

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2236/2015

ATAS/194/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 mars 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Tania NICOLINI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1966, d'origine albanaise, est arrivée à Genève le 16 octobre 1992. Dès le 1^{er} septembre 1998, elle a exercé l'activité de femme de chambre au sein de l'hôtel B_____ à Genève. En raison de son absence pour cause de maladie depuis le 20 septembre 2004, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 mai 2005.
2. Le 30 mai 2005, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), pour cause de fibromyalgie et de polypose éthmoïdale.
3. Par rapport du 23 juin 2005, le docteur C_____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée depuis novembre 1999, a posé les diagnostics de fibromyalgie et de facteurs antinucléaires (FAN) positifs (avec effet sur la capacité de travail) et de rhino-sinusite avec polypose éthmoïdale et de varices tronculaires de la veine saphène interne droite (sans répercussion sur la capacité de travail). L'assurée était totalement incapable de travailler dans l'activité habituelle de femme de ménage depuis le 10 septembre 2004.

En annexe figuraient les rapports établis suite aux diverses investigations médicales.

4. Selon le rapport du 9 août 2005 du docteur D_____, chef de clinique, et de la doctoresse E_____, médecin interne, intervenant à la consultation ambulatoire de rhumatologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), 14 sur les 18 points de fibromyalgie et 5 sur les 5 signes de Waddell étaient positifs. Les symptômes présentés par l'assurée avaient, dans un premier temps, fait penser à la possibilité d'une fibromyalgie. Toutefois, en raison du contexte immunologique (FAN fortement positifs), une connectivite se manifestant uniquement par des symptômes rhumatologiques ne pouvait pas être totalement écartée. Forts de ce qui précède, les Drs D_____ et E_____ ont retenu les diagnostics de douleurs ostéo-articulaires dans le cadre d'une fibromyalgie ou d'une connectivite avec des anti-centromères et de suspicion d'un état dépressif. En raison desdites atteintes, l'incapacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était de 50%, à raison de 4 heures par jour, avec une pause toutes les heures pour changer de position. Dans ce cadre horaire, il fallait également s'attendre à une diminution de rendement de l'ordre de 30%. Cela étant, le rendement et la capacité de travail de l'assurée pouvaient vraisemblablement être améliorés par une activité plus sédentaire, évitant le port de charges ou les mouvements en porte-à-faux du rachis. Enfin, une évaluation et un traitement psychiatriques semblaient indiqués vu la suspicion d'un état dépressif ou anxieux et compte tenu du fait que l'état émotionnel contribuait pour une grande part au ressenti des douleurs.
5. A la demande de l'OAI, les docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), ont procédé à

un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique de l'assurée en date du 5 juin 2007. Il ressort du rapport du 20 juillet 2007 que l'assurée se plaignait essentiellement de rachialgies et de douleurs aux quatre membres, s'accompagnant d'une aboulie toute la journée. Quand bien même les examens de laboratoire avaient mis en évidence une augmentation des facteurs antinucléaires de type anti-centromère, les médecins du SMR n'avaient constaté aucun signe de connectivité à l'examen clinique et plus particulièrement aucune synovite des articulations des mains et des pieds. En revanche, le status rhumatologique mettait en évidence une diminution de la mobilité lombaire et cervicale, étant toutefois précisé qu'il existait des signes de non-organicité selon Waddell. L'assurée présentait, en outre, des douleurs à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie. Quant au status neurologique, il était sans problème. Enfin, l'examen psychiatrique confirmait une symptomatologie dépressive réactionnelle aux douleurs.

Forts de ce qui précède, les médecins du SMR ont retenu les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, positivité des facteurs antinucléaires de type anti-centromère et de dysthymie à début tardif. S'agissant de la fibromyalgie, ni comorbidité manifeste dans son intensité et sa durée, ni perte d'intégration sociale n'avaient été constatées. Par ailleurs, étant donné que la symptomatologie était réactionnelle aux douleurs, un traitement antidépresseur n'était pas indiqué. Les critères de sévérité posés par la jurisprudence n'étant pas remplis, la fibromyalgie était non invalidante et il n'y avait pas lieu de définir des limitations fonctionnelles. Ainsi, même dans une activité de femme de chambre, la capacité de travail était entière. Les médecins du SMR s'éloignaient par conséquent de l'évaluation faite par le service de rhumatologie des HUG, les médecins de ce service ayant vraisemblablement pris en considération la positivité des anticorps antinucléaires de type anti-centromères malgré l'absence de signe clinique.

6. Après avoir résumé le rapport d'examen du 20 juillet 2007, le SMR a considéré, par avis du 30 juillet 2007, que l'assurée était capable de travailler à 100% dans toute activité, sans aucune limitation fonctionnelle sur les plans ostéoarticulaire ou psychiatrique.
7. Par projet de décision du 7 août 2007, confirmé le 10 octobre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations considérant que, au vu des conclusions du rapport du SMR du 20 juillet 2007, l'atteinte à la santé dont souffrait l'assurée n'était pas d'une gravité et d'une intensité propres à justifier un arrêt de travail de longue durée ni le moindre degré d'invalidité.

Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours, de sorte qu'elle est entrée en force.

8. Le 29 avril 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations invoquant une fibromyalgie et une polyposé nasale, et a transmis, à la demande de l'OAI, les rapports suivants :
 - Un compte rendu du service de rhumatologie des HUG, du 27 février 2007, établi suite à une consultation ayant pour but de réévaluer la fibromyalgie. Lors

de l'examen, l'assurée présentait 16 points de fibromyalgie positifs sur les 18 existants. Compte tenu des résultats du laboratoire, mettant en évidence la présence de FAN de type centromère et de l'absence de sclérodermie ou de connectivite typique, les médecins des HUG ont retenu les diagnostics de fibromyalgie et de connectivite inclassable. Enfin, l'assurée présentait un état psychique de stress très important mais elle n'était pas suivie pour des raisons financières.

