

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/172/2017

ATAS/1176/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 décembre 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née B_____ le _____ 1964, a fait un apprentissage de couturière en Croatie. Elle est mère d'un enfant né hors mariage, avec lequel elle s'est installée en Suisse en 1991. Elle s'est mariée en 1999, a suivi une formation dans l'horticulture en 2000, et dans l'hôtellerie-restauration (option service) en 2007. Elle a travaillé dans la restauration, pendant une vingtaine d'années. Elle s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage depuis janvier 2012 après avoir été licenciée pour cause de maladie.
2. Sa capacité de travail a été restreinte depuis le 14 février 2011.
3. Par demande du 10 mars 2014, enregistrée le lendemain, l'assurée a requis l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) de lui octroyer des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en considération d'une maladie présentée comme la conséquence d'une opération du 18 novembre 2013 de deux anévrismes.
4. D'après un rapport du 25 mars 2014 du docteur C_____, médecin généraliste FMH, l'assurée avait un anévrisme pericalleux droit clippé, un anévrisme de la bifurcation sylvienne gauche clippé et un anévrisme carotido-caverneux millimétrique gauche non traité ; elle avait été opérée le 18 novembre 2013 et se remettait bien. Selon le rapport de la consultation neurovasculaire du 6 mars 2014 du docteur D_____, médecin adjoint agrégé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), elle se plaignait de douleurs au niveau du cuir chevelu, d'un creux au niveau de la tempe, d'une impression de douleurs aiguës intracrâniennes, d'une impression de troubles de la motricité du contrôle de la main gauche et d'une déviation de la marche à gauche. Le cuir chevelu et la cicatrice étaient parfaitement mobiles, douloureux sur le versant postérieur à la palpation avec deux points exquis au-dessus de la tempe et de l'oreille gauche ; la motricité de la nuque était tout à fait symétrique et non douloureuse, et l'examen était symétrique aux manœuvres du Barré, du Mingazzini et de l'Unterberger. Ses plaintes pouvaient s'expliquer par l'abord chirurgical, la cicatrice et le décollement du muscle temporal, et devaient s'estomper progressivement. Le Dr D_____ demandait cependant une IRM à la recherche de lésions ischémiques ou d'une hydrocéphalie, IRM qui n'a pas montré de lésion, ainsi qu'un examen neuropsychologique.
5. Les 21 et 26 mai 2014, l'assurée a été en consultation au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, qui a établi un rapport, le 12 juin 2014, co-signé par les docteurs E_____, médecin adjoint, F_____, médecin adjoint psychiatre de liaison, et G_____, cheffe de clinique-SMPR. Dans l'anamnèse psychosociale, lesdits médecins relevaient que l'assurée vivait difficilement sa perte d'autonomie financière consécutive au fait qu'elle était en fin de droit de l'assurance-chômage, vivait une situation difficile avec son mari (ayant un problème d'alcool, mais la soutenant, de même que son fils et ses deux sœurs la

soutenaient) et avait traversé par le passé une dépression suite à des événements de vie difficiles (décès de sa mère, agression). Quoique se décrivant angoissée et déprimée, elle ne souhaitait pas prendre de traitement ni reprendre un suivi psychiatrique, préférant agir elle-même contre sa dépression. Les tests effectués parlaient en faveur d'un état anxio-dépressif léger à modéré avec une prédominance anxieuse. Ses douleurs du cuir chevelu évoquaient en premier lieu des douleurs neurogènes sur probable lésion des fibres sensibles per-opératoires, avec une probable composante de céphalées de tension ; les médecins lui prescrivaient d'ajouter un traitement de gabapentine au traitement de trazadone en cours, avec l'objectif de diminuer les douleurs d'au maximum 50 %, et évoquaient des traitements non médicamenteux (auto-hypnose, sophrologie) ; l'assurée allait finalement suivre un traitement par physiothérapie. Elle serait revue deux mois plus tard.

