

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2241/2016

ATAS/474/2017

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 12 juin 2017**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX, représentée par APAS-  
Association pour la permanence de défense des patients et assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1964, a travaillé depuis 1999 à 100 % en tant que femme de ménage, puis dès le 13 mars 2008 en tant que femme de chambre accomplissant un horaire de travail de quarante-deux heures par semaine et exerçant en plus une activité d'employée de nettoyage à raison de deux heures par jour (dix heures vingt-cinq par semaine) dès le 19 avril 2004.
2. Le 8 février 2012, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle en raison d'une incapacité de travail de 100 % dès le 29 avril 2011. Elle a indiqué souffrir de la thyroïde et d'une forte dépression ainsi que d'avoir mal au dos, aux épaules, aux genoux et à la tête.
3. Sur demande de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), les assurances-maladie perte de gain des employeurs lui a transmis, le 21 février 2012 et le 29 mars 2012, une copie de leur dossier contenant notamment les pièces suivantes :
  - Dans un rapport initial du 10 juillet 2011, la doctoresse B\_\_\_\_\_, généraliste FMH, a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 2 mai 2011 et a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne lombaire, une tendinopathie récidivante de l'épaule droite, une tendinite de l'épaule gauche, des gonalgies aiguës droites sur gonarthrose, un état anxio-dépressif aigu et une hypothyroïdie. L'assurée se plaignait de façon continue d'importantes douleurs au niveau du dos, des épaules, du genou droit, ainsi que d'angoisse, d'asthénie et de troubles du sommeil.
  - Dans un rapport d'expertise du 13 septembre 2011 faisant suite à son examen du 25 août 2011, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec diminution du seuil de déclenchement de la douleur et un syndrome de fatigue chronique. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a également diagnostiqué une hystérectomie en 2003, un status post-hypothyroïdie substituée depuis 1996, un status post-hypoacousie appareillée depuis 1999, un état anxio-dépressif récidivant depuis 2004 ainsi que des lombalgies et cervicalgies récurrentes communes depuis 2011. Les limitations fonctionnelles avaient trait surtout aux positions assises ou debout prolongées de plus d'une heure, les ports de charges de plus de 5 kg surtout en porte-à-faux et le stress au travail. Selon l'expert, la capacité de travail de l'assurée en tant que femme de ménage et femme de chambre était estimée à 60 %, au vu du caractère dérangeant de la symptomatologie douloureuse, avec augmentation de 20 % par mois jusqu'à 100 %, ce qui lui permettait de bénéficier d'une bonne prise en charge thérapeutique. Selon l'anamnèse, l'assurée était connue pour des troubles

dépressifs avec un tentamen en 2004 qui aurait nécessité une hospitalisation, puis un suivi dans un centre psychiatrique. Elle aurait bénéficié d'un traitement avec psychotropes et d'un soutien psychothérapeutique avec évolution lentement favorable. Suite au décès de sa mère en 2009, elle avait présenté une recrudescence du trouble dépressif qui avait justifié un suivi thérapeutique auprès de la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, avec instauration d'un traitement antidépresseur. A l'examen, elle présentait dix-huit points sur dix-huit d'insertion douloureux sans signes de non-organicité de la douleur selon Waddel. Le syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur était probablement à insérer dans un contexte de syndrome de fatigue chronique avec un état dépressif sous-jacent qu'il vaudrait la peine d'être confirmé par son psychiatre traitant. Du point de vue paraclinique, l'imagerie effectuée jusqu'à ce jour était rassurante. Il n'y avait pas de troubles dégénératifs rachidiens ou au niveau des genoux ou des épaules. On notait dès lors une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle.

- Dans un rapport du 17 octobre 2011 faisant suite à son examen de l'assurée le 14 octobre 2011, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance, a constaté une anhédonie, une asthénie et une fatigue pathologique. Le visage était triste et déprimée. Il a relevé qu'aucune introspection n'était possible et que l'assurée était en incapacité de travail en raison d'un épuisement professionnel (travaillait plus de dix heures par jour comme femme de chambre dans des hôtels) avec état dépressivo-anxieux et douleurs multiples. Trois semaines auparavant, elle avait effectué un tentamen médicamenteux pour lequel elle avait passé une nuit aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il a diagnostiqué un déracinement socio-culturel (probable trouble de l'adaptation avec réaction dépressive de longue durée et somatisation). Il a proposé de fixer une date de reprise du travail à 50% pour le 1<sup>er</sup> décembre 2011 et à plein temps un mois plus tard. Etant donné que l'assurée ne présentait pas d'antécédents psychiatriques, ce délai devait permettre au traitement mis en place d'améliorer suffisamment l'humeur pour autoriser une reprise de l'activité professionnelle.
- 4. Dans un rapport du 6 mars 2012, la Dresse D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif (F32) présent depuis six ans. Elle suivait la patiente depuis le 14 juillet 2011 qui présentait des angoisses, de l'anxiété et des insomnies. L'assurée se plaignait de fatigue, manque de concentration et myalgies. Son incapacité de travail était entière depuis le 14 juillet 2011. L'activité exercée n'était plus exigible.
- 5. Dans un rapport du 6 mai 2012, la Dresse B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, des cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, sur protrusions discales C4 à C7 et sur probable instabilité cervicale-

