\_

contre

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

intimée

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1970 et originaire du Portugal, est célibataire et mère de deux enfants, nés en 1989 et en 2001. Depuis son arrivée en Suisse en 2004, elle a travaillé comme femme de chambre. Elle a été licenciée de son dernier emploi avec effet au 28 février 2010 et a ensuite bénéficié des indemnités de chômage. Depuis lors, elle est sans emploi.
2. Selon les certificats médicaux de la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, elle est en incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009.
3. Une IRM lombaire effectuée le 10 novembre 2009 a mis en évidence un petit kyste synovial L5-S1 gauche au contact de la racine S1, mais sans réelle compression. Il y a également une surcharge articulaire postérieure bilatérale L5-S1 et L4-L5. Une nouvelle IRM réalisée le 19 mars 2010 était strictement superposable au précédent examen.
4. Selon le rapport du 3 décembre 2009 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, à la Dresse C\_\_\_\_\_, la patiente se plaint de lombosciatalgies gauches depuis dix mois. L'IRM a montré un petit kyste synovial gauche sans compression de la racine S1 et l'examen clinique met en évidence une grosse tendinite du moyen fessier gauche. Des infiltrations ont permis une diminution des douleurs de plus de 80 %.
5. Dans le rapport relatif à un entretien du 14 décembre 2009 entre l'intéressée et un collaborateur du case manager de l'assureur perte de gain de l'employeur, il est indiqué que celle-ci souffre depuis plusieurs années de lombalgies, avec actuellement un passage plus aigu, ainsi que d'une dépression réactionnelle à un problème relationnel avec sa gouvernante, dont l'attitude est qualifiée de très méchante. Une autre de ses collègues a été aussi victime du comportement de cette gouvernante et est en incapacité de travail. Un test de mobbing effectué par la psychologue s'était avéré positif. Actuellement, il y a une amélioration des douleurs dorsales.
6. Le 13 janvier 2010, l'intéressée a eu un nouvel entretien avec un case manager de l'assureur perte de gain de l'employeur. Dans le rapport y relatif, il est mentionné que celle-ci a rapporté avoir été victime de mauvais agissements de la part de sa gouvernante. Elle envisage de rechercher une nouvelle activité après la fin du délai de résiliation, ce qui ne doit pas être trop difficile, selon ses dires, l'hôtellerie recrutant facilement du personnel.
7. Selon le rapport du 19 mai 2010 du docteur E\_\_\_\_\_, l'assurée est très satisfaite des trois infiltrations, en particulier de la troisième qui a été fantastique, aux dires de la patiente. L'examen révèle l'absence de Lasègue ou Lasègue inversé. La

mobilisation du sacro-iliaque reste discrètement douloureuse du côté droit, mais l'assurée semble évoluer tous les jours vers le mieux.

8. Dans son certificat médical du 28 mai 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté que la patiente ne pouvait plus porter de charges supérieures à 5 kg, ni rester debout plus de 45 minutes, ni fléchir le rachis.
9. En juin 2011, l'intéressée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
10. Selon le rapport du 8 juillet 2011 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, l'assurée souffre, outre de lombalgies, d'un trouble dépressif majeur récurrent, en rémission partielle depuis 2009. Ce médecin n'a pas donné d'arrêt de travail. A titre de restrictions physiques, mentales ou psychiques, il a mentionné un état dépressif.
11. Le 11 juillet 2011, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée présentait des lombosciatalgies gauches depuis 2008 et était totalement incapable de travailler dans sa profession de femme de chambre. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle dans une activité adaptée, permettant notamment d'alterner les positions.
12. Selon le rapport du 9 septembre 2011 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en cardiologie FMH, l'assurée a signalé depuis plusieurs mois notamment des syncopes de courte durée. Le dernier mois, elle a perdu connaissance quatre fois. Elle a également fait état de palpitations et d'un certain degré de dyspnée. L'électrocardiogramme est dans les normes, raison pour laquelle ce médecin a conclu à une symptomatologie relativement atypique qui était apparue après le récent décès du père de la patiente. D'autres examens seront nécessaires.
13. Dans son rapport du 27 février 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé de la recourante s'était amélioré. Elle avait fait deux épisodes de syncope en août et septembre. Le bilan cardiaque était normal et ces épisodes n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. L'état thymique était stabilisé, sous traitement antidépresseur. La capacité de travail était nulle en tant que femme de chambre. La compliance était optimale.
14. Selon le rapport du 15 juin 2012 du docteur B\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, l'assurée souffre d'un épisode dépressif moyen, de douleurs chroniques diffuses et de lombalgies. Elle suit un traitement ambulatoire chez Madame H\_\_\_\_\_, psychologue en délégation. Selon l'anamnèse, elle vit en concubinage avec le père de ses fils, ainsi que le cadet de celui-ci, l'aîné résidant au Portugal. Elle a commencé à travailler à l'âge de douze ans en tant que couturière pour aider sa famille. Fin 2011, son beau-père, qu'elle considère comme son vrai père, est décédé et en même temps elle a appris que son père biologique, dont l'identité ne lui avait jusqu'alors jamais été révélée, est également décédé. Par la suite, son état