- Un rapport d'imagerie de la colonne cervicale, dorsale et lombaire du 20 mai 2008, mettant notamment en évidence une discopathie C5-C6 avec des débuts d'uncarthrose, sans signe de canal osseux étroit constitutionnel, une spondylose dorsale étagée, avec une tendance à la cunéiformisation de D11, une hypoplasie des 12èmes côtes ainsi qu'une variante transitionnelle sous forme d'une sacralisation de L5, l'alignement et la hauteur des corps vertébraux étant conservées avec des signes de discopathie intéressant le dernier espace intersomatique associé à une rétrolisthésis.
9. La nouvelle demande et ses annexes ont été soumises au SMR qui a considéré, par avis du 12 juin 2008, que l'assurée n'avait rendu plausible ni une aggravation de son état de santé ni l'apparition d'une nouvelle atteinte, de sorte que les conclusions du SMR du 5 juin (*recte* 20 juillet) 2007 étaient toujours valables.
 10. Par projet du 13 juin 2008, l'OAI a refusé d'entrer en matière.
 11. Contestant ce projet, l'assurée a transmis à l'OAI, par courrier du 27 juin 2008, divers documents dont il ressort qu'elle était durablement incapable de travailler à 50% (voir avis du médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (OCE) du 12 mars 2008, décision de l'OCE du 13 mars 2008 et rapport d'observation établi par les maîtres socio-professionnels de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG, daté du 10 juin 2008).
 12. Ces pièces ont été soumises au SMR qui a persisté, par avis du 18 juillet 2008, dans les conclusions prises le 30 juillet 2007.
 13. Se fondant sur l'avis du SMR du 18 juillet 2008, l'OAI a, par décision du 21 juillet 2008, refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 29 avril 2008.

Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours, de sorte qu'elle est entrée en force.
 14. Le 23 mars 2012, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations, en raison d'une maladie, sans autre indication, étant précisé qu'elle travaillait à 20% dans le domaine du nettoyage depuis le mois de mai 2010.

En annexe à la demande de prestations figurait, outre des pièces relatives à une atteinte gynécologique, une brève attestation du 25 mars 2012 du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant, dont il ressort que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé avec une incapacité totale de travailler depuis le 5 janvier 2012, date du début du suivi.

15. Par courrier du 30 avril 2012, le Dr H_____ a encore précisé que l'assurée présentait une aggravation de son état dépressif récurrent, alors d'intensité sévère, ainsi que du syndrome chronique douloureux. Cette aggravation s'inscrivait dans un contexte de trouble de la personnalité mixte, dépendante et borderline, associé à une séparation récente, et ne permettait pas à l'assurée de travailler en raison de l'importante symptomatologie (baisse de l'élan vital, anhédonie, perte d'espoir, difficultés de concentration, idées noires, etc.).
16. Les divers rapports médicaux récoltés ont été soumis au SMR qui a considéré, par avis du 9 septembre 2012, que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé et qu'il appartenait dès lors à l'OAI d'instruire l'état de santé de l'assurée.
17. Selon le rapport du 27 septembre 2012 du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, l'assurée se plaignait de douleurs chroniques, de tristesse et de manque d'énergie. Les diagnostics posés dans ce contexte étaient les suivants : état dépressif et trouble somatoforme douloureux depuis 1998 (avec effet sur la capacité de travail) et sarcome de l'utérus et polype nasale, existants depuis 2011 pour le premier et 2000 pour le second (sans effet sur la capacité de travail). Le pronostic était mauvais et l'assurée était partiellement capable de travailler, à raison de 50%, dans son activité habituelle de femme de chambre, les restrictions étant la fatigabilité, les douleurs et le manque d'endurance. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée pouvait effectuer à 50% des activités impliquant l'alternance de positions, une rotation en positions assise et debout ainsi que la montée d'escaliers. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées à raison de 50%.
18. À teneur du rapport 3 octobre 2012 de la doctoresse J_____, cheffe de clinique à l'unité d'onco-gynécologie chirurgicale des HUG, l'atteinte gynécologique, à savoir le sarcome du stroma endométrial de bas grade, était sans effet sur la capacité de travail.
19. Dans son rapport du 25 février 2013, le Dr H_____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie et de trouble de la personnalité mixte, entraînant une incapacité de travailler de 80% en raison notamment des restrictions suivantes : ralentissement psychomoteur important et durée de concentration réduite, possible une à deux heures par jour.

Il a transmis à l'OAI, en annexe à son rapport, le compte-rendu du 20 novembre 2012 relatif à une l'hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana du 4 au 17 octobre 2012, dans lequel le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, a été posé, les comorbidités retenues étant la fibromyalgie, le trouble de la personnalité mixte, le tabagisme et la sinusite chroniques. Les douleurs étaient influencées par l'activité physique des positions longtemps maintenues, par les positions respiro-dépendantes et majorées par le stress, la fatigue ou les soucis. Le repos et la médication étaient les seuls facteurs

susceptibles de diminuer les douleurs. Au cours de son séjour, l'assurée avait participé à un groupe « douleur » où elle avait pu verbaliser sa souffrance psychologique intense et elle était également suivie par une psychologue. Une thérapie active avait eu pour conséquence une amélioration de la mobilité et une diminution des douleurs dorsales.