rétrolisthésis de C3, des scapulalgies aiguës bilatérales sur tendinopathie et sur conflit sous-acromial, des gonalgies aiguës droites sur gonarthrose, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, une hypothyroïdie substituée, un état anxio-dépressif aigu, une hypoacousie bilatérale avec acouphène, un eczéma du conduit auditif externe et une allergie de contact au nickel. Outre les troubles mentionnés précédemment, l'assurée se plaignait également de nervosité, de bourdonnements d'oreilles, d'hypoacousie, ainsi que d'hallucinations auditives et visuelles. Les restrictions physiques ou psychiques se manifestaient au travail par l'apparition d'angoisse et de crises de panique. L'incapacité de travail était entière depuis le 2 mai 2011, son état de santé actuel ne lui permettant pas de travailler.

Elle a joint un rapport d'intervention psychiatrique d'urgence des HUG du 16 septembre 2011 relevant que l'assurée était connue sur le plan psychiatrique pour un abus médicamenteux en 2008 avec prise en charge par la suite au centre de thérapie brève des Pâquis, puis une absence de suivi psychiatrique depuis lors. A la suite du décès de sa mère en 2009, l'assurée avait perdu 25 kg et son humeur s'était stabilisée progressivement sans soutien psychologique. Après son licenciement au mois d'août 2011, ses revenus avaient diminué sensiblement et elle avait recherché dans son immeuble un appartement avec un loyer moins cher. Suite à la réponse négative de la régie, elle avait réagi de manière impulsive en ingurgitant sept comprimés de benzodiazépines et de somnifères avec pour intention davantage de diminuer sa tension intérieure et ses ruminations anxieuses qu'un but suicidaire. Le diagnostic final DSM IV – CIM 10 était un abus de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques (305.4), un trouble de l'adaptation avec anxiété (309.24) et un trouble dépressif non spécifié (311).

6. Dans un rapport du 18 mai 2012, le docteur F\_\_\_\_\_, interniste au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée des HUG (ci-après : CAPPI), a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) présent depuis avril 2011. Il suivait la patiente depuis le 18 janvier 2012 qui lui avait été adressée en raison de l'absence d'évolution favorable et de difficultés de communication en lien avec la langue. Les symptômes actuels consistaient en thymie triste, tendance à des ruminations, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, idées de mort mais sans projet de passage à l'acte. Il n'y avait pas d'éléments psychotiques, mais la patiente avait l'impression qu'une personne l'appelait. Le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avait permis une stabilisation de l'état et une diminution de la symptomatologie dépressive. L'incapacité de travail était entière depuis le 2 février 2012.
7. Par communication du 30 août 2012, l'OAI a considéré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dès lors que selon les éléments en sa possession de telles mesures n'étaient actuellement pas indiquées. Il poursuivait l'étude du dossier de l'assurée dans le but de déterminer si elle avait

droit à une rente d'invalidité. Dans le délai de trente jours, l'assurée n'a pas requis une décision sujette à recours.

8. Dans un rapport du 17 décembre 2012, la doctoresse G\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH au CAPPI, a mentionné un état stationnaire sans changement dans les diagnostics. Depuis sa prise en charge à la consultation des Pâquis, la patiente avait pu stabiliser son trouble dépressif récurrent sous traitement avec une diminution des symptômes dépressifs et surtout des idées suicidaires depuis environ le mois de juin. Toutefois, de nombreux symptômes dépressifs persistaient à ce jour et empêchaient une reprise du travail. On ne voyait plus de changement de l'état thymique depuis le mois de juin 2012.
9. Par communication du 4 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il mettait en œuvre un examen médical approfondi (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) auprès d'un centre d'expertise choisi de manière aléatoire. Il lui a communiqué les questions posées aux experts, chargés notamment de se prononcer sur l'existence d'un trouble de la lignée somatoforme ou assimilé en examinant la présence d'une comorbidité psychiatrique importante, l'existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, l'échec des traitements et l'existence d'un état psychique cristallisé.
10. Le 14 janvier 2015, SuisseMED@P a indiqué à l'OAI que son mandat avait été attribué au centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed), respectivement au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'à la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.
11. Par communication du 23 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée de l'identité des experts.
12. La Dresse J\_\_\_\_\_ a soumis l'assurée à de nouveaux examens radiologiques. Les radiographies lombaires et des genoux du 24 février 2015 ont mis en évidence de discrets troubles dégénératifs modérés à la colonne lombaire et aux genoux, ainsi qu'une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale. Le rapport de l'IRM cervicale du 24 mars 2015 ne figure pas au dossier. Selon le rapport d'expertise (page 17), cette IRM a mis en évidence une péjoration de la discopathie du segment C5-C6 avec apparition d'une hernie discale par rapport à 2011, médiane et extrusive, subluxée vers le bas et rétrocorporéal C6 entraînant un canal cervical étroit. Il y avait également des discopathies avec protrusions discales C4-C5, C5-C6 et paramédiane droite en C6-C7.
13. Dans leur rapport du 18 juin 2015, les experts du CEMed ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies/cervico-brachialgies chroniques bilatérales, à prédominance droite, « irritatifs », non déficitaires, dans le cadre de troubles dégénératifs (discopathie C5-C6 marquée avec hernie discale C5-C6 médiane subluxée et hernie discale C6-C7 médiane à prédominance droite, radiculopathie chronique C6 droite), une périarthrite scapulo-humérale bilatérale