s'est péjoré. Elle ne sortait plus de chez elle pendant plusieurs mois et avait des idées de mort. Actuellement, elle va mieux, mais la situation professionnelle ne s'est pas améliorée malgré les entretiens d'embauche qu'elle a réussi à décrocher. Depuis mars 2012, elle ne reçoit plus d'indemnités de chômage, et l'aide de l'Hospice général lui a été refusée. Dans les symptômes actuels, le Dr B\_\_\_\_\_ a mentionné humeur abaissée, fatigue diurne, troubles de l'endormissement, idées de mort passives occasionnelles, sentiment d'inutilité, troubles de la mémoire et de la concentration, sensibilité émotionnelle au stress avec irritabilité. L'assurée se plaignait de fatigue, de ne pas pouvoir faire face et de se sentir complètement impuissante dans la situation actuelle. Dans le pronostic, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état dépressif semblait installé, avec peu d'évolution jusqu'à présent et un risque de chronicisation. Le fait de se retrouver sans emploi et être inutile participait au maintien de l'état dépressif. La question du droit à une rente d'invalidité complète ou partielle restait posée. La capacité de travail était nulle pour une durée indéterminée et on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

15. En décembre 2013 et janvier 2014, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (CEMed) par les docteurs I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, et K\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. Dans leur rapport du 7 mars 2014, ces médecins n'ont posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics suivants n'avaient pas de répercussion sur celle-ci : lombalgies chroniques sans lésion anatomique ou maladie inflammatoire susceptibles de les expliquer, et dysthymie. La symptomatologie douloureuse lombaire avec kyste synovial avait pu provoquer une incapacité de travail totale durant l'épisode aigu, mais ce n'était plus le cas aujourd'hui. Sur le plan psychique, l'état s'était globalement amélioré. Dans son rapport de 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ avait retenu un épisode dépressif moyen, ce qui pouvait encore justifier une incapacité de travail partielle, de l'ordre de 50 %. Au moment de l'expertise, il n'y avait plus d'incapacité de travail pour des raisons psychiques. La capacité de travail était ainsi totale dans l'activité habituelle, ainsi que dans toute autre activité. Dans la discussion, il est relevé, sur le plan rhumatologique, que l'assurée se plaignait toujours d'une lombo-cruralgie gauche qui était présente en permanence et exacerbée par les positions statiques prolongées au-delà de vingt minutes, le port et le transport de charges supérieures à 5 kg et les mouvements répétitifs du tronc. Le sommeil était également perturbé par la douleur. Cependant, il y avait une dissociation entre l'importance des plaintes et les constatations objectives. Ainsi, l'examen clinique ne montrait pas de limitations fonctionnelles du rachis et des ceintures, hormis quelques signes de non organicité selon Waddell et Hoover. L'imagerie ne révélait que de très modestes lésions