20. Sur questions du SMR, le Dr H_____ a encore précisé, par courrier du 17 mars 2014, que l'assurée était calme, collaborante, mais qu'elle souffrait d'un important ralentissement psychomoteur. Sa thymie était triste avec des idées noires sans idées suicidaires toutefois. Le MADRS était de 20 sur 60. Son activité de 20% dans le nettoyage était décrite comme variable par son chef, avec une fatigabilité importante. Son rythme n'était pas soutenu et son rendement non optimal. Le dosage de l'amitriptyline était dans la norme inférieure, ce qui mettait en évidence une légère hypermétabolisation, d'où l'augmentation de ce médicament. La fatigabilité était importante après une à deux heures de travail soutenu. L'élan vital était parfois absent mais dans tous les cas, il était variable. Ses troubles étaient associés à des difficultés de concentration, avec une diminution de la capacité d'abstraction, de mémoire en questionnement ciblé et de constatation indirecte. Les compétences apparentes de l'assurée étaient trompeuses.
21. Par courrier du 5 septembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait la soumettre à une expertise bi-disciplinaire et lui a transmis les questions qu'il envisageait de poser aux experts, un délai de 10 jours étant imparti notamment pour formuler d'éventuelles questions complémentaires.
22. Le 15 septembre 2014, le Dr H_____ a transmis à l'OAI deux questions complémentaires, l'une portant sur la présence d'un trouble de conversion (somatoforme) et l'autre sur l'existence d'un trouble de la personnalité de type état limite, à différencier d'un trouble borderline ou impulsif.
23. Le 17 septembre 2014, l'assurée a informé l'OAI qu'elle souhaitait pouvoir bénéficier de l'assistance d'un interprète, sa langue maternelle étant l'albanais et sa compréhension du langage médical technique étant limitée.
24. Par courrier du 23 septembre 2014, l'OAI a expliqué à l'assurée qu'elle devait informer directement le centre d'expertises médicales retenu de la nécessité d'un interprète.
25. Ces instructions ont été rappelées par courrier du 12 décembre 2014, dans lequel l'OAI a également précisé que l'expertise allait être confiée aux docteurs K_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du Centre d'expertise médicale (CEM) à Nyon.
26. Par courrier du 22 décembre 2014, le CEM a convoqué l'assurée pour un examen le 21 janvier 2015 et lui a rappelé que si elle avait besoin d'un interprète, elle devait l'en informer rapidement.

27. Le 21 janvier 2015, les Drs K_____ et L_____ ont examiné l'assurée dans le cadre d'une expertise.

Il ressort notamment de l'histoire médicale relatée par l'assurée et résumée dans le rapport du 20 mars 2015 établi consécutivement à l'examen, qu'elle avait fait deux tentatives de suicide par médicaments, la première en décembre 2011 et la seconde, début 2012. En 2012 ou 2013, elle avait eu des idées suicidaires envahissantes, avec une envie de se jeter du balcon. Depuis lors, son état dépressif connaissait des hauts et des bas.

Interrogée sur sa personnalité, l'assurée peinait à comprendre les questions posées et l'expert devait les formuler dans un français le plus simple possible. Il ressortait de ses réponses qu'elle se sentait complètement perdue depuis que son mari l'avait quittée en 2011 et qu'elle n'arrivait pas à se débrouiller toute seule, ayant besoin de la présence de ses enfants. Le départ de son époux l'avait fortement déséquilibrée et elle semblait avoir de grandes difficultés à se prendre en charge seule.

À l'examen clinique, sur le plan rhumatologique, les experts n'avaient pas décelé d'éléments en faveur d'une connectivité ou d'une autre pathologie rhumatismale inflammatoire, l'élévation du taux de FAN n'étant à elle seule pas significative et sans répercussion fonctionnelle. Ils n'avaient pas non plus constaté de signe inflammatoire aux différentes articulations ni de modification plaidant en faveur de troubles dégénératifs avancés. En revanche, les experts avaient noté de nombreux points algiques à la palpation, caractéristiques d'une fibromyalgie.

Sur le plan psychiatrique, l'examen montrait une assurée fatiguée, s'exprimant dans un français rudimentaire et ne comprenant pas certaines questions sauf si celles-ci étaient formulées de manière simple. L'humeur était dépressive, l'assurée se montrant triste, abattue, pessimiste et pleurant régulièrement pendant l'entretien. Elle était également légèrement ralentie et n'était pas précise notamment dans la datation des divers événements. Le contenu de sa pensée était fixé sur ses douleurs chroniques et le désarroi suite au départ de son mari. Elle se sentait inutile, avait une mauvaise confiance et estime d'elle, et s'estimait perdue si elle n'avait ses enfants qui la soutenaient. Le dosage plasmatique des molécules antidépressives montraient des taux faibles, de sorte qu'on pouvait se demander si l'assurée souffrait d'hyper-métabolisation (à confirmer par des examens plus poussés) ou si elle faisait preuve d'une observance médicamenteuse non optimale.

Forts de ces constatations, les experts ont retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent épisode actuel léger à moyen sans syndrome somatique (F 33.00 à 10) (avec répercussion sur la capacité de travail) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) connu depuis 2004 (fibromyalgie), trouble de la personnalité dépendante (F 60.7) présent depuis le début de l'âge adulte, discopathies cervicales et lombaires depuis 2013, gonarthrose gauche débutante (2015), lésions vaginales VAIN II (néoplasie intra-épithéliale vaginale, depuis 2014), status après endométréctomie et polypectomie en décembre 2010 et

hystérectomie totale et annexectomie bilatérale en janvier 2011 pour sarcome de bas grade du stroma endométrial, status après résection septale, ethmoïdectomie et sinusotomies en 1999 et surcharge pondérale.