chronique et des gonalgies bilatérales sur gonarthrose débutante bilatérale. Ils ont également diagnostiqué sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie (F 34.1) depuis 2008, des dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques et troubles dégénératifs débutants avec séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann dorsale, des troubles statiques des pieds, un syndrome du tunnel carpien à droite avec suspicion de syndrome du tunnel carpien à gauche, une fibromyalgie, une hypothyroïdie substituée depuis 1996, une hypoacousie de perception bilatérale appareillée depuis 1999, une hystérectomie pour fibrome en 2003 et une allergie au nickel. Le diagnostic de fibromyalgie entrainé dans un contexte de trouble somatoforme qui n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère. Il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé et pas d'échec des traitements ambulatoires. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'absence de positions prolongées ou mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque, de travail les bras en hauteur, sur échelle et échafaudage, avec des engins émettant des vibrations, de port itératif de charges de plus de 5 à 10 kg, de montée et descente itérative des escaliers, respectivement des pentes. L'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible. Des mesures de réadaptation étaient envisageables. Une activité adaptée était exigible à plein temps sans diminution de rendement depuis toujours.

14. Dans un avis médical du 6 août 2015, la docteure K\_\_\_\_\_, généraliste et médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a relevé que l'expertise analysait la fibromyalgie selon les critères de l'ancienne jurisprudence, de sorte qu'il y avait lieu de demander un complément d'expertise examinant la fibromyalgie selon les directives de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015.
15. Dans un rapport complémentaire du 17 février 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ a observé que son évaluation n'avait pas mis en évidence de trouble de la personnalité à l'origine d'un handicap psycho-social car l'assurée avait pu fonctionner correctement pendant de nombreuses années que ce fût sur le plan affectif, personnel ou professionnel. Il y avait uniquement une atteinte de l'humeur légère quoique désormais chronicisée. Les patients souffrant d'une dysthymie se sentaient fatigués et dysphoriques mais restaient habituellement capables de faire face aux exigences de la vie quotidienne car les symptômes étaient pas définition légers et n'étaient source que d'un handicap peu marqué. Tout au plus pouvait-on constater une diminution de l'endurance en lien avec une fatigue importante, une diminution de la motivation et une anhédonie. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale celle-ci étant préservée sur le plan familial et les capacités à interagir avec autrui étaient intactes. En tenant compte de l'ensemble de ces indicateurs, la capacité de travail sur le plan psychique était entière, sans perte de rendement.

- 
16. Dans un rapport SMR du 8 mars 2016, la doctoresse L\_\_\_\_\_ a proposé de se rallier aux conclusions des experts en soulignant que le degré de cohérence était peu élevé. Elle a observé que sur le plan rhumatologique, l'expertise retenait une collaboration défaillante. Sur le plan psychiatrique, l'analyse des indicateurs standards conduisait à souligner les discordances chez une assurée qui avait pu fonctionner correctement jusqu'en 2011.
  17. Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2016, l'OAI a nié le droit à une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité calculé en tenant compte d'un revenu d'invalidé déterminé selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) après abattement de 10 %, était de 4 %.
  18. Par acte du 1<sup>er</sup> juillet 2016, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie), puis à la reconnaissance de son droit à toutes les prestations d'assurance-invalidité.
  19. Dans son complément de recours du 30 août 2016, la recourante a allégué que l'expertise du CEMed n'avait aucune valeur probante au motif que la décision litigieuse ne se basait pas sur un examen complet du dossier médical dans la mesure où ce dernier ne comportait aucun élément postérieur à 2012. Elle a reproché aux experts de ne pas avoir du tout contacté son médecin traitant et son psychiatre pour connaître leur avis, surtout s'agissant d'un trouble dépressif récurrent pour lequel une discussion avec lesdits médecins était particulièrement importante. Les explications données par les experts pour exclure le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, étaient en contradiction avec leurs constatations. Le rapport d'expertise n'examinait pas si le diagnostic de fibromyalgie était incapacitant au regard des critères de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, mais tenait compte d'éléments qui n'étaient plus requis par la jurisprudence, à savoir l'absence de comorbidité psychiatrique manifeste. En outre, les experts avaient exclu une diminution de rendement sans aucune explication à ce sujet. Enfin le taux d'abattement retenu de 10 % était largement insuffisant et devait être pris en compte au moins à 20 %.