6. Le 29 septembre 2014, en réponse à des questions du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), la Dresse E_____ dudit centre multidisciplinaire a indiqué que ce dernier intervenait de manière ponctuelle à la demande des médecins traitants dans le but d'une évaluation, de propositions thérapeutiques et d'ajustements antalgiques, mais en aucun cas à des fins d'expertise et n'assumait pas de suivi de prise en charge ; il fallait s'adresser au médecin traitant. En parallèle, la polyclinique de neurochirurgie des HUG a indiqué à l'OAI que l'assurée n'avait jamais eu de bilan neuropsychologique aux HUG mais était suivie en neurochirurgie.
7. Le 9 décembre 2014, la docteur H_____ du SMR a établi une liste de questions à poser aux Drs D_____ et G_____, que l'OAI a relayées auprès desdits médecins le lendemain.
8. D'après un rapport enregistré le 16 décembre 2014 de la doctoresse I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH qui suivait l'assurée depuis septembre 2014, cette dernière souffrait d'un trouble dépressif récurrent depuis environ 1998 et de céphalées sur anévrismes depuis 2013. Ses douleurs constantes et intenses accentuaient une baisse de moral marquée ; ledit médecin notait une idéation suicidaire récurrente avec plan de passage à l'acte mais sans « acting ». L'assurée était en incapacité d'assumer toute activité. Le traitement par anti-douleur pouvait aider à soutenir le moral, mais pas résoudre le problème neurochirurgical, qui prédominait.
9. À teneur d'un rapport du 19 janvier 2015 des Dres E_____ et F_____ du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, établi suite à une consultation du 13 janvier 2015, l'assurée décrivait des douleurs de type électricité survenant en salves violentes mais fugaces et, depuis quelques temps, l'apparition de douleurs plus profondes « de l'os » ; ces douleurs étaient très fortes surtout en fin d'après-midi et le soir, associées à de l'angoisse et parfois à des attaques de panique ; elle avait un sommeil perturbé. Elle venait d'être convoquée par le neurochirurgien pour une raison inconnue, ce qui l'inquiétait. Elle se sentait mieux

le matin, faisait des balades dans la nature, sources de détente, et aimait aussi lire et broder, activités cependant limitées par des troubles de la concentration.

10. D'après un rapport du Dr C_____ du 9 mars 2015, l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire ; il n'y avait pas eu d'aggravation, ni d'amélioration depuis qu'elle était sortie de l'hôpital à fin 2013. Ses limitations fonctionnelles consistaient en une difficulté de concentration et des plaintes fréquentes de céphalées. Sa capacité de travail (son incapacité de travail, selon un courrier rectificatif dudit médecin du 21 juillet 2016) était de 100 % ; sa compliance était optimale. Ses plaintes étaient plutôt subjectives et difficiles à mettre en évidence cliniquement. Ledit médecin voyait l'assurée une à deux fois par mois. Une prise en charge psychiatrique avait été proposée. Un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.
11. Le 4 mai 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait eu une consultation en neurologie des HUG le 29 avril 2015, par le professeur J_____, et que son prochain rendez-vous au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG aurait lieu le 24 juin 2015.
12. Dans un avis médical du SMR du 12 mai 2015, la Dresse H_____ a retenu que l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux chronique à type de céphalées et qu'il était nécessaire de programmer une expertise neurologique et psychiatrique via la plateforme Med@P, en ajoutant aux questions habituelles celle de savoir, pour le cas où un trouble de la lignée somatoforme ou trouble assimilé serait constaté, si un effort de volonté pouvait raisonnablement être exigé de l'assurée pour surmonter ses douleurs et exploiter sa force de travail résiduelle, au regard des critères de gravité alors posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral.
13. Par une communication du 28 mai 2015, l'OAI a fait part à l'assurée du fait qu'il la soumettait à une expertise médicale approfondie comportant un volet en médecine interne, un volet en psychiatrie et un volet en neurologie, par le biais d'un centre d'expertises médicales choisi aléatoirement et lui a soumis les questions qui seraient posées aux experts.
14. Selon avis du 5 août 2015, le mandat d'expertise a été attribué au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après : CEMed), auquel l'OAI a aussitôt adressé le dossier. L'OAI en a informé l'assurée par communication du 7 août 2015, en lui communiquant le nom des experts, récusables le cas échéant dans un délai de dix jours, à savoir les docteurs J_____ en médecine interne, K_____ en psychiatrie et L_____ en neurologie, qui ont examiné l'assurée respectivement les 18, 22 et 23 septembre 2015.
15. Lesdits médecins ont rendu leur rapport d'expertise le 22 janvier 2016.

Après l'énumération des pièces consultées et des données administratives du dossier (1½ pages), ce rapport résume les rapports médicaux et autres pièces du dossier (2 pages), ainsi que les données subjectives de l'assurée (5 pages), soit

l'histoire médicale actuelle selon l'assurée, ses plaintes actuelles sur les plans de la médecine interne, neurologique et psychiatrique, ses activités quotidiennes et habitudes, ses médicaments et traitements. Il relate les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles de l'assurée (1½ pages). Il décrit les données objectives (3½ pages), à savoir le status de médecine interne, le status neurologique et le status psychique, ainsi que des données complémentaires (monitoring médicamenteux du 22 septembre 2015, rapport de laboratoire, étude du dossier radiologique).