dégénératives qu'on pouvait considérer comme normales pour l'âge de l'assurée. La symptomatologie se situait au niveau L3 ou L4, alors que le kyste synovial incriminé était en L5-S1 et touchait la racine S1, sans toutefois la comprimer. Les douleurs ne semblaient pas aussi intenses que les plaintes tentaient de l'annoncer, l'assurée n'ayant pas pris ses comprimés d'Ibuprofène. Elle arrivait à assumer une grande partie de ses tâches ménagères sans aide extérieure et si on comparait cette activité à celle de femme de chambre, il s'agissait un peu de la même profession. Celle-ci était donc encore exigible. Sur le plan psychique, l'atteinte à l'humeur se manifestait par un abaissement de la thymie, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie vitale avec une augmentation de la fatigabilité, un certain repli sur soi, une atteinte de l'estime, avec des idées de dévalorisation, une vision pessimiste et morose de son avenir et d'elle-même. Il n'y avait ni idéation suicidaire ni trouble cognitif majeur. L'humeur dépressive n'était pas stablement installée et il existait une certaine fluctuation avec des moments d'abattement plus marqués que d'autres où elle pouvait se montrer même souriante. Au moment de l'examen, le degré de la dépression était d'une intensité légère. Toutefois, au vu de l'évolution, à savoir une dépression quasiment présente de manière continue durant les trois dernières années, le diagnostic de dysthymie devait être posé. Il n'y avait pas de pathologie somatique lourde justifiant une incapacité de travail. En l'absence d'une comorbidité grave, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années, d'une perte d'intégration sociale, dès lors que c'était l'assurée qui avait pris du recul, d'état psychique cristallisé et d'échec des traitements ambulatoires (au contraire, l'assurée allait mieux, notamment sur le plan psychique), le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été retenu. De surcroît, des facteurs sociaux jouaient un rôle dans le maintien du trouble dépressif.

16. Dans son avis médical du 17 juillet 2014, le docteur L\_\_\_\_\_ du Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré, sur la base de l'expertise du CEMed, que l'incapacité de travail était totale d'octobre 2009 au 31 mai 2012, puis de 50% jusqu'en décembre 2012. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, elle était de 100 % dans l'activité habituelle.
17. Le 13 août 2014, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps, entière du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 31 août 2012 et de 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012 jusqu'au 31 mars 2013.
18. Le 15 septembre 2014, l'assurée a été auditionnée par l'OAI. Elle a alors contesté le projet de décision, alléguant que sa capacité de travail n'était que de 50 % dans toute activité. Elle s'est notamment prévalu de la présence d'un kyste dans la colonne vertébrale. Partant, elle a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

19. Par courrier du 17 octobre 2014, la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a fait savoir à l'OAI qu'elle appuyait la contestation de l'assurée. Après l'avoir vue à sa consultation à deux reprises, elle a constaté qu'elle souffrait d'une lombalgie chronique invalidante qui la restreignait dans ses activités de la vie quotidienne. Elle présentait également un état dépressif. Partant, sa capacité de travail n'était que de 50 % dans une activité adaptée. Ce médecin a fait observer en outre qu'il était important de prendre en considération le désir de l'assurée de se réinsérer professionnellement, ce qui pourrait également être très bénéfique pour l'amélioration de son état dépressif.
20. Par décision du 22 avril 2015, l'OAI a confirmé le projet de décision précédent, estimant, sur la base d'une appréciation du SMR, que les nouveaux éléments produits dans le cadre de la procédure de contestation ne permettaient pas de modifier ses précédentes conclusions.
21. Par acte posté le 7 mai 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a contesté cette décision au nom de sa patiente. Celle-ci souffrait d'un trouble dépressif associé à des lombalgies, ainsi que de douleurs diffuses depuis environ 2009. L'état dépressif semblait installé et n'avait que peu évolué jusqu'à aujourd'hui. En décembre 2014, dans le contexte de soucis familiaux et financiers, elle avait présenté une aggravation du syndrome dépressif avec automutilations. L'amélioration psychique restait lente sous traitements médicamenteux et psychothérapeutique. Elle était incapable de travailler à 100 % dans quelle qu'activité que ce fût et cela de façon durable. Les événements survenus les dernières années, tant physiques qu'émotionnels, l'avaient affectée au point qu'elle n'était plus capable de mobiliser ses ressources pour faire face à tout incident déstabilisant. Elle présentait une intolérance au stress, une anxiété importante, une baisse de l'humeur, des difficultés à maintenir le focus et une fatigabilité accrue qui pourraient se traduire sur le plan professionnel par une inconstance et de l'absentéisme. Le traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique visait davantage une stabilité qu'une guérison. La capacité de travail était de 50 %.
22. Par arrêt incident du 30 septembre 2015, la chambre de céans a déclaré le recours recevable.
23. Le 17 décembre 2015, la chambre de céans a auditionné le mandataire et psychiatre traitant de la recourante. Celui-ci a déclaré ce qui suit :