Elle a produit dans la procédure deux rapports, l'un établi le 3 août 2016 par le docteur M\_\_\_\_\_, médecin interne au CAPPI, et l'autre du 25 août 2016 émanant de la Dresse B\_\_\_\_\_. Selon cette dernière, l'état de santé actuelle de la recourante tant sur le plan physique que psychique ne lui permettait de travailler. Elle a considéré que tant les souffrances faisant suite au diagnostic de fibromyalgie que ce dernier étaient incapacitants. D'après le Dr M\_\_\_\_\_ qui suivait la recourante depuis novembre 2015, celle-ci souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F33.1). Les limitations fonctionnelles actuelles consistaient en fatigabilité, sensibilité au stress et irritabilité dans les relations interpersonnelles. S'agissant des seuls troubles psychiques, la capacité de travail serait de 40 % dans l'activité antérieure ainsi que dans une activité adaptée avec un rendement réduit.

Toutefois, il fallait également prendre en considération les problèmes physiques et le background socioculturel de la recourante.

20. Dans sa réponse du 27 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a observé que dans sa nouvelle jurisprudence en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables, le Tribunal fédéral avait maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. A cet égard, les experts avaient fait état de nombreuses observations allant clairement dans le sens d'une exagération, notamment en décrivant la recourante lors de l'examen de médecine interne comme collaborante et orientée mais démonstrative. Lors de l'examen clinique rhumatologique, les palpations étaient décrites comme hyper douloureuses alors que ledit examen n'objectivait que de discrets troubles dégénératifs sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, l'expert retenait que les plaintes subjectives étaient plus marquées que les constats objectifs. Dans son rapport complémentaire, le Dr I\_\_\_\_\_ relevait que tant sur le plan rhumatologique que psychique, une discordance entre les plaintes et les constats objectifs avait été notée. Au vu dudit rapport complémentaire, on ne saurait considérer que ladite expertise ne correspondait pas aux nouveaux réquisits jurisprudentiels. En tout état de cause, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdaient pas en soi leur valeur probante. Seules divergeaient entre les médecins traitants de la recourante et les experts, l'intensité du trouble dépressif et son incidence sur la capacité de travail, divergence qui ne reposait sur aucun critère objectif. L'intimé n'avait pas abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 10% en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles. Etant donné que la capacité de travail exigible de la recourante était entière, il ne voyait pas en quoi il faudrait également tenir compte d'une capacité de travail partielle.

Il a produit dans la procédure un nouvel avis médical de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2016 selon lequel l'analyse des indicateurs standards démontrait que la dimension fibromyalgique dans les douleurs ne pouvait pas être reconnue comme incapacitante. Le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ ne contenait aucun élément objectif ou de status, ni d'information concernant la dynamique du trouble dépressif. Il suggérait que le trouble dépressif était en amélioration par rapport à 2012. Tant ce rapport que celui de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 28 août 2016 constituaient une appréciation différente d'un même état de fait.

21. Dans sa réplique du 31 octobre 2016, la recourante a contesté que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral aurait renforcé la portée des motifs d'exclusion. Elle a également contesté que l'expertise du CEMed ferait état de constatations allant dans le sens d'une exagération et a observé que le diagnostic de fibromyalgie impliquait que les plaintes ne pouvaient pas être objectivées. Par conséquent, il n'y avait pas de critères d'exclusion au sens de la jurisprudence. L'état de fait des deux arrêts invoqués par l'intimé dans lesquels le Tribunal fédéral a considéré qu'une

nouvelle expertise était superflue n'était en rien comparable à sa situation dès lors que son médecin traitant ne faisait pas état d'exagération, qu'elle ne refusait pas les traitements proposés, qu'il n'y avait pas de divergences gravissimes entre son comportement et les constatations objectives et qu'elle ne présentait ni un état passif, ni un comportement inadéquat. Tant le rapport d'expertise que son complément n'avaient pas examiné dans une perspective globale les interférences entre ses diverses atteintes à la santé, l'impact sur ses atteintes à la santé et ses ressources mobilisables. L'expertise n'avait pas davantage investigué sa perte d'intégration sociale.

22. Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé.
23. Le 11 mars 2017, la chambre de céans a procédé à une comparution personnelle des parties. La recourante ne s'est pas présentée. Son mandataire a indiqué que la recourante conteste également le volet rhumatologique de l'expertise du CEMed car il manque une analyse des effets de la fibromyalgie sur la capacité de travail. Pour l'instant la recourante s'estime totalement incapable de travailler sur la base de l'avis de la Dresse B\_\_\_\_\_. Elle est actuellement suivie au CAPPI des Pâquis ainsi que par la Dresse B\_\_\_\_\_. Elle n'a pas de suivi rhumatologique. Elle conteste le caractère non incapacitant des diagnostics posés par la Dresse J\_\_\_\_\_. Les limitations principales de la recourante sont des douleurs aux épaules, au dos, aux cervicales, aux genoux ainsi que de la fatigue et de la difficulté à se déplacer et à bouger. Il y a en plus des problèmes psychiques qui entraînent une difficulté à se motiver, à se prendre en charge, une perte d'énergie et une perte d'élan.
24. Le 23 mars 2017, la recourante a indiqué qu'elle ne s'était pas présentée à l'audience car elle avait compris qu'elle était convoquée à une autre heure.
25. Le 15 mai 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise bidisciplinaire au docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, Genève, ainsi qu'à la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, 1206 Genève, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
26. Le 29 mai 2017, l'OAI a communiqué un avis du SMR du 24 mai 2017 selon lequel une nouvelle expertise n'était pas utile, celle du CEMed étant probante.
27. La recourante n'a pas fait d'observations.

**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<sup>er</sup> 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 1<sup>er</sup> juin 2016, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (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).

4. 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).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si, au vu de son état de santé, elle dispose d'une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée.
6. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une

---

demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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).

7. 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 malade, 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. A 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

8. 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).

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.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

9. 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).

10. 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.

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. A 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 (inévitable) 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).

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).

11. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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).

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).

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 n'est plus du tout ou seulement partiellement 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. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

e) 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).

12. 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).

Les expertises 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).

13. En l'espèce, le rapport d'expertise du 18 juin 2015 comporte un résumé du dossier ainsi qu'une anamnèse, il consigne les plaintes de la recourante et a été établi après examens de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie ainsi qu'un nouvel examen radiologique des genoux et des colonnes cervicale et lombaire. Les experts retiennent avec incidence sur la capacité de travail, des cervicalgies/cervico-brachialgies chroniques bilatérales à prédominance droite - irritatives mais non déficitaires - dans le cadre de troubles dégénératifs, une périarthrite scapulo-humérale bilatérale chronique et des gonalgies bilatérales sur gonarthrose débutante bilatérale. Dans ce cadre précis, il existe une incapacité de travail entière dans l'activité de femme de chambre. En revanche, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement depuis le début de l'incapacité de travail.

Selon le status de médecine interne, la collaboration est bonne d'emblée. Durant toute la durée de l'entretien, la recourante reste assise sans changer constamment de position et ne demande pas à se lever. Les gestes de déshabillage et d'habillage sont effectués en position debout sans difficulté particulière, mais accompagnés souvent de soupirs.

L'expert rhumatologue retient un diagnostic de fibromyalgie au vu de l'anamnèse (arthralgies, myalgies diffuses et fatigue), de l'examen clinique avec présence de seize trigger points positifs sur dix-huit (18/18) et de trois signes de non-organicité de Waddel sur cinq évoquant une composante psychogène à la symptomatologie algique. Au status rhumatologique, il observe que l'habillage et le déshabillage s'effectuent de façon un peu laborieuse, de même que la mobilisation sur la table d'examen ou en position statique debout. Toutefois, la recourante est collaborante et orientée mais démonstrative. Il explique qu'il se distancie de l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ car les cervicalgies et les cervico-brachialgies peuvent être expliquées par une volumineuse hernie cervicale C5-C6 avec conflit discoradiculaire mis en évidence par l'IRM du 24 mars 2015. Il en conclut que l'ancienne activité professionnelle de femme de chambre n'est plus exigible au vu des limitations fonctionnelles générées tant par les troubles dégénératifs marqués de la colonne cervicale en particulier que par la gonarthrose bilatérale et la périarthrite scapulo-humérale bilatérale qui s'associent à la pathologie cervicale. En revanche, il considère qu'une activité adaptée est exigible à 100%.