Il comporte ensuite une synthèse et une discussion (4½ pages) :

- Sur le plan de la médecine interne, l'examen était rigoureusement normal ; rien ne permettait de justifier une incapacité de travail.
- Sur le plan neurologique, l'examen clinique était sans anomalie bien significative, si ce n'était une dépression temporale gauche, une hyperpathie/allodynie diffuse fronto-crânienne bilatérale à prédominance gauche et quelques signes d'irritation sur le nerf médian gauche au niveau du canal carpien avec une possible hypoesthésie tactile et douloureuses des 4^{ème} et 5^{ème} rayons gauches très atypiques ; il n'y avait pas d'éléments en direction d'une atteinte vestibulo-cérébelleuse expliquant les troubles de l'équilibre et les sensations vertigineuses. Les trois anévrismes relevés en 2013 étaient de petite taille et sans signes de compression nerveuse lors du bilan pré- et peropératoire, et les IRM cérébrales post-opératoires avaient révélé une bonne évolution après clipping de deux anévrismes et un statu quo pour le troisième. La description que l'assurée faisait de ses maux de tête évoquait des céphalées tensionnelles/psychogènes ; il n'y avait aucun élément en direction de phénomènes migraineux, de maux de tête vasculaires d'autre origine ; tout lien de causalité entre les maux de tête actuels et les anévrismes et leur traitement pouvait être écarté. Il n'y avait pas de proposition additionnelle de traitement à faire. Il n'y avait pas d'incapacité de travail à retenir en relation avec les maux de tête, ceux-ci étant tensionnels/psychogènes.
- Sur le plan psychique, l'évaluation avait mis en évidence une atteinte thymique, d'intensité fluctuante, initialement récurrente et ayant tendance à se chroniciser et ne répondant pas ou peu au traitement. Il y avait objectivement une symptomatologie psychique dépressive d'une intensité située entre le léger et le moyen, se traduisant principalement par une humeur instable à dominante dysphorique, une aboulie avec une anergie significative, une perte de la motivation, quelques ruminations négatives, une perturbation du sommeil et de l'appétit. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, ni d'atteinte cognitive objectivée, ni d'idéation suicidaire, et il était trop tôt pour évoquer une dysthymie. Il n'y avait pas de substrat somatique pouvant expliquer les céphalées, si bien que l'atteinte algique psychosomatique chronique était source d'anxiété et renforçait les céphalées. L'assurée était focalisée sur toutes les manifestations symptomatiques du système nerveux central, qu'elle interprétait

sur un mode catastrophiste, voyant dans les plus faibles modifications de son état physique des signaux d'une menace sérieuse, voire des premiers signes d'une maladie, avec de surcroît une propension à l'anxiété. Il y avait syndrome somatoforme douloureux persistant, à examiner au regard des indicateurs établis par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral afin de déterminer s'il était handicapant ou non. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité, mais des traits de personnalité anxieuse ; on notait une atteinte de l'humeur récurrente d'intensité moyenne ayant tendance à se chroniciser, amenant à retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'intégration sociale était dans l'ensemble préservée. Il n'y avait pas d'atteinte significative touchant le fonctionnement cognitif ; la capacité à s'organiser ou à structurer le quotidien restait préservée. Sur le plan de la cohérence, des divergences existaient entre les symptômes décrits et le comportement en situation d'examen, mais, globalement, elles restaient contenues. L'assurée décrivait un mode de vie assez appauvri, mais elle conservait quelques plaisirs dans l'existence (manger, relationner). Les traitements et approches somato-psychiques tentés les deux à trois années précédentes n'avaient produit aucun changement significatif de la circularité autour des trois pôles qu'étaient la dépression, l'anxiété et l'atteinte somatoforme. En conclusion, la capacité de travail de l'assurée était totale, avec une perte de rendement de l'ordre de 25 %.

En réponse aux questions posées, les experts retenaient, à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique (F33), depuis plus de dix ans, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, notamment des céphalées tensionnelles/psychogènes sans substrat somatique objectivable, un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) depuis 2012 et une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1). La capacité de travail était complète en temps, dans l'activité habituelle, avec une baisse de rendement d'au maximum 25 % pour des raisons psychiques ; des mesures psychiatriques ne pourraient guère améliorer cette baisse de rendement ; il y avait eu des incapacités de travail transitoires, attestées médicalement, entre 2012 et 2013 (avec retour à une capacité de travail complète début juin 2013), puis en juin et en décembre 2014 ; l'assurée était capable de s'adapter à son environnement professionnel, en tenant compte d'une réduction de la capacité de travail (sic). D'autres activités que l'activité habituelle seraient exigibles de l'assurée, toutefois sans indication. Il n'y avait pas d'indication pour des mesures de réadaptation professionnelle.

