

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1513/2015

ATAS/641/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 août 2016**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, représentée par  
Docteur B\_\_\_\_\_

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE 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 \_\_\_\_\_ 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 est 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 12 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

une humeur abaissée, une fatigue diurne, des troubles de l'endormissement, des idées de mort passives occasionnelles, un sentiment d'inutilité, des troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi qu'une 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 maladif 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 ordonnance du 17 février 2016, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et l'a confiée au docteur N\_\_\_\_\_, psychiatre FMH.
26. L'expert judiciaire a rendu le 6 avril 2016 son rapport sur la base d'une discussion téléphonique avec le psychiatre traitant, trois entretiens cliniques en mars 2016 et des mesures psychométriques (tests). Il a émis le diagnostic d'épisode dépressif récurrent sévère avec répercussion sur la capacité de travail. À titre de diagnostics sans répercussion sur celle-ci, il a mentionné un trouble douloureux somatoforme persistant possible avant décembre 2014, des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, avec des critères de gravité jurisprudentiels remplis depuis 2015, mais non pas avant, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, actuellement non décompensé, et des antécédents personnels de lésions auto-infligées. Le trouble dépressif récurrent sévère, favorisé par un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, entraînait directement des limitations fonctionnelles empêchant une reprise professionnelle d'une façon indépendante par rapport aux facteurs psychosociaux ou socio-culturels défavorables, même si ces facteurs jouaient un rôle négatif sur l'état psychique de la recourante. Dans les limitations fonctionnelles, l'expert judiciaire a mentionné un ralentissement psychomoteur significatif, des troubles de la concentration, un isolement social important, une faible estime de soi et une abolie. La recourante présentait également une résistance au stress limitée, dans un contexte de déconditionnement et d'une labilité émotionnelle. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail avait évolué comme suit :
  - du 1.10.2009 au 23.6.2010 : 50 %
  - du 24.6.2010 au 30.11.2011 : 100 %
  - du 1.12.2011 au 31.8.2012 : 50 %

- du 1.9.2012 au 30.11.2014 : 100 % avec une baisse de rendement de 20 %
- du 1.12.2014 au 30.11.2015 : 50 %
- dès le 1.12.2015 à ce jour : 0 %.

L'expert judiciaire a relevé à ce sujet que l'expertise du CEMed avait eu lieu durant une période de rémission (fin 2013, début 2014). Quant au traitement, l'assurée était suivie sur le plan psychiatrique par le Dr B\_\_\_\_\_ depuis décembre 2014 à raison d'une séance hebdomadaire. Elle prenait également un traitement médicamenteux antidépresseur avec somnifères. À l'examen clinique, l'expert judiciaire a notamment noté la présence d'un ralentissement psychomoteur significatif et une thymie très abaissée, avec un faciès expressif triste, surtout au moment où la recourante évoquait sa situation actuelle. La voix était de tonalité faible, modulée adéquatement en fonction du sujet abordé et des émotions vécues, qui restaient dans le registre de la tristesse. Elle pleurait à certains moments durant l'entretien et apparaissait comme authentique.