Les pathologies rhumatologiques ne justifiaient pas d'incapacité de travail significative et durable ni de limitations fonctionnelles même si l'expérience médicale montrait que dans des situations de fibromyalgie, les personnes souffrantes estimaient ne pas pouvoir faire d'effort, même dans les gestes courants de la vie quotidienne.

La symptomatologie dépressive – qui s'était installée depuis l'annonce de son cancer en 2011 et surtout depuis la séparation avec son époux, événements semblant avoir totalement dépassé la capacité d'adaptation de l'assurée –, avait une intensité fluctuante avec des périodes d'exacerbation l'ayant conduite à tenter de se suicider à deux reprises, en 2011 et 2012. La comorbidité avec un trouble de la personnalité associé à une compliance médicamenteuse vraisemblablement médiocre expliquaient l'allure persistante de l'état dépressif, lequel n'avait jamais connu de phase de rémission complète depuis son apparition. Par ailleurs, la comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme existait depuis de nombreuses années et pouvait atteindre une forte intensité, comme cela avait été le cas fin 2011 et en 2012. En lien avec son trouble de la personnalité, l'assurée semblait s'être fixée sur un rôle de malade physique et psychique, ayant pour conséquence une protection et une prise en charge par son entourage. Le trouble somatoforme était associé à un trouble psychique fluctuant dans la sévérité. Il n'y avait pas d'autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé. Le trouble dépressif était à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : humeur dépressive, perte de confiance en soi, asthénie, anhédonie, vulnérabilité au stress et ralentissement psychomoteur modéré. Ces limitations ne justifiaient toutefois pas une incapacité de travail à long terme notamment dans son activité habituelle mais étaient à l'origine d'une baisse de rendement fluctuante, mais estimée à 20% sur l'année. Des incapacités de travail passagères étaient possibles en cas d'exacerbation de la symptomatologie dépressive. Il existait une incapacité de travail de 20% au moins depuis 2011, étant précisé que le degré n'avait pas évolué depuis. En optimisant le traitement antidépresseur et en faisant des dosages plasmatiques réguliers, afin de s'assurer de la bonne compliance médicamenteuse, des décompensations dépressives plus importantes pouvaient être évitées.

28. Le rapport du 10 mars 2015 a été soumis au SMR qui s'est prononcé dans un avis du 2 avril 2015, considérant que l'assurée était capable de travailler à 100% dans toute activité, avec une baisse de rendement de 20% depuis 2007. Une aggravation avait par conséquent été rendue plausible depuis la décision du 10 octobre 2007, avec une baisse de rendement de 20% dans toute activité.
29. Par projet de décision du 17 avril 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande du 5 avril 2012, le taux d'invalidité, lequel se confondait

avec l'incapacité de travail, étant de 20%, ce qui n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

30. Le 25 février 2013 (*recte* vraisemblablement 2 mai 2015), le Dr H_____ a contesté le projet de décision précité, considérant qu'il avait été établi sur la base d'une partie des symptômes uniquement, la conclusion ne tenant pas compte des symptômes invalidants liés au trouble de la personnalité.
31. Par décision du 2 juin 2015, l'OAI a confirmé son projet et rejeté la demande, le Dr H_____ n'apportant pas d'élément médical probant permettant au SMR de revoir son appréciation du 2 avril 2015.
32. Par recours du 25 juin, complété le 2 juillet 2015, l'assurée (ci-après : la recourante), agissant en personne, a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la réalisation de toute mesure probatoire nécessaire pour établir les faits pertinents, et principalement à l'annulation de la décision du 2 juin 2015 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le dépôt de sa demande. À l'appui de ses conclusions, elle a notamment expliqué que l'expertise du SMR ne tenait pas compte des moments de détresse invalidants présentés aléatoirement. Les experts ne l'avaient rencontrée qu'à une seule reprise, à un moment où elle allait mieux. Par ailleurs, le Dr H_____ était spécialisé en matière de trouble état limite au contraire des experts du SMR.
33. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 20 juillet 2015, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant que le rapport d'expertise du 10 mars 2015 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, les plaintes de l'assurée ayant été prises en considération par les experts, l'expertise étant pour le surplus fondée sur un examen clinique fouillé et approfondi ainsi que sur des examens paracliniques adéquats. Sur le fond, les limitations fonctionnelles constatées (humeur dépressive, perte de confiance en soi, asthénie, anhédonie, vulnérabilité au stress et ralentissement psychomoteur modéré) n'empêchaient pas la reprise de l'activité habituelle avec toutefois une baisse de rendement de 20%.
34. Par décision du 11 août 2015, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.
35. Le 15 septembre 2015, la recourante, sous la plume de son Conseil, a produit sa réplique, considérant que le mandat donné au CEM éludait délibérément la problématique du trouble de la personnalité de type dépendant et borderline, en axant la requête sur la fibromyalgie et l'état dépressif seulement. Se fondant sur un avis du Dr H_____ du 14 janvier 2015, la recourante a conclu à l'audition de ce médecin et à la réalisation d'une expertise par des spécialistes du trouble état limite.

En annexe à la duplique figurait l'avis précité du Dr H_____, dans lequel ce médecin, se référant à M_____, une psychologue américaine, a expliqué que les troubles classés dans le groupe des états limites avaient la particularité d'avoir des symptômes irréguliers, la personne fonctionnant tantôt normalement, présentant tantôt une grande détresse interne, qui désorganisait notamment sa pensée. Ces

moments invalidants étaient le plus souvent imprévisibles et caractérisés par une discontinuité du cours de la pensée, le patient ne comprenant plus ce qui lui était dit et ne pouvant plus effectuer certaines tâches, même simples. Dans de telles situations, le patient quittait les lieux comme un « robot », sans exprimer d'émotion de détresse clairement visible. Il était pratiquement impossible de mettre en évidence ces moments de détresse lors d'un seul entretien. En effet, il fallait entre 5 et 8 séances minimum en fonction du cas. Les personnes souffrant d'un état limite présentaient également des compétences apparentes, aucun élément extérieur ou comportemental ne permettant de déduire son état interne et ses difficultés. La prise en charge de ce trouble était particulièrement complexe et requérait des formations psychiatriques complémentaires, dont la thérapie comportementale et dialectique. Dans le cas de la recourante, les experts ne s'étaient pas intéressés de manière objective et ciblée aux éléments caractéristiques du trouble état limite.