16. Le 14 mars 2016, sur avis de la Dresse H_____ du SMR, l'OAI a demandé au CEMed de compléter le rapport d'expertise, notamment sur les dates des incapacités de travail qu'avait eues l'assurée, et d'analyser le trouble somatoforme douloureux selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.
17. Par courrier du 24 mars 2016, le Dr K_____ a indiqué à l'OAI qu'il ne pouvait juger des incapacités de travail établies médicalement par le passé, mais que

l'assurée avait une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 25 % depuis décembre 2014, et que son trouble somatoforme douloureux avait été analysé au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

18. Dans un rapport du 26 mai 2016, la Dresse H_____ a indiqué s'aligner sur les conclusions du CEMed. L'assurée avait comme atteinte principale à la santé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique (F33); ses autres atteintes (dont des céphalées tensionnelles/psychogènes, un syndrome douloureux chronique persistant depuis 2012 et une accentuation de certains traits de personnalité de type anxieux) n'étaient pas du ressort de l'AI. L'assurée avait eu une incapacité totale de travail du 14 février 2011 au 31 novembre 2014, mais une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 25 % dès le 1^{er} décembre 2014, dans l'activité habituelle et une activité adaptée. Ses limitations fonctionnelles consistaient en une perte de motivation, de l'anxiété, un trouble de la concentration, et, sur le plan physique, l'absence de port de charges de plus de 10 kg et d'activités physiques lourdes.
19. À teneur d'une note de dossier du 8 juin 2016, l'OAI a retenu que l'assurée avait le statut d'une personne active.
20. D'après une note téléphonique du 30 juin 2016, l'assurée a objecté, en apprenant que l'OAI allait lui reconnaître une pleine capacité de travail, qu'elle ne pouvait pas travailler, ayant beaucoup de douleurs, et a fait du chantage au suicide.
21. Le 11 juillet 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, annonçant son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} septembre 2014 (six mois après le dépôt de la demande de prestations de l'AI) au 28 février 2015, et de lui refuser des mesures professionnelles.

En parallèle, l'OAI a demandé à la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse)

22. Par courrier du 23 juillet 2016, l'assurée a demandé à l'OAI de revoir sa position, eu égard à un courrier du Dr C_____ du 21 juillet 2016 rectifiant son rapport du 9 mars 2015 sur son incapacité (et non capacité) de travail de 100 %, et au fait que les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG lui avait dit récemment qu'elle n'était pas la seule à subir de pareilles douleurs après l'opération qu'elle avait subie mais qu'ils avaient de la peine à en déterminer l'origine.
23. Les 4 et 8 août 2016, l'OAI a transmis le dossier de l'assurée à Assista protection juridique SA, s'étant constituée pour l'assurée.
24. Par courrier du 21 septembre 2016, l'OAI a informé Assista protection juridique SA que la procédure d'audition étant terminée, la caisse de compensation Gastro-Social allait lui faire parvenir une décision sujette à recours, avec le calcul de la rente, information qu'elle a ré-adressée le 10 octobre 2016 à Me Éric MAUGUÉ en lui disant que la possibilité de faire valoir des objections à

l'encontre d'un projet de décision était soumise à un délai de trente jours, après que ledit avocat se fut constitué par courrier du 6 octobre 2016 en contestant le projet de décision précité de l'OAI.

25. Par décision du 25 novembre 2016 faisant référence à un prononcé AI du 21 septembre 2016, l'OAI a notifié à l'assurée (soit à son avocat précité) une décision lui reconnaissant le droit à une rente entière de l'AI du 1^{er} septembre 2014 au 28 février 2015 (de CHF 1'787.- durant les mois considérés de 2014 et de CHF 1'795.- durant les mois considérés de 2015), accompagnée de la motivation de sa décision, reprenant les termes et conclusions du projet de décision précité et l'ajout que le courrier précité de l'assurée du 23 juillet 2016 n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux.
26. Par acte du 16 janvier 2017, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant préalablement à ce que les Dresses I_____ et E_____ soient entendues et à ce qu'une expertise médicale bi-disciplinaire judiciaire soient ordonnée et confiée à un psychiatre et à un neurologue, et, au fond, à ce que la décision attaquée soit annulée dans la mesure où elle limitait son droit à une rente d'invalidité au 28 février 2015, à ce que l'OAI soit condamné à lui verser une rente entière d'invalidité au-delà de cette date-ci, avec intérêts à 5 % à compter de l'exigibilité de chaque échéance et sans limitation dans le temps, ainsi qu'à lui verser une indemnité de procédure.

La valeur probante du rapport d'expertise du CEMed était contestée. Il n'avait pas été tenu compte de manière adéquate de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes douloureux persistants (échec des traitements intervenus, consistance des troubles, insuffisance de l'analyse de personnalité, contexte social seulement effleuré). L'appréciation du cas sur les plans tant psychique que neurologique était entachée d'arbitraire.