27. Dans son avis médical du 18 avril 2016, la doctoresse O\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que l'expertise judiciaire n'était pas convaincante, reprochant à l'expert judiciaire de s'être principalement fondé sur des notions anamnestiques subjectives résistant mal à l'analyse des éléments objectifs. Il avait aussi insuffisamment pris en compte la présence de facteurs psychosociaux défavorables et le manque de motivation reconnu par la recourante. L'appréciation du degré de gravité par cet expert n'était pas cohérente avec celle du Dr B\_\_\_\_\_ qui parlait de la persistance du tableau dépressif depuis 2015 (recte 2014) lors de son audition, mais n'évoquait pas une aggravation depuis lors. Il existait aussi un doute sur la présence d'un trouble de la lignée somatoforme.
28. Par écriture du 28 avril 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, déniait au rapport d'expertise judiciaire une valeur probante. À cet égard, il a reproché à l'expert judiciaire d'avoir fondé ses diagnostics et l'appréciation de leur gravité sur l'échelle d'auto-évaluation et les tests d'hétéro-évaluation, dont les éléments n'étaient pas forcément corroborés par le status. Il se fondait aussi sur des critères anamnestiques, alors que, dans le cadre d'une expertise psychiatrique, c'était l'examen clinique qui demeurait déterminant, dès lors qu'on ne pouvait se fier aux déclarations subjectives de l'expertisée. Par ailleurs, l'expert n'avait pas examiné les critères dégagés par la jurisprudence pour reconnaître le caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux. Ses explications ne permettaient pas non plus de distinguer ce qui relevait d'évènements de vie et de facteurs de stress psychosociaux de ce qui relevait véritablement d'une atteinte à la santé psychique.
29. Le 31 mai 2016, le Dr N\_\_\_\_\_ a répondu à des questions complémentaires de la chambre de céans. Il a confirmé une première aggravation modérée en décembre 2014 et une aggravation plus importante en décembre 2015. Au moment de l'expertise, il avait en effet constaté une anhédonie persistante avec aboulie depuis décembre 2015. Auparavant, ces symptômes n'avaient été que partiels et passagers.

L'existence de lésions auto-infligées ne suffisait pas à elle-seule pour conclure à un épisode dépressif sévère. Les critères diagnostics de la DIM-10 étaient remplis pour un épisode dépressif sévère seulement dès décembre 2015 et non pas auparavant. Il était vrai que les lésions auto-infligées n'étaient pas mentionnées pour la première aggravation en décembre 2014 dans le tableau à la page 44 de l'expertise. Elles étaient toutefois mentionnées au chapitre A.1.3. Par ailleurs, les automutilations étaient plus sévères en décembre 2015 qu'auparavant. Il a en outre précisé qu'en décembre 2015 on assistait à un effondrement thymique et non seulement à une baisse de l'humeur. Les automutilations étaient devenues plus fréquentes et plus sévères depuis cette date, selon les dires de la recourante. Son quotidien prouvait aussi une aggravation survenue en décembre 2015. En effet, auparavant elle regardait encore des films d'action avec son conjoint et des dessins animés avec son fils, avait encore des rapports sexuels avec son compagnon et partait une fois par an au Portugal. De telles vacances ne seraient actuellement plus possibles. Elle vivait dans un isolement social important, maintenant des liens uniquement avec sa famille par téléphone, selon l'anamnèse, et ne sortant plus. Il ressortait de l'anamnèse que malgré une aggravation symptomatique en décembre 2014, la recourante arrivait à cette époque à faire plus d'activités ménagères qu'en décembre 2015, à faire les courses, à avoir des relations sociales beaucoup plus importantes, avoir une vie sexuelle satisfaisante, à partir en vacances et à aider sa mère malade au Portugal, tout en maintenant le projet d'une éventuelle réadaptation professionnelle future. Dès décembre 2015, toutes ces activités étaient devenues impossibles. L'expert a ainsi confirmé une capacité de travail médico-théorique de 50 % en décembre 2014 et une incapacité totale dès décembre 2015.

30. Le 10 juin 2016, la Dresse O \_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminée sur le complément d'expertise. Elle a persisté à reprocher à l'expert judiciaire de s'être fondé sur l'anamnèse et non pas sur des éléments objectifs pour admettre un tableau dépressif sévère en décembre 2015. Même si les éléments anamnestiques devaient être pris en compte dans une évaluation clinique psychiatrique globale, ils devaient néanmoins être corroborés par des constatations objectives. On ne comprenait par ailleurs pas ce qui avait fait affirmer à l'expert judiciaire dans son complément d'expertise que les lésions auto-infligées étaient devenues plus fréquentes et plus sévères depuis décembre 2015. L'expert n'avait pas non plus précisé le nombre des scarifications ni s'il s'agissait de lésions récentes ou de cicatrices anciennes.
31. Dans ses écritures du 14 juin 2016, l'intimé a fait sien l'avis médical du SMR précité et a persisté dans ses conclusions.
32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. La recevabilité du recours a déjà été jugée et admise par arrêt du 30 septembre 2015.
2. L'objet du litige est la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 décembre 2012.
3. 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<sup>er</sup> janvier 2008).
4. 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.
5. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.  
b. 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.
6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).  
b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