Quant au volet psychiatrique de l'expertise du CEMed, le Dr I\_\_\_\_\_ ne retient aucun trouble psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail, mais au vu de l'atteinte chronique de l'humeur, une dysthymie présente depuis 2008 et ne justifiant aucune incapacité de travail. Il relève une humeur fluctuante à dominante dysphorique, une asthénie vitale et une anergie avec anhédonie, sans ruminations négatives et idéations suicidaires. La chronicité et la stabilité de la symptomatologie dans le temps sont sources d'inconfort mais n'empêchent pas la recourante de fonctionner au quotidien. Cette symptomatologie a au maximum une intensité légère et sa sévérité est clairement insuffisante pour évoquer un trouble dépressif

récurrent. Compte tenu des constats cliniques qui mettent en évidence une atteinte thymique au maximum légère, le Dr I\_\_\_\_\_ estime que cette pathologie quoique chronicisée n'est pas invalidante sur le plan professionnel. Au status psychique, l'expert psychiatre considère que la recourante se montre dans l'ensemble assez démonstrative et a une collaboration paraissant souvent limitée au motif qu'elle répond avec imprécisions aux questions posées ou avec des « je ne sais pas » et que pour préciser les réponses vagues, il est nécessaire de lui poser à plusieurs reprises la même question. Par exemple, elle ne se souvient pas de l'âge précis de ses enfants, ni de certaines dates importantes. Son discours est uniquement centré sur les plaintes. Elle a de la peine à maintenir son focus d'attention et a une grande tendance à être digressive. La tristesse est visible, particulièrement au début de l'entretien où sa mimique très expressive exprime la dysphorie et l'abattement. Progressivement au cours de l'entretien, cette apparence s'estompe. Elle exprime un certain découragement avec un pessimisme grandissant en ce qui concerne son existence. Il n'y a pas d'argument en faveur de la présence de phénomènes hallucinatoires ou de type automatisme mental. Ni l'histoire personnelle, ni les constatations objectives ne suggèrent la présence d'un trouble de la personnalité préexistant. L'expert observe que la fibromyalgie n'est pas associée à une autre pathologie psychiatrique sévère, qu'il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé et pas d'échec des traitements ambulatoires. Dans son rapport complémentaire du 17 février 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ reprend les explications contenues dans le rapport d'expertise et précise que la recourante ne présente pas de perte d'intégration sociale au motif que celle-ci est préservée sur le plan familial et que ses capacités à interagir avec autrui sont intactes.

En définitive, le Dr I\_\_\_\_\_ diagnostique une dysthymie d'intensité légère et nie le caractère invalidant de la fibromyalgie. Il ne retient pas l'existence d'un trouble dépressif récurrent – posé par la Dresse D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 mars 2012 et par les médecins du CAPPI dans leurs rapports des 18 mai 2012, 17 décembre 2012 et 3 août 2016 – au motif que l'atteinte chronique de l'humeur constatée lors de son examen du 24 février 2015 n'a pas la sévérité suffisante pour évoquer un tel trouble dépressif récurrent. Une telle motivation n'est pas suffisante car les psychiatres traitants de la recourante qui la suivent depuis le 14 juillet 2011 ont eu le recul temporel pour poser un diagnostic psychiatrique précis sur la base de leurs observations régulières de la recourante. En effet, depuis le début de son incapacité de travail le 14 juillet 2011, l'état de santé psychique de la recourante a notamment entraîné un tentamen médicamenteux le 15 septembre 2011, avec hospitalisation en urgence aux HUG lors de laquelle les diagnostics notamment de trouble de l'adaptation avec anxiété et trouble dépressif non spécifique ont été posés. Depuis cette hospitalisation, la recourante est suivie par un psychiatre et en dernier lieu par le service psychiatrique des HUG qui font tous état d'un trouble dépressif récurrent et d'une incapacité de travail. Ainsi, selon les rapports du CAPPI des 18 mai 2012 et 17 décembre 2012, la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode

moyen, et les symptômes dépressifs ainsi que les idées suicidaires ont diminué depuis le mois de juin 2012 sans que la persistance de nombreux symptômes dépressifs ne permette une reprise du travail. Dès lors, ces rapports font état d'une modification de l'état psychique de la recourante sur laquelle l'expert devait prendre position. En effet, son évaluation ne devait pas se limiter à une photographie de la situation constatée lors de son examen, mais devait englober la période courant depuis le début de l'incapacité de travail de la recourante jusqu'à la date dudit examen. En outre, il retient l'absence d'argument en faveur de phénomènes hallucinatoires alors que le Dr F\_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 18 mai 2012 que si la recourante ne présente pas d'éléments psychotiques, elle a l'impression qu'une personne l'appelle et que la Dresse B\_\_\_\_\_ note également dans son rapport du 6 mai 2012 la présence d'hallucinations auditives et visuelles. Au vu des plaintes de la recourante mentionnées par ces médecins, l'expert psychiatre devait les analyser et expliquer de façon détaillée pourquoi il n'en tient pas compte dans son appréciation, ce qu'il n'a pas fait, de sorte que celle-ci est lacunaire pour ces deux premiers motifs.