L'assurée a produit les rapports médicaux suivants à l'appui de son recours :

- Un rapport du 18 novembre 2015 du Prof. J_____, évoquant l'éventualité que les céphalées continuant à faire souffrir l'assurée fussent liées à des effets secondaires de la Gabapentine qu'elle prenait à 550 mg/j, et prescrivant un test médicamenteux et, au besoin, que le traitement soit revu avec le psychiatre traitant.
- Un rapport du 22 septembre 2016 de Madame M_____, physiothérapeute, faisant état de douleurs chroniques incessantes au niveau de la cicatrice et de tout le crâne depuis l'opération du 18 novembre 2013 pour des anévrismes, douleurs de type neuropathique, envahissantes et invalidantes, ainsi que d'une allodynie mécanique très sévère établie par un test clinique ; les séances de physiothérapie n'apportaient pas d'amélioration sur le long terme ; la reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable.
- Un rapport du 27 septembre 2016 de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en médecine interne, oncologie et hématologie, qui suivait l'assurée pour une

anémie handicapant cette dernière, la rendant plus fatiguée et moins apte à supporter ses céphalées.

- Un rapport du 5 octobre 2016 de la Dresse I_____, retenant, en l'état des connaissances, un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) depuis en tout cas novembre 2013 ; le rapport d'expertise du CEMed était peu détaillé sur les répercussions fonctionnelles de ce trouble sur toutes les sphères de la vie de l'assurée (relation de couple pas investiguée, répercussions des douleurs dans la vie quotidienne pas prises en compte, et intensité de l'état dépressif sous-estimée, sévère, se surajoutant et découlant du syndrome douloureux somatoforme, auquel un effet invalidant devait être reconnu) ; le trouble dépressif était résistant aux traitements, ce qui conférait une gravité supplémentaire au trouble psychique ; des éléments traumatiques de l'histoire personnelle de l'assurée n'avaient pas été pris en compte, alors qu'ils participaient à la fragilisation et à l'épuisement des ressources ; les répercussions fonctionnelles du trouble psychique témoignaient d'une aggravation (crainte d'un passage à l'acte dans les idées suicidaires) ; on ne pouvait attendre de l'assurée qu'elle soit apte au travail.
 - Un rapport du 24 novembre 2016 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, signé par la Dresse E_____, critiquant le rapport d'expertise du CEMed sur deux points : une auto-évaluation des limitations fonctionnelles à partir du questionnaire SF36 avait montré une nette diminution des scores de fonctionnement physique et de limitation physique par rapport à la moyenne des scores d'une population générale (comme indiqué dans le rapport du 12 juin 2014) ; dès la première consultation, des céphalées mixtes avaient été retenues (et non uniquement des céphalées de tension sans relation avec le traitement des anévrismes).
 - Une lettre du 20 décembre 2016 de l'infirmier responsable de la Clinique genevoise de Montana, évoquant qu'elle y serait hospitalisée dès le 10 janvier 2017.
27. Par mémoire du 13 février 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise du CEMed avait pleine valeur probante. Ainsi que le docteur O_____ du SMR le relevait dans un avis médical du 30 janvier 2017, les documents médicaux produits à l'appui du recours n'apportaient pas à s'écarter de l'évaluation des experts. Le Prof. J_____ n'apportait aucun élément médical nouveau. Ni le test du monofilament ni le test QDSA ne permettaient, par définition, de tirer les conclusions évoquées par la physiothérapeute M_____, et une mauvaise réponse au traitement (en particulier à la physiothérapie) était habituelle pour des troubles douloureux chroniques non organiques. L'absence de sévérité de l'anémie relevée par la Dresse N_____ confirmait que cela ne jouait que sur la gestion de la douleur. La psychiatre I_____ faisait une évaluation différente de l'état psychique de l'assurée, en incluant le contexte psycho-social et affectif, alors que l'expert K_____ était resté sur un plan médico-théorique et avait expliqué les raisons de

son évaluation ; il avait tenu compte des éléments anamnestiques signalés par la psychiatre traitante. La Dresse E_____ ne fournissait pas d'éléments pour retenir le diagnostic de douleurs neurogènes. La mise sur pied d'une expertise médicale judiciaire n'était pas justifiée.

28. À l'appui de sa réplique du 3 avril 2017, l'assurée a produit les deux rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 17 février 2017 des docteurs P_____ et Q_____, respectivement médecin adjoint et médecin interne à la Clinique genevoise de Montana, où l'assurée avait séjourné du 10 au 30 janvier 2017, pour un soutien psychologique et une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur. Lesdits médecins renaient le diagnostic principal de syndrome douloureux somatoforme, et les diagnostics secondaires d'anémie normochrome normocytaire, d'insuffisance de vitamine D et de déconditionnement global, avec des comorbidités actives (notamment trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, céphalées chroniques d'origine mixte). Les douleurs décrites par l'assurée étaient cotées entre 3-8/10 sur l'EVA sans congruence avec le non verbal ; l'assurée avait pu verbaliser sa souffrance et sa détresse psychologique intense.
- Un rapport du 7 mars 2017 de la Dresse I_____, par lequel ladite psychiatre traitante soulignait avoir tenu compte des éléments psychosociaux uniquement comme facteurs de stress entretenant la pathologie psychiatrique, devant être qualifiée de sévère en raison d'une idéation suicidaire marquée et de plus en plus présente. L'expert psychiatre se contredisait, en retenant une symptomatologie psychique dépressive d'une intensité de légère à moyenne après avoir décrit tous les critères caractérisant la gravité d'un épisode dépressif, qui devait être qualifié au minimum d'intensité moyenne avec syndrome somatique, la qualification de sévère étant en outre à retenir au regard de l'idéation suicidaire avec plan de passage à l'acte. Ledit expert avait peut-être fait mention d'éléments traumatisants, mais il n'en avait pas tenu compte dans son évaluation. Il n'avait pas pris contact avec elle comme psychiatre traitante.