---

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. En l'occurrence, sur le plan somatique, la recourante a fait l'objet d'une expertise au CEMed par les Drs I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Ceux-ci ne retiennent pas de diagnostics sur le plan physique avec répercussion sur la capacité de travail. Le diagnostic de lombalgies chroniques sans lésion anatomique ou maladie inflammatoire, susceptible de les expliquer, est sans influence sur la capacité de travail, même si la symptomatologie douloureuse lombaire avec un kyste synovial a pu provoquer une incapacité de travail totale durant l'épisode aigu. Par ailleurs, l'examen clinique ne montre pas de limitations fonctionnelles du rachis et des ceintures, hormis quelques signes de non organicité selon Waddell et Hoover. L'IRM ne révèle que de très modestes lésions dégénératives qui peuvent être considérées comme normales pour l'âge de la recourante. Au demeurant, la symptomatologie se situe au niveau L3 ou L4, alors que le kyste synovial incriminé est en L5-S1 et touche la racine S1, sans toutefois la comprimer. De surcroît, les douleurs ne semblent pas aussi intenses que les plaintes alléguées, la recourante n'ayant pas pris les comprimés anti-inflammatoires. Elle assume en outre une grande partie de ses tâches ménagères sans aide extérieure.

Il convient également de relever que, selon le rapport du 11 juillet 2011 du Dr D\_\_\_\_\_, la recourante est certes entièrement incapable de travailler dans sa profession de femme de chambre, mais pourrait travailler dans une activité adaptée.

Dès lors que l'expertise du CEMed respecte tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, il y a lieu de suivre ces conclusions. En effet, cette expertise a été établie en connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes, repose sur un examen clinique approfondi et arrive à des conclusions claires et motivées.

9. a. Sur le plan psychique, le SMR a admis une capacité de travail totale à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, en se fondant sur l'expertise du CEMed du 7 mars 2014 et le rapport du 15 juin 2012 du Dr B\_\_\_\_\_. Une capacité de travail totale sur le plan psychique à partir de janvier 2013 est également confirmée par l'expert judiciaire, même si la durée des périodes de capacité de travail partielle ou totale diffère légèrement de celle retenue par le CEMed et le SMR. Il n'en demeure pas moins que l'expert judiciaire admet une capacité de travail totale, avec une baisse de rendement de 20 % durant la période litigieuse partant de janvier 2013 jusqu'au 30 novembre 2014. Cela n'est pas non plus contesté par le Dr B\_\_\_\_\_, lequel a admis qu'une aggravation n'a eu lieu qu'en décembre 2014. Partant, il y a lieu de retenir que la capacité de travail n'était que faiblement (de 20%) diminuée jusqu'à cette dernière date.