« J'ai vu la recourante pour la première fois en 2012. Elle était à ce moment-là très fatiguée et avait peu d'énergie. Elle manquait d'entrain. Après une interruption, je l'ai revue en décembre 2014 et j'ai alors constaté que son état psychique s'était considérablement aggravé. Elle présentait des scarifications aux bras et sur le haut des cuisses, ainsi que sur les seins. Son discours était également différent et avait

une allure psychotique. Elle parlait ainsi d'une présence à la maison. Lorsque des assiettes tombaient à la cuisine, elle l'attribuait à cette présence.

Il faut dire qu'elle a été élevée dans un contexte familial très difficile. Elle a grandi chez son beau-père. L'existence du père biologique était connue, mais comme un secret. Lorsque les deux « pères » sont décédés à la même période, elle était très affectée.

Actuellement, elle a beaucoup de peine à se sortir de la dépression, même après avoir ajusté le traitement antidépresseur. Ce traitement consiste en Venlafaxine 150 mg, un somnifère et un sédatif. Auparavant, je lui avais prescrit également des neuroleptiques. Aujourd'hui, elle en a toujours en réserve. Grâce au traitement, elle a arrêté les scarifications. Néanmoins, l'état dépressif persiste et est entretenu par des difficultés sociales de son ami et de son fils. Il n'empêche que, en dehors de ces facteurs socio-économiques, il y a un noyau maladif.

C'est à la suite de la mort de ses deux « pères », qu'elle s'est effondrée et elle a aujourd'hui de la peine à s'en sortir.

Il y a aussi un problème avec son ami, le père de ses deux enfants, qui habite actuellement avec elle et son fils cadet. Car il consomme vraisemblablement de l'héroïne et a des problèmes physiques. Le couple se dispute souvent. A cela s'ajoute des difficultés scolaires de son fils qui fume du cannabis. »

24. Dans sa réponse du 19 janvier 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'état de santé de la recourante était indéniablement lié à des facteurs psycho-sociaux. Par ailleurs, l'expertise du CEMed avait une pleine valeur probante et les conclusions de celle-ci étaient toujours valables au moment où la décision avait été rendue. Par ailleurs, dès lors que le Dr B\_\_\_\_\_ n'était pas psychiatre, il n'y avait pas d'éléments, au degré de la vraisemblance prépondérante, permettant de remettre en cause les conclusions des experts. Cela étant, l'intimé s'est d'ores et déjà opposé à la mise en œuvre d'une expertise.
25. Par courrier du 1<sup>er</sup> février 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au docteur N\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Elle leur a également fait parvenir la liste des questions à poser à l'expert.
26. Dans un avis médical du 5 février 2016, la doctoresse O\_\_\_\_\_ du SMR a notamment jugé nécessaire de poser également à l'expert des questions concernant la présence d'un éventuel trouble somatoforme douloureux et son caractère invalidant, à la lumière de la jurisprudence en la matière.