36. Le 5 octobre 2015, la recourante a encore précisé que son état se détériorait, avec des moments d'absence totale résultant de pertes de mémoire passagères, arrivant fréquemment, à tout le moins chaque semaine. Il lui arrivait de ne plus avoir aucun souvenir des visages des personnes qu'elle connaissait ou d'être totalement désorientée alors qu'elle se trouvait dans des lieux censés être connus.
37. Par duplique du 12 octobre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions au vu de l'avis du SMR du 1^{er} octobre 2015, produit en annexe.

Dans cet avis, le SMR a relevé, tout d'abord, que les divers rapports du Dr H_____ avaient été mentionnés, voire expressément cités dans le rapport d'expertise du CEM, ce qui suggérait qu'ils avaient été pris en considération. Cela étant précisé, à aucun moment, le psychiatre traitant n'avait expliqué sur la base de quels critères, il avait retenu un trouble mixte de la personnalité, ses rapports étant toujours très succincts et lacunaires, mettant en avant des limitations fonctionnelles de type dépressif et non en lien avec un trouble de la personnalité. Dans son rapport du 14 janvier 2015, le Dr H_____ avait repris ou paraphrasé le texte d'une psychologue américaine expliquant de manière théorique et pédagogique les particularités des personnes souffrant d'un « état limite ». Il n'était cependant jamais question de l'assurée mais de personnes en général. En outre, alors que précédemment, le psychiatre-traitant mentionnait un trouble de la personnalité mixte (dépendante et borderline), il avait changé de diagnostic sans fournir la moindre explication pour retenir le seul diagnostic de trouble classé dans le groupe des états limites. Enfin, après avoir repris tout le dossier et notamment le rapport d'expertise du CEM, le SMR a considéré que les éléments à disposition ne mentionnaient aucun dysfonctionnement avant les années 2000. Au contraire, il était fait état d'une stabilité relationnelle, affective et professionnelle, la recourante ayant notamment travaillé pour la même entreprise entre 1997 et 2005. C'était en réalité le départ de l'époux qui avait révélé certains traits de la personnalité dépendante. Cela étant, ce trouble n'était pas incapacitant même s'il tendait à fixer

la recourante dans son rôle de malade. Dans ces circonstances, il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions du SMR du 2 avril 2015.

38. Entendu le 17 novembre 2015, le Dr H_____ a expliqué être le médecin traitant de la recourante depuis janvier 2012. Il avait effectivement dans un premier temps posé le diagnostic de trouble de la personnalité mixte et précisé à cet égard que ce trouble était composé de deux aspects, le premier étant celui d'état limite (impulsivité) et le second celui de trouble dépendant à autrui (besoin constant d'être rassuré). Dans son rapport du 14 janvier 2015, il avait uniquement posé le diagnostic d'état limite. Ce diagnostic, très délicat à mettre en évidence, pouvait difficilement être posé en une seule séance. Il l'avait diagnostiqué chez la recourante à la suite d'une sorte de questionnaire. Un des symptômes classiques était la discordance psychoaffective, l'affect ne correspondant pas au ressenti, ce qu'il avait observé à plusieurs reprises chez la recourante. Au contraire de ce qui avait été évalué lors de l'examen du 21 janvier 2015, il fallait également examiner la labilité émotionnelle et l'aspect d'impulsivité, ce dernier ayant donné lieu à des abus médicamenteux, qui ne s'étaient au demeurant plus reproduits depuis environ deux ans grâce au traitement qu'il avait mis en place (stratégie alternative : appeler sa fille, par exemple). La recourante souffrait parfois encore à l'heure actuelle d'une désorganisation de la pensée et de détresse (discontinuité du cours de la pensée). Ces épisodes, qui avaient notamment été décrits par la fille de la recourante, pouvaient durer quelques heures et il en avait été témoin lors d'une de ses consultations. Le seul « remède » pour la personne était de l'isoler en attendant. Peu de médecins étaient formés pour diagnostiquer et traiter les cas d'état limite. La formation de base plus deux ans au minimum étaient nécessaires. Il n'avait pas parlé d'état limite avant 2013, car il était d'avis que le trouble dépressif prédominait. La difficulté de fonctionner épuisait la recourante et c'était cet épuisement qui l'avait conduite à la dépression. L'état limite et la dépression étaient ainsi très imbriqués l'un dans l'autre. La recourante présentait des limitations fonctionnelles en relation direct avec l'état dépressif ainsi que le relevait le SMR dans sa note du 1^{er} octobre 2015. À cela s'ajoutaient toutefois des moments de détresse, symptômes de l'état limite, lesquels intervenaient plusieurs fois par semaine et pendant lesquels la recourante n'était plus réceptive, ne comprenant ni ce qui lui était dit ni ce qui se passait. Dans le cas de la recourante, la compliance était mauvaise, car irrégulière quand bien même elle prenait la dose de base régulièrement. Cela étant, il valait mieux qu'elle prenne moins vu sa tendance aux abus médicamenteux. Le diagnostic d'état limite suffisait à lui seul pour justifier une incapacité de travail de 70 à 80%, mais il lui était difficile d'établir un taux dans le cas particulier. Le diagnostic d'état limite comprenait plusieurs variantes, dont le trouble borderline et le trouble impulsif. La recourante souffrait du trouble impulsif. Ce trouble, sous-jacent, était clairement présent depuis l'adolescence, voire le début de l'âge adulte, et évoluait sur la base d'une certaine fragilité biologique, se décompensant à la suite d'événements de la vie. Dans le cas de la recourante, il était possible qu'elle ait souffert de ce trouble auparavant. Il n'était

cependant pas en mesure de l'affirmer dès lors qu'il ne la connaissait que depuis 2012. Les idées suicidaires, récurrentes, étaient toutefois plus rares qu'avant.