---

En raison d'une aggravation de l'état de santé de la recourante survenue en décembre 2014, selon son psychiatre traitant, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire. Dans son rapport d'expertise, le Dr N\_\_\_\_\_ émet le diagnostic d'épisode dépressif récurrent sévère avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur celle-ci sont les suivants : un trouble douloureux somatoforme persistant possible avant décembre 2014, des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, avec des critères de gravité jurisprudentielle remplis depuis 2015, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, actuellement non décompensé, et des antécédents personnels de lésions auto-infligées. Il précise toutefois que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline favorise le trouble dépressif récurrent sévère. Ce trouble dépressif a au demeurant valeur de maladie, indépendamment des facteurs psychosociaux ou socioculturels défavorables, selon l'expert. Les limitations fonctionnelles sont un ralentissement psychomoteur significatif, des troubles de la concentration, un isolement social important, une faible estime de soi, une aboulie, et une résistance au stress limitée. A l'examen clinique, l'expert judiciaire constate la présence d'un ralentissement psychomoteur significatif et une thymie très abaissée, avec un faciès expressif triste, surtout au moment où la recourante évoque sa situation actuelle. Sa voix est de tonalité faible, quoique modulée adéquatement en fonction du sujet abordé et des émotions vécues qui restent dans le registre de la tristesse. Elle pleure à certains moments durant l'entretien et apparaît comme authentique. Quant à l'évolution de l'état dépressif, l'expert judiciaire fait état de deux aggravations, la première en décembre 2014 et la seconde en décembre 2015. La première aggravation, au demeurant confirmée par le Dr B\_\_\_\_\_, n'a entraîné qu'un épisode dépressif moyen et engendré une incapacité de travail de 50 %. Il n'y avait pas d'anhédonie et d'aboulie à ce moment-là. Quant aux troubles de la concentration, ils étaient modérés. Quant au psychiatre traitant, il a noté à l'époque une amélioration psychique lente. Selon l'expert judiciaire, les lésions auto-infligées sont également devenues plus fréquentes et plus sévères depuis décembre 2015, alors que le Dr B\_\_\_\_\_ a déclaré que, grâce au traitement, la recourante avait arrêté les scarifications avant décembre 2015. Elle avait aussi auparavant plus d'activités, regardait des films d'action avec son conjoint et des dessins animés avec son fils. La libido était conservée et elle faisait des voyages. Tel n'est plus possible au moment de l'expertise judiciaire, la recourante présentant un important isolement social, ne maintenant des liens avec la famille que par téléphone et ne sortant plus. Malgré l'aggravation en décembre 2014, la recourante arrivait à faire plus d'activités ménagères qu'après décembre 2015. Ainsi, selon l'expert judiciaire, la capacité de travail est nulle depuis cette date.

b. Cette expertise remplit en principe, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels pour le lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été établie sur la base du dossier médical complet, prend en considération les plaintes de la recourante et repose sur un examen clinique approfondi, étant précisé que

l'expertise est notamment fondée sur trois entretiens avec la recourante et une discussion téléphonique avec le psychiatre traitant. Ses conclusions, du moins grâce au complément d'expertise du 30 mai 2016, sont claires et motivées.

L'intimé lui dénie néanmoins une valeur probante reprochant en premier lieu au Dr N\_\_\_\_\_ de faire reposer son analyse des critères diagnostics principalement sur des éléments subjectifs, ressortant de l'anamnèse et donc rapportés par la recourante. Le médecin du SMR n'est ainsi pas convaincu par l'épisode actuel d'intensité sévère de l'épisode dépressif. Il reproche aussi à l'expert judiciaire de ne pas avoir suffisamment pris en compte les facteurs psychosociaux défavorables et le manque de motivation de la recourante dont il a fait état dans son expertise. L'intimé estime en outre que l'expert judiciaire a fondé ses diagnostics et l'appréciation de la gravité uniquement sur l'échelle d'auto-évaluation ou les tests d'hétéro-évaluation dont les éléments ne sont pas forcément corroborés par le status. Enfin, il lui reproche de ne pas avoir examiné les critères jurisprudentiels pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

En ce qui concerne le premier grief à l'encontre de l'expertise judiciaire, il doit être écarté. En effet, comme relevé ci-dessus, l'expert judiciaire a procédé à un examen clinique approfondi au cours de trois entretiens et a noté la présence d'un ralentissement psychomoteur significatif et une thymie très abaissée, avec un faciès expressif triste, tout en relevant que la tonalité de la voix est faible et que la recourante pleure à certains moments des entretiens. Quant aux éléments anamnestiques pris en considération par l'expert judiciaire, cela ne saurait lui être reproché, bons nombre d'éléments, notamment sur le déroulement d'une journée ordinaire et les activités de l'expertisée, ne pouvant être vérifiés, si ce n'est que par un détective privé, ce qui sortirait du cadre d'une expertise médicale. On ne voit par ailleurs pas comment un expert pourrait se déterminer sur le passé, comme en l'occurrence, à savoir l'évolution de l'état de santé à compter de l'expertise du CEMed en décembre 2013 et janvier 2014, sans se fonder sur l'anamnèse et les éléments rapportés par les médecins traitants. Il ne peut pas non plus être retenu que l'appréciation de l'expert judiciaire repose essentiellement sur des tests d'auto- et hétéro-évaluation, comme l'intimé le fait valoir. Au contraire, comme relevé ci-dessus, trois entretiens cliniques ont eu lieu et la recourante a paru tout à fait authentique à l'expert judiciaire.