27. Par courrier du 12 février 2016, la recourante a accepté tant le choix de l'expert que sa mission, tout en relevant que le Dr B\_\_\_\_\_ était psychiatre, contrairement à ce que l'intimé avait indiqué dans ses dernières écritures.
28. Par écriture du 12 février 2016, l'intimé a accepté le choix de l'expert et a renvoyé pour le surplus à l'avis du SMR précité.

### **EN DROIT**

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. Il sied de relever qu'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).

3. 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.

4. 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).

5. 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.

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.

6. En l'occurrence, l'audition du Dr B\_\_\_\_\_ par devant la chambre de céans a révélé que l'état de santé de la recourante s'est aggravé en décembre 2014, soit après l'expertise du CEMed et avant la décision litigieuse du 22 avril 2015.

Selon l'art. 29bis règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi.

Or, en l'occurrence, l'intimée a octroyé à la recourante une rente d'invalidité en raison d'un trouble dépressif jusqu'au 31 mars 2013. Par conséquent, la disposition précitée trouve son application, de sorte qu'un délai d'attente d'une année n'est pas exigé pour ouvrir à nouveau le droit à une rente avant la date de la décision querellée, si l'état de santé de la recourante devait s'être notablement aggravé.

Cela étant, il convient de déterminer, par une expertise judiciaire, si l'état de santé de la recourante s'est effectivement aggravé en décembre 2014, si l'aggravation éventuelle a une répercussion sur la capacité de travail et quelle a été l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail depuis cette date.

7. Cette expertise sera confiée au Dr N\_\_\_\_\_.
8. En ce qui concerne la mission de l'expert, la chambre de céans complètera les questions dans la mesure où elle le juge nécessaire, suite aux remarques de l'intimée.

Il y a lieu de relever à cet égard qu'une expertise judiciaire psychiatrique est essentiellement ordonnée pour déterminer l'aggravation de l'état psychique de la recourante en général, mais non pas de l'éventuel trouble somatoforme douloureux, pour lequel aucune péjoration n'est alléguée. En effet, la valeur probante de l'expertise du CEMed n'est en l'état pas mise en cause. Seule l'aggravation des atteintes psychiques, notamment de la thymie, en décembre 2014 motive la présente ordonnance d'expertise.

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

**Statuant préparatoirement**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale de Madame A\_\_\_\_\_.
- B. La confie au Dr N\_\_\_\_\_.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Mme A\_\_\_\_\_.
  - Examiner personnellement l'expertisée.
  - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.
  - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
  - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
    1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?
    2. Les éventuelles atteintes à la santé psychique diagnostiquées trouvent-elles essentiellement leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial ? En d'autres termes, mettez-vous en évidence un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail de manière importante, indépendamment des facteurs psychosociaux et socioculturels ?
    3. Quelles limitations engendrent les atteintes à la santé diagnostiquées sur le plan psychique, à l'exception d'un éventuel trouble somatoforme douloureux retenu ?
    4. Quelle est la capacité de travail de Mme A\_\_\_\_\_ sur le plan psychique, abstraction faite d'un éventuel trouble somatoforme douloureux retenu ?
    5. Si vous deviez avoir diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, partagez-vous les conclusions du CEMed y relatives ? Dans la négative, estimez-vous que ce trouble présente un caractère invalidant dans une activité adaptée en fonction des indicateurs de la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 3 à 5) ? Dans l'affirmative à cette dernière question, à combien évaluez-vous l'incapacité de travail, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui résulte du trouble somatoforme douloureux ?

6. Comment a évolué l'état de santé psychique depuis l'expertise du CEMed effectuée en décembre 2013 et janvier 2014 ? L'état de santé de l'expertisée s'est-il aggravé depuis cette expertise ?
  7. Comment a évolué la capacité de travail de l'expertisée depuis l'expertise du CEMed ?
  8. Quel est le traitement actuel ?
  9. Quelle est la compliance ?
  10. Le traitement médicamenteux pourrait-il être amélioré et quelles modifications suggérez-vous éventuellement ?
  11. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?
- D. Invite le Dr N\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le