39. Par courrier du 18 novembre 2015, le Dr H_____ a complété ses déclarations et précisé que la compliance non optimale était due au trouble dès lors que dans le trouble émotionnellement labile (état limite), la compliance était souvent non optimale. La recourante faisait de son mieux et il avait, pour sa part, adapté le traitement médicamenteux, de sorte qu'il était efficace même avec une compliance non optimale.
40. Par courrier du 3 décembre 2015, l'intimé s'est prononcé sur les déclarations du psychiatre traitant et a notamment considéré qu'il fallait prendre les déclarations du médecin traitant avec circonspection, dans la mesure où il avait entamé une psychothérapie avec une patiente, avait naturellement le souci d'éviter tout ce qui pourrait perturber son travail et souhaitait notamment éviter de provoquer un ressentiment rendant sa mission plus difficile ou impossible. Se fondant sur un avis du SMR du 26 novembre 2015, auquel il renvoyait, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Dans l'avis précité mentionné par l'OAI, le SMR, sous la plume de la doctoresse N_____, médecin FMH, a considéré qu'il existait des contradictions et des informations erronées données par le médecin traitant. Concernant tout d'abord l'habilitation à poser le diagnostic, il y avait lieu de rappeler que les médecins se destinant à la spécialisation de psychiatre FMH apprenaient dès la première année à connaître la psychopathologie et à poser les diagnostics correspondant aux troubles de la personnalité et notamment aux troubles émotionnellement labiles borderline (ou « états limites » selon le DSM-IV) et/ou de type impulsif. Ils connaissaient ainsi les critères spécifiques pour établir le diagnostic et apprenaient à manier les différents outils diagnostics et à prendre en charge les patients souffrant de tels troubles. Il n'en allait pas différemment du Dr L_____, lequel était donc formé pour poser les diagnostics relatifs aux troubles de la personnalité. Les troubles de la personnalité correspondaient à une atteinte acquise au cours de l'enfance et de l'adolescence. Par conséquent, les signes d'une telle atteinte se manifestaient et influençaient le parcours de vie dès le début de l'âge adulte, voire plus tôt. S'agissant du début des troubles, le psychiatre traitant se contredisait, considérant, d'une part, que l'état limite dont souffrait la recourante existait de manière sous-jacente depuis l'adolescence, voire depuis l'âge adulte, tout en reconnaissant, d'autre part, qu'il ne pouvait pas savoir si la recourante souffrait de ce trouble avant, étant donné qu'il ne suivait l'assurée que depuis 2012. Cela étant, l'anamnèse permettait de reconnaître des signes évocateurs d'un trouble de la personnalité, même compensé, dans le parcours d'une vie. Or, dans le cas de la recourante, de tels signes n'étaient pas retrouvés. Après avoir résumé les critères diagnostics de la CIM-10 et du DSM-V, la Dresse N_____ a considéré que les manifestations précoces d'un trouble émotionnellement labile n'étaient pas présentes, la recourante ayant été mariée avec le même homme pendant 23 ans,

conservant de bonnes relations avec ses enfants et ayant présenté une bonne stabilité professionnelle. Ainsi, rien dans son parcours ne permettait de retrouver des éléments suggérant un fonctionnement perturbé depuis le début de l'âge adulte. Par ailleurs, les différents critères énoncés par le psychiatre traitant pour étayer l'existence d'un état limite étaient génériques et n'étaient pas illustrés suffisamment par des faits objectivement constatés. Dans le trouble borderline, on observait une instabilité relationnelle (ruptures relationnelles successives), alors que dans le trouble de la personnalité dépendante, les attachements étaient stables et la personne réagissait à une perte relationnelle par la recherche urgente d'une relation de substitution lui apportant soutien et soins. Dans le cas de la recourante, c'était sa fille qui assumait ce rôle. L'impulsivité n'était en fin de compte mentionnée qu'en raison de l'abus médicamenteux. Or, l'impulsivité d'une personnalité borderline se manifestait dans tous les aspects de la vie (conduites à risque, accès de colère, ruptures relationnelles brutales, licenciements ou pertes d'emplois successifs, tentatives de suicide, etc.). La discordance psycho-affective, associée à une labilité émotionnelle, une désorganisation de la pensée et des périodes de détresse, relevées chez la recourante, paraissaient quant à elles entrer dans le cadre de l'épisode dépressif léger à moyen fluctuant et du trouble somatoforme retenus par l'expert psychiatre. Le Dr H_____ ne précisait pas les traitements et médicaments spécifiques concernés par la mauvaise compliance. Enfin, suite à la prise en charge, une amélioration avait été rapportée, ce qui démontrait que l'assurée possédait des ressources, que la situation n'était pas figée et que le trouble de la personnalité n'était pas sévère. Par conséquent, les éléments mentionnés par le Dr H_____ lors de son audition ne permettaient pas de remettre en question l'avis du SMR du 2 avril 2015.