Le rapport d'expertise du CEMed était indigent au regard des indicateurs fixés par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, respectivement la circulaire n° 339 du 9 septembre 2015 de l'Office fédéral des assurances sociales. Les observations du SMR du 30 janvier 2017 n'étaient pas convaincantes et ne discutaient pas les éléments médicaux mis en évidence pas les rapports médicaux produits par l'assurée (absence de cohérence entre les troubles psychiques constatés et le diagnostic retenu, anémie dégénérative et températures entre 37.5 et 37.7 tous les soirs, effets secondaires possibles de la Gabapentine, pertinence des tests effectués par la physiothérapeute M_____ en dépit du fait qu'ils comportent une part de subjectivité, effet pertinent de l'anémie, erreurs relevées par la Dresse E_____).

29. Par duplique du 26 avril 2017, se référant à l'avis médical du 21 avril 2017 de la docteure R_____ du SMR, l'OAI a confirmé les termes et conclusions de ses écritures et de la décision attaquée. La qualification de moyenne à sévère de l'épisode de l'atteinte psychiatrique à la Clinique genevoise de Montana ne reposait pas sur les constatations objectives faites par les médecins de cette clinique. Il y avait discordance majeure entre la symptomatologie décrite par la Dresse I_____ (ayant amené à l'hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana), le statut à l'entrée dans cette clinique et la rapide amélioration de la thymie et de l'anxiété durant le séjour dans cette clinique. Les facteurs psychosociaux évoqués par la psychiatre traitante à la fois comme déclenchant qu'entretenant la pathologie étaient prédominants. Une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, notamment au niveau psychique, était le cas échéant postérieure à la décision attaquée. Les indicateurs jurisprudentiels pertinents du trouble somatoforme douloureux avaient été analysés de manière circonstanciée par les experts.
30. Dans des observations du 22 mai 2017, l'assurée a estimé que l'avis précité du SMR n'apportait pas d'élément nouveau et maintenu que les nouvelles exigences du Tribunal fédéral n'avaient pas été prises en compte.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

Le recours, interjeté le 16 janvier 2017 contre la décision litigieuse du 25 novembre 2016, reçue le 29 novembre 2016, a été formé en temps utile, compte tenu de la suspension du délai de recours du 18 décembre 2016 au 2 janvier 2017 et du report au lundi 16 janvier 2017 de l'échéance dudit délai tombée sur le samedi 14 janvier 2017 (art. 38 al. 3 et 4 let. c et 60 al. 1 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le recours est donc recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). Si une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations devant être effectuées d'office les convainc que certains faits sont établis et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, l'assureur ou le juge peuvent renoncer à administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_198/2016 du 31 mai 2016 consid. 4.2) ; une telle appréciation anticipée des preuves ne viole pas le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, l'administration ou le juge, sur recours, doivent disposer de documents émanant d'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes. Il importe que les rapports médicaux sur lesquels l'administration ou le juge s'appuient comportent une étude circonstanciée des points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, aient été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, décrivent clairement le contexte médical et les éventuelles interférences, et enfin contiennent des conclusions bien

motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux, lignes qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici dans le détail. Il sied de relever que lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en

présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

En l'espèce, s'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue le 10 mars 2014, le droit applicable est le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, étant précisé – dans la mesure où le début de l'incapacité de travail en l'espèce admise et non contestée remonte au 14 février 2011 – que cette révision-ci de la LAI, de même que ses précédentes révisions (la 5^{ème} révision, du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, et la 4^{ème} révision, du 21 mars 2003, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004), n'ont pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, qui est la question ici litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

4. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

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 pas à elle seule déterminante; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

c. L'octroi d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire doit faire l'objet d'une seule décision notifiée à un seul et même moment. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). Suivant cette disposition réglementaire (al. 1), si la capacité de gain 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 que l'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. En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2 et les références; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3^{ème} éd., 2014, n. 110 ad art. 30-31; voir aussi le ch.4018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1^{er} janvier 2015).