De plus, l'expert psychiatre ne discute pas les rapports d'expertise des Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. Or, le second retient pourtant une incapacité de travail en raison d'un épuisement professionnel qu'il fixe à 100% jusqu'au 30 novembre 2011, puis à 50% du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2011 au vu de l'absence d'antécédents psychiatriques, étant précisé que selon le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 6 mars 2012, la recourante souffre d'un trouble dépressif depuis 2006, ce qui invalide le pronostic favorable du Dr E\_\_\_\_\_. Celui-ci mentionne également une impossibilité d'introspection qui peut expliquer les réponses vagues de la recourante aux questions du Dr I\_\_\_\_\_, sans que de telles réponses ne permettent à l'expert psychiatre de justifier le diagnostic qu'il retient et d'apprécier la gravité du trouble. Dans ces conditions, il eût été judicieux que l'expert s'entretienne avec les spécialistes qui suivent régulièrement la recourante, ce d'autant plus qu'il a fondé son analyse sur leurs rapports, mais qu'il s'est écarté des diagnostics posés.

Quant à la Dresse J\_\_\_\_\_, tout en expliquant que les cervicalgies et les cervico-brachialgies sont corrélées à une hernie volumineuse discale C5-C6 avec conflit discoradiculaire, elle conclut à une capacité de travail entière de la recourante dans une activité adaptée sans diminution de rendement. Sur le plan rhumatologique, elle relève que la recourante se plaint notamment de cervicalgies qui se manifestent par des douleurs permanentes, plutôt diurnes, mais qui parfois la réveillent la nuit. Ses conclusions quant à l'absence d'une diminution de capacité de travail dans une activité adaptée ou à tout le moins d'une diminution de rendement en raison des douleurs provoquées par ladite hernie apparaissent ainsi contradictoires.

Par ailleurs, les experts retiennent une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le début de l'incapacité de travail alors que l'expert psychiatre observe une diminution de l'endurance en lien avec une fatigue chronique. Or, souffrant d'une fatigue chronique et d'une diminution de l'endurance, la recourante

---

ne semble pas être en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée du jour au lendemain, sans lui laisser un temps d'adaptation et de réentraînement au travail. Par conséquent, leurs conclusions sont également contradictoires.

Au vu de ces diverses lacunes et contradictions, l'expertise du CEMed n'a pas de valeur probante de sorte que, la chambre de céans ne peut pas se baser sur ses conclusions pour statuer, ni sur les divers rapports des médecins traitants qui ne sont pas suffisamment précis et détaillés.

14. Les experts ayant retenu le diagnostic de fibromyalgie, mais exclu toute répercussion de ladite atteinte sur la capacité de travail de la recourante, il convient au préalable de déterminer quels sont les critères jurisprudentiels applicables.

Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (*ex nunc et pro futuro*; ATF 140 V 154 consid. 6). A fortiori, une nouvelle jurisprudence s'applique immédiatement lorsqu'elle intervient avant le prononcé de la décision. Par conséquent, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral de l'ATF 141 V 281 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

En l'espèce, les conclusions des experts concernant les répercussions de la fibromyalgie sur la capacité de travail de la recourante se basent sur les anciens critères jurisprudentiels. En effet, même si le 6 août 2015, le SMR a requis un complément d'expertise aux fins d'examiner l'incidence de la fibromyalgie selon les critères de l'ATF 141 V 281, dans son rapport complémentaire du 17 février 2016, l'expert psychiatre répond laconiquement en se bornant à reprendre les constatations contenues dans la partie psychiatrique du rapport d'expertise alors que les diagnostics relevant de troubles psychiques impliquent des exigences de motivation particulièrement élevées. En outre, il n'est pas possible de se faire une idée précise de l'interaction entre la dysthymie, la fibromyalgie et les troubles dégénératifs marqués de la colonne cervicale, plus particulièrement les hernies discales C5-C6 et C6-C7 diagnostiqués par les experts, des indications précises sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante faisant défaut. Il n'est pas davantage possible de déterminer si les ressources personnelles de la recourante sont diminuées par l'existence de comorbidités psychiatriques et somatiques justifiant la reconnaissance de limitations fonctionnelles. En effet, le rapport d'expertise ne contient aucune indication sur les ressources de la recourante et sa capacité à les mobiliser, au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activités dans les domaines comparables de la vie. Il n'aborde pas davantage les fonctions complexes du Moi, notamment le contrôle des affects et des impulsions alors que la recourante fait preuve d'impulsivité et se plaint d'agressivité. Il manque également dans l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, des éléments suffisants pour se faire une idée sur la cohérence, du point de vue du comportement, étant précisé que la recourante ne sort quasiment plus de chez elle. En outre, l'expert psychiatre affirme que la recourante ne présente pas de perte d'intégration sociale sans

procéder à une comparaison du niveau d'activité sociale de la recourante avant et après la survenance de l'atteinte à la santé, alors que la recourante précise qu'elle ne dispose plus d'aucun réseau amical.

Dès lors, outre ses lacunes et contradictions, l'expertise ne permet pas une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants (cf. ATF 141 V 281 consid. 2, 4 et 8).

15. a) L'intimé soutient qu'il existe un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence permettant de déduire que l'atteinte à la santé de la recourante ne présente pas un degré de gravité suffisant dès lors que de nombreuses observations des experts font état d'une exagération des symptômes.