41. Le 12 janvier 2016, la recourante s'est exprimée sur la position de l'intimé et du SMR, relevant notamment que le Dr H_____ avait observé l'assurée à plusieurs reprises et avait pu constater ces épisodes de désorganisation de la pensée et de détresse. Il avait ainsi été témoin de ces épisodes invalidants et avait pu poser un diagnostic se fondant sur des éléments objectifs. La divergence entre les symptômes exacts qu'elle relatait ou qui avaient été notés par le Dr H_____ et ceux décrits dans les manuels DSM-V et CIM-10 relevaient de la schématisation propre à ces outils. À cela s'ajoutait le fait que seul le trouble dépressif avait été investigué. S'ils mentionnaient les attaques de panique (difficultés à respirer, fortes angoisses, troubles de la mémoire à court terme), ainsi que le rapport entre ces attaques et le départ du mari, les experts n'avaient pas fait de lien avec l'état limite alors qu'il y avait des symptômes évidents. Les épisodes n'avaient ainsi pas été investigués de manière à déceler un trouble de type « état limite » par manque de spécialisation des experts. À cela s'ajoutait la grande divergence entre les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail des experts et du psychiatre traitant. Dans ces conditions, il y avait lieu d'ordonner une expertise complémentaire, à confier à des spécialistes du trouble état limite, comme par exemple au Service des

spécialités psychiatriques, Programme des troubles de la régulation émotionnelle, Soins spécialisés borderline, des HUG.

42. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations de la recourante. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre octobre 2007 (rejet de la première demande de prestations) et juin 2015 (rejet de la nouvelle demande de prestations), l'OAI n'étant pas entré en matière sur la deuxième demande de prestations.

4. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances

propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

b/aa. La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10: M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. À ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3).

b/bb En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10: F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

7. a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

b. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un

sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

c. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

8. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la

capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), 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 (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

9. a. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, 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 (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). 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.

b. Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, 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 qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1)

mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif

des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

c. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. À noter encore que la nouvelle jurisprudence applicable à l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de syndromes douloureux somatoformes et d'affections psychosomatiques semblables n'a pas pour effet que des cas déjà jugés et entrés en force pourraient à nouveau être annoncés à l'assurance-invalidité. Un nouvel examen motivé par une nouvelle demande ne peut entrer en considération que si la situation concrète de la personne concernée s'est modifiée dans l'intervalle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_590/2015 du 24 novembre 2015).

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

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).

c/aa. Dans le contexte d'exams médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_262/2015 du 8 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1 ; I 245/00 du 30 décembre 2003, publié in VSI 2004 p. 144 consid. 4 ; arrêt 8C_913/2010 du 18 avril 2011 consid. 3.3.1 et les arrêts cités).

c/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15

p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

d. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

11. a. 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).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

c. Les expertises en matière de troubles somatoformes douloureux, mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure, ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

12. En l'espèce, il y a lieu de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé entre la décision du 10 octobre 2007 et la décision querellée du 2 juin 2015. Pour ce faire, il convient de procéder à une analyse comparative de la situation prévalant en 2007 et en 2015.

a. En 2007, l'OAI a rejeté la première demande de prestations en se fondant sur le rapport d'expertise du 20 juillet 2007 des Drs F_____ et G_____, dans lequel ces médecins ont uniquement retenu des diagnostics sans répercussion sur la capacité

de travail, à savoir ceux de fibromyalgie, positivité des facteurs antinucléaires de type anti-centromère et de dysthymie à début tardif. Les critères de sévérité n'étant pas réalisés, la fibromyalgie n'était pas invalidante et il n'y avait pas lieu de définir des limitations fonctionnelles. Ainsi, même dans une activité de femme de chambre, la capacité de travail était entière.

La recourante n'a pas recouru contre la décision rendue sur la base de l'expertise des médecins du SMR et elle n'a pas non plus demandé la reconsidération ou la révision procédurale de la décision précitée. Ce faisant, elle a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise des Drs F_____ et G_____.

b. Lors de la décision querellée, en 2015, l'intimé s'est fondé sur le rapport établi, le 20 mars 2015, par les Drs K_____ et L_____, dans lequel ces médecins ont retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent épisode actuel léger à moyen sans syndrome somatique (F 33.00 à 10) (avec répercussion sur la capacité de travail) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) connu depuis 2004 (fibromyalgie), trouble de la personnalité dépendante (F 60.7) présent depuis le début de l'âge adulte, discopathies cervicales et lombaires depuis 2013, gonarthrose gauche débutante (2015), lésions vaginales VAIN II (néoplasie intra-épithéliale vaginale, depuis 2014), status après endométréctomie et polypectomie en décembre 2010 et hystérectomie totale et annexectomie bilatérale en janvier 2011 pour sarcome de bas grade du stroma endométrial, status après résection septale, ethmoïdectomie et sinusotomies en 1999 et surcharge pondérale. Les pathologies rhumatologiques ne justifiaient pas d'incapacité de travail significative et durable ni de limitations fonctionnelles. Quant à la symptomatologie dépressive, elle était à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : humeur dépressive, perte de confiance en soi, asthénie, anhédonie, vulnérabilité au stress et ralentissement psychomoteur modéré. Ces limitations ne justifiaient toutefois pas une incapacité de travail à long terme notamment dans son activité habituelle, mais étaient à l'origine d'une baisse de rendement fluctuante estimée à 20% sur l'année.