Un manque de motivation faisant partie des symptômes d'un état dépressif, notamment de l'anhédonie, l'aboulie et de l'énergie, c'est à juste titre que l'expert judiciaire n'a pas tenu compte de cet élément à titre de facteur psychosocial.

L'expert judiciaire prend enfin en considération les facteurs psychosociaux et socioculturels défavorables. En dépit de la présence de ces facteurs, il estime toutefois que le trouble dépressif récurrent sévère entraîne des limitations fonctionnelles, d'une façon indépendante de ces facteurs.

S'agissant du trouble somatoforme douloureux, l'expert n'avait pas à analyser les critères jurisprudentiels pour l'appréciation du caractère invalidant de ce trouble, dès lors qu'il ne retient pas ce diagnostic pour justifier l'incapacité de travail, son analyse prenant essentiellement en considération la répercussion du trouble dépressif, favorisé par le trouble de la personnalité, sur la capacité de travail. Au demeurant, même si les limitations fonctionnelles en raison des lombalgies chroniques devaient être retenues, elles ne constitueraient un obstacle que pour la reprise de l'activité de femme de ménage, de sorte qu'une capacité de travail dans une activité adaptée devrait toujours être admise. Ainsi, l'éventuel trouble somatoforme douloureux n'a pas de répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Cela étant, les conclusions de l'expert judiciaire emportent la conviction de la chambre de céans. Par conséquent, il y a lieu de retenir à partir de décembre 2014 une incapacité de travail de 50 % et cela jusqu'à la date de la décision, le 22 avril 2015.

10. a. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, en cas d'aggravation, ce changement accroît le cas échéant le droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

- b. En l'espèce, l'aggravation de l'état de santé de la recourante dès décembre 2014, soit avant que la décision querellée ait été rendue, doit ainsi être prise en considération après une durée ininterrompue de trois mois, soit en l'occurrence à partir de mars 2015. Dès cette date, il y a donc lieu de lui reconnaître une demi-rente d'invalidité, à l'instar de la rente que l'intimé lui avait reconnue pendant la période de septembre 2012 à mars 2013 pour une incapacité de travail du même pourcentage.

11. Se pose encore la question du droit aux prestations postérieurement à la décision querellée du 22 avril 2015.

a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références).

Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b. En l'occurrence, l'objet du litige est en principe limité à la situation à la date de la décision dont est recours, à savoir le 22 avril 2015. Toutefois, les conditions pour une extension de l'objet du litige sont réunies. En effet, la question de la capacité de travail de la recourante a été explorée par une expertise judiciaire et cette question fait partie de l'objet initial du litige, à savoir le degré d'invalidité de la recourante dans le temps. L'intimé s'est par ailleurs prononcé sur la capacité de travail à partir de décembre 2015 à deux reprises, à savoir après que l'expertise judiciaire a été rendue et après le complément d'expertise.

Cela étant, il convient également de déterminer le droit aux prestations de la recourante après le 22 avril 2015.

12. Comme exposé ci-dessus, l'expert judiciaire conclut à une incapacité de travail totale après la seconde aggravation de l'état de santé de la recourante en décembre 2015. Une valeur probante totale devant être reconnue à cette expertise, il convient de prendre en considération cette aggravation également après une durée de trois mois. Partant, il y a lieu de reconnaître à la recourante le droit à une rente d'invalidité entière dès mars 2016.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision querellée réformée dans le sens que la recourante a droit une demi-rente d'invalidité à compter de mars 2015 et à une rente entière dès mars 2016.
14. Dans la mesure où le recourante obtient gain de cause, il convient de lui octroyer une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
15. L'émolument de justice, fixé à CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

1. Admet partiellement le recours.
2. Réforme la décision du 22 avril 2015 dans le sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès mars 2015 et à une rente entière dès mars 2016.
3. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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