Pour sa part, la recourante conteste que la nouvelle jurisprudence ait maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion.

b) Dans sa nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

c) En l'espèce, le contenu de l'expertise ne permet pas de se faire une idée quant à la présence d'indices d'une éventuelle exagération des symptômes de la part de la recourante (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Si à première vue, le Dr I\_\_\_\_\_ semble pencher en faveur de signes d'exagération puisqu'il indique que la recourante se montre dans l'ensemble assez démonstrative et met en évidence un tableau clinique relativement discordant entre l'observation objective et les plaintes de la recourante, toutefois, il ne se prononce pas clairement à ce sujet, notamment en indiquant si les plaintes l'ont laissé insensible ou en mentionnant l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. Par ailleurs, l'intimé omet de prendre en compte que le diagnostic de fibromyalgie n'est posé que si des troubles objectivables ne sont pas diagnostiqués, de sorte que par définition lorsqu'un tel diagnostic est retenu les plaintes subjectives ne correspondent pas aux constats objectifs. En effet, dans le cas de la fibromyalgie, la manifestation clinique consiste en plaintes douloureuses diffuses et il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable

---

pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1). Elle passe également sous silence, la collaboration considérée comme bonne par les spécialistes en médecine interne et en rhumatologie. Seul le psychiatre fait état d'une collaboration souvent limitée qui toutefois ne semble pas tenir compte de l'impossibilité d'introspection de la recourante, du recours à un traducteur et de l'absence du port de ses appareils auditifs, tous éléments qui ont rendu la communication difficile, ce qui est confirmé par le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ précisant que la recourante lui a été adressée en raison notamment de difficultés de communication en lien avec la langue. Aussi, le cas d'espèce ne saurait être assimilé à celui jugé le 29 septembre 2015 par le Tribunal fédéral (8C\_562/2014), dans lequel les motifs d'exclusion du droit aux prestations étaient clairement réalisés, vu la tendance à l'exagération, le comportement revendicateur de l'assuré et les divergences entre les informations données par celui-ci et le médecin traitant. Il ne saurait pas davantage être assimilé à l'arrêt 9C\_899/2014 du 29 juin 2015 où les rapports médicaux faisaient état à répétition de reprises du manque d'intérêt du recourant pour une thérapie qui spéculait sur une rente. Ils documentaient également une grave discrépance entre le comportement de l'assuré pendant l'examen (inclinaison du corps et claudication grotesque) et les observations de l'examineur (démarche correcte avec une légère claudication sans inclinaison du corps) à la sortie du bâtiment dans lequel l'examen avait eu lieu (consid. 4.3.2). Le cas d'espèce n'est également en rien comparable avec l'arrêt 9C\_173/2015 du 29 juin 2015 qui décrit également des motifs d'exclusion évidents, à savoir une mesure de mobilité variable de la colonne vertébrale pendant et en dehors de la situation d'examen, un comportement passif du recourant dans tous les domaines alors que son épouse est en incapacité de travail à 100% et doit seule s'occuper du ménage de sept personnes sans son aide (consid. 4.2.5 et 4.2.7).

Dans le cas d'espèce, au vu de l'absence de motifs d'exclusion évidents et de la divergence de diagnostics posés par les divers médecins, il n'est pas possible de conclure à l'absence d'atteinte à la santé du recourant ouvrant le droit à des prestations sans procéder à une instruction complémentaire, comme semble le soutenir l'intimé.

16. a) 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).
- b) En l'espèce, la chambre de céans constate qu'il s'est écoulé deux ans entre la communication par l'intimé de la mise en œuvre d'une expertise, le 4 avril 2013, et le rapport d'expertise du 18 juin 2015. Par conséquent, même si le renvoi à l'intimé serait justifié dès lors que le dossier ne contient pas d'expertise médicale répondant aux nouvelles exigences jurisprudentielles, au vu de l'écoulement du temps, il

convient de mettre en œuvre une expertise judiciaire bi-disciplinaire  
rhumatologique et psychiatrique.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Madame A\_\_\_\_\_.
2. Commet à ces fins la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, 1206 Genève, et le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, Genève.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
  - c) examiner et entendre l'assurée en présence d'un interprète serbo-croate, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de la personne.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.  
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
  5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
  6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
  7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).
  8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de

soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
11. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
13. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
14. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,
  - a) dans l'activité habituelle
  - b) dans une activité adaptée.
15. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,
  - a) dans l'activité habituelle
  - b) dans une activité adaptée.
16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
17. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
18. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
19. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
20. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
21. Formuler un pronostic global.
22. Toute remarque utile et proposition des experts.

5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :

- a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
- c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.

- d) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
- e) Quel est le contexte social ? L'intéressée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
- f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?
- g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

6. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

7. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

8. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le