Si le rapport des Drs K_____ et L_____ semble a priori remplir certains critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, force est toutefois de constater que de nombreuses critiques peuvent être formulées à son encontre.

b/aa. En premier lieu, au cours de la procédure administrative, la recourante a fait part de ses problèmes linguistiques et de son souhait d'être assistée d'un interprète, sa langue maternelle étant l'albanais (voir courrier du 17 septembre 2014). Elle n'a pas reformulé cette demande directement auprès du CEM, de sorte qu'aucun interprète n'était présent lors de l'expertise. Or, les problèmes de compréhension qu'elle anticipait dans son courrier du 17 septembre 2014 se sont à l'évidence concrétisés lors de l'expertise, ce que les Drs K_____ et L_____ ont relevé dans leur rapport du 20 mars 2015, en indiquant que « l'assurée peinait à comprendre les questions posées et l'expert devait les formuler dans un français le plus simple possible » ou encore que « l'assurée s'exprimait dans un français rudimentaire et ne

comprenait pas certaines questions sauf si elles étaient formulées de manière simple ».

Dans la mesure où les experts ont eux-mêmes relevé l'existence de difficultés de compréhension et d'expression en langue française, il leur incombait de s'assurer les services d'un interprète afin que la recourante puisse bien saisir le sens des questions posées, notamment celles qui concernaient son histoire personnelle et sa personnalité, puis y répondre en connaissance de cause. En effet, comme le Tribunal fédéral a eu l'occasion de le rappeler dans un arrêt récent (arrêt 9C_262/2015 du 8 janvier 2016), dans le cadre d'une expertise psychiatrique, il apparaît essentiel que la personne expertisée comprenne parfaitement les questions de l'expert et qu'elle puisse y répondre avec toutes les nuances nécessaires. À défaut, les constatations de l'expert risquent d'être biaisées en raison de possibles imprécisions aussi bien dans la compréhension des questions que dans l'énoncé des réponses.

Or, dans le cas d'espèce, la recourante n'a, à l'évidence, pas été en mesure de répondre aux questions avec toutes les nuances nécessaires, son français étant, de l'aveu-même des experts, rudimentaire. Par ailleurs, ces derniers ont dû simplifier leurs questions, de sorte qu'on peut également douter de leur adéquation pour se prononcer sur l'état psychique de la recourante.

Dans de telles circonstances, l'absence d'un traducteur durant l'entretien est de nature à susciter une incertitude quant à la pertinence des constatations de l'expert - à qui il incombait de se poser la question de la présence d'un interprète - et la chambre de céans ne saurait s'accommoder de ce manquement.

Pour ce motif déjà, une pleine valeur probante doit être niée à l'expertise et la cause doit être renvoyée à l'intimé pour nouvelle expertise, réalisée avec le concours d'un interprète.

b/bb. Sur le fond, dans leur rapport du 20 mars 2015, les experts ont retenu une incapacité de travail d'au minimum 20% depuis 2011, le degré n'ayant pas évolué depuis.

La chambre de céans s'étonne à cet égard que les experts aient fixé l'incapacité de travail de 20%, alors que la recourante a fait deux tentatives de suicide, en 2011 et 2012, et que les médecins de la Clinique genevoise de Montana ainsi que le Dr H_____ ont fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, dans leurs rapports des 30 avril et 20 novembre 2012 ainsi que 17 mars 2014. Cette appréciation de la capacité de travail est d'autant plus surprenante que les experts ont admis des périodes d'incapacités de travail, selon toute vraisemblance totale, en cas d'exacerbation de la symptomatologie dépressive.

Dans de telles conditions, force est de constater que les conclusions des experts ne sont pas motivées alors que la capacité de travail passée a toute son importance pour l'octroi éventuel d'une rente limitée dans le temps.

b/cc. À cela s'ajoute le fait que les experts ont posés les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et/ou de fibromyalgie en examinant leur caractère invalidant conformément aux critères valables sous l'empire d'une jurisprudence modifiée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015. Il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standard. Force est toutefois de constater que l'expertise des Drs K_____ et L_____ ne permet pas de répondre à ces questions.

Dans la mesure où un changement de jurisprudence s'applique aux affaires pendantes devant un tribunal au moment dudit changement (ATF 108 V 3), la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative au trouble somatoforme douloureux doit être prise en considération pour résoudre le présent litige. Tel n'ayant pas été le cas, la présente cause est insuffisamment instruite pour permettre à la chambre de céans de trancher, de sorte qu'un renvoi à l'administration, pour instruction complémentaire doit également avoir lieu pour ce motif. Dans ce contexte, il y a lieu de relever qu'il y a à l'évidence eu une aggravation de l'état de santé de l'assurée, de sorte que la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux doit être appliquée.

b/cd. Enfin, conformément à l'ATF 137 V 210, l'OAI a soumis à la recourante les questions qu'il envisageait de poser aux experts et lui a imparti un délai de 10 jours pour formuler des questions complémentaires. Dans le délai imparti, le médecin traitant de l'assurée, le Dr O_____, a demandé à ce que deux questions supplémentaires soient posées aux experts, dont notamment celle de savoir si la recourante souffrait d'un trouble de la personnalité de type état-limite.

Or, sans fournir la moindre explication, l'OAI n'a pas posé cette question aux experts. Ce faisant, il a violé le droit d'être entendu de la recourante, violation que le SMR ne saurait réparer en examinant le trouble d'état limite comme il l'a fait dans son avis du 26 novembre 2011. Dans ce contexte, la chambre de céans rappelle que selon une jurisprudence fédérale récente, l'OAI doit refuser, par décision incidente, de poser les questions complémentaires proposées par l'assuré (voir ATF 141 V 330).

La cause doit dès lors également être renvoyée pour ce motif. Lors de l'instruction complémentaire, il appartiendra à l'OAI de se déterminer sur l'opportunité de poser aux experts retenus la question sur l'existence d'un trouble de la personnalité de type état limite proposée par le Dr H_____ et en cas de refus, il lui appartiendra de rendre une décision incidente.

c. Pour tous ces motifs, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 2 juin 2015 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et pour nouvelle décision.

13. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 2 juin 2015.
3. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 2'500.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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