5. a. Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques – comportant les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1) – pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise ; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65; 131 V 49; 130 V 352; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non

objectivables » et le Tribunal fédéral : la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss).

b. Selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré.

Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus

ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie.

6. En l'espèce, à l'instar du SMR, l'intimé s'est aligné sur les motifs et conclusions du rapport d'expertise du CEMed. De son côté, contestant la force probante de ce rapport d'expertise, la recourante estime pour l'essentiel avoir souffert, au-delà du 30 novembre 2014, et souffrir d'une dépression d'une intensité sévère, ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux persistant invalidant, en sorte qu'il ne devait pas être mis fin à son droit à une rente (de surcroît entière) d'invalidité à fin février 2015.
7. Le rapport d'expertise du CEMed satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a porté sur les disciplines médicales pertinentes pour évaluer les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions sur la capacité de travail de cette dernière, à savoir la médecine interne, la neurologie et la psychiatrie, et la mission d'expertise a été accomplie par des spécialistes de ces disciplines médicales. Ces derniers ont procédé à une étude circonstanciée du dossier, dûment constitué ; ils ont examiné la recourante, ont établi son anamnèse complète, ont pris en considération ses plaintes. Ils sont parvenus à des conclusions pouvant être qualifiées de claires.
8. Au niveau des diagnostics, les experts ont retenu un trouble dépressif récurrent à titre de diagnostic pouvant avoir des répercussions sur la capacité de travail de la recourante, mais, estimant que ce trouble était d'intensité légère à moyenne, ils lui ont nié tout impact en termes de capacité de travail, limitant un effet en la matière à une diminution de rendement d'au maximum 25 %.

La recourante ne prétend pas, à juste titre, qu'une simple baisse de rendement de cet ordre serait invalidante au sens de l'AI. Se fondant sur l'avis de sa psychiatre traitante, la Dresse I_____, elle fait valoir qu'au regard des éléments que l'expert psychiatre décrivait dans le rapport d'expertise (en pages 9 et 10), il ne pouvait conclure qu'à un trouble psychique d'intensité au minimum moyenne, et même sévère au vu d'une idéation suicidaire avec plan de passage à l'acte, et non à une symptomatologie psychique dépressive dont l'intensité se situait entre le léger et le moyen (page 19).

Des plaintes dont la recourante a fait mention devant l'expert psychiatre, spontanément ou sur demande, il faut retenir en premier lieu qu'elle a pu les exprimer et que ce dernier les a écoutées. Certaines des plaintes exprimées apparaissent lourdes, comme le fait de dire qu'à des moments elle ne supporte plus son existence, ne sait comment échapper à sa problématique algique, a des moments d'abattement profond, et qu'il lui était arrivé de penser à se suicider (et même, une fois, qu'elle s'était baladée « sur un pont pour voir »). Il n'y a pas pour autant d'éléments permettant de penser que les experts et en particulier l'expert psychiatre n'ont pas intégré ces plaintes dans leur évaluation. Or, ce faisant, ils ont retenu que la symptomatologie psychique de la recourante se traduisait

principalement par une humeur non stable, mais à dominante dysphorique, une aboulie avec une anergie significative, une perte de la motivation, quelques ruminations négatives, une perturbation du sommeil et de l'appétit, sans ralentissement psychomoteur, ni atteinte cognitive objectivée, ni idéation suicidaire ; et ils ont estimé qu'en l'absence d'une dysthymie (en dépit de la récurrence d'une atteinte thymique), il fallait poser le diagnostic précité, d'intensité légère à moyenne.

La psychiatre traitante a expliqué qu'une nouvelle aggravation des idées suicidaires, avec envies de passage à l'acte, l'avait fait hésiter de la faire hospitaliser de façon non volontaire, mais qu'elle avait renoncé à le faire eu égard au fait que la recourante s'était montrée collaborante et avait accepté une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana. Toutefois – comme le relève avec pertinence la Dresse R_____, sans excéder les limites de sa vocation à établir un avis médical du SMR –, l'examen médical d'entrée dans ladite clinique a simplement relevé une thymie basse, un trouble du sommeil, pas d'idée noire, pas d'élément psychotique ; une diminution de l'anxiété et une amélioration de la thymie ont été observées durant le séjour dans cette clinique, et la médication est restée inchangée (en particulier le Cymbalta n'a pas été prévu, alors que cet antidépresseur était administré avant et lors de l'expertise du CEMed).

La chambre de céans ne voit pas de raison d'écarter l'évaluation précitée des experts.

9. Concernant les céphalées, les experts ont retenu qu'elles étaient de nature tensionnelle/psychogène, sans substrat somatique objectivable, et ils leur ont nié toute répercussion sur la capacité de travail.

Rien n'indique que l'examen neurologique ayant précédé la pose de ce diagnostic aurait été superficiel, ni – au demeurant même si le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG avait évoqué des douleurs neurogènes sur probable lésion des fibres sensibles per-opératoires avec une probable composante de céphalées de tension – que les experts n'étaient pas fondés à estimer qu'il n'y avait pas, dans le dossier et la description des maux de tête faite par la recourante, d'éléments en direction de phénomènes migraineux ou de maux de tête vasculaires d'autre origine, ainsi qu'à écarter, au vu de la petite taille des anévrysmes, toute relation de causalité entre les maux de tête actuels et les anévrysmes et leur traitement.

Aussi se justifie-t-il de s'en tenir à l'appréciation des experts quant au fait que la recourante souffre de céphalées tensionnelles/psychogènes.

10. a. La présence d'un trouble somatoforme douloureux persistant n'est en l'espèce pas contestée. C'est son effet incapacitant qu'il l'est, les experts lui déniaient toute répercussion sur la capacité de travail.
 - b. Il est exact qu'alors qu'elle estimait que le rapport d'expertise devait être complété sur les dates des incapacités de travail qu'avait eues la recourante (sujet

non litigieux en l'espèce s'agissant de la période antérieure au 1^{er} décembre 2014), la Dresse H_____ du SMR a ajouté la demande que le trouble somatoforme douloureux de la recourante soit analysé au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, et que cette demande a été adressée aux experts. Cela paraît s'expliquer par le fait que le mandat d'expertise, élaboré avant que le Tribunal fédéral ne modifie sa jurisprudence, avait encore comporté les questions faisant référence à la jurisprudence antérieure en cas de trouble de la lignée somatoforme ou de troubles assimilés, et qu'il n'a pas été fait attention au fait que, spontanément, les experts ont indiqué, dans leur rapport d'expertise, examiner si le trouble somatoforme douloureux persistant de la recourante était handicapant ou non au regard des indicateurs établis dans l'intervalle par le Tribunal fédéral. Le SMR et l'intimé ont dû s'en rendre compte à réception de la confirmation de l'expert psychiatre d'avoir appliqué cette nouvelle jurisprudence.

c. Le rapport d'expertise ne repose pas sur une présomption que la recourante pourrait surmonter son trouble somatoforme douloureux persistant par un effort de volonté raisonnable. On discerne au contraire que les experts ont fait référence aux facteurs extérieurs incapacitants et aux ressources de compensation de la recourante et ont procédé à une pondération de ces indicateurs.

Ainsi, les experts ont évoqué les différentes atteintes à la santé, en constatant cependant que l'atteinte psycho-somatique avait envahi l'existence de la recourante. Il n'y avait pas de troubles de la personnalité à retenir, mais seulement des traits de personnalité anxieuse et le trouble dépressif récurrent précité, éléments dont les experts ont tenu compte, sans tomber dans le travers d'exiger qu'ils jouent un rôle important pour devoir être pris en considération, y compris à titre de facteurs d'affaiblissement potentiel des ressources de la recourante. Ils n'ont pas omis d'évoquer le peu d'efficacité des traitements et approches somato-psychiques tentés durant les deux à trois dernières années.

En contrepartie, ils ont relevé que l'intégration sociale de la recourante était dans l'ensemble préservée, de même que sa capacité de s'organiser et de structurer son quotidien, et que la recourante conservait quelques plaisirs dans l'existence (dont « manger, relationner »).

Des événements ayant marqué la personnalité et le contexte social de la recourante ne sont certes pas repris explicitement à la page 20 du rapport d'expertise, siège principal de l'application faite des indicateurs d'évaluation d'un trouble somatoforme douloureux, mais ces éléments ne sauraient pour autant être considérés comme n'ayant pas été connus des experts, ni pris en compte par eux dans la pondération des critères déterminants. Le rapport d'expertise en fait mention à d'autres endroits, en particulier à la page 7 s'agissant d'un ancien contexte de mobbing de la part d'un employeur, du décès par suicide de son frère puis de la maladie et du décès de sa mère, ainsi que d'une agression par une jeune femme.

Les experts ont relevé que globalement les divergences entre les symptômes décrits par la recourante et le comportement de cette dernière en situation d'examen étaient faibles.

d. Ainsi, la recourante ne fait pas valoir d'éléments qui devraient amener à remettre en cause l'appréciation des experts quant au défaut d'effet incapacitant du trouble somatoforme douloureux persistant de la recourante, au regard des indicateurs établis par le Tribunal fédéral.

11. Il n'y a lieu ni d'ordonner une expertise médicale, ni de procéder à des auditions. Le rapport d'expertise du CEMed doit se voir reconnaître pleine force probante ; il se justifie de s'en tenir à ses conclusions.
12. Mal fondé, le recours doit être rejeté.
13. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-.

Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61).

* * * * *

**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 Madame A_____.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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