

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2241/2016

ATAS/817/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 septembre 2018**

**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 ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs.**

---

---

**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 ont 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 humatologie 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 déprimé. 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 indiqué une consultation le 20 février avec le Dr H\_\_\_\_\_ et le 24 février avec les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Les experts 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 entraine 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.

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.

Le Dr I\_\_\_\_\_ relève que l'assurée se plaint de douleurs persistantes, d'un épuisement à la moindre tâche, de maladresse, de sensation chronique de fatigue, d'un manque d'énergie, d'envie, de manque total de plaisir dans l'existence ; elle ne fait quasiment rien et passe son temps très souvent alitée à se reposer. Elle se recouche rapidement après s'être levée le matin ; elle n'arrive plus à faire le ménage ; elle ne sort quasiment plus de chez elle ; elle ne lit pas, regarde peu la télévision et n'a plus de réseau amical.

14. Dans un avis médical du 6 août 2015, la doctoresse 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 dysphorique 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 défailante. 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 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. 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 O\_\_\_\_\_ 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 faisait 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 contestait également le volet rhumatologique de l'expertise du CEMed car il manquait une analyse des effets de la fibromyalgie sur la capacité de travail. Pour l'instant la recourante s'estimait totalement incapable de travailler sur la base de l'avis de la Dresse B\_\_\_\_\_. Elle était actuellement suivie au CAPPI des Pâquis ainsi que par la Dresse B\_\_\_\_\_. Elle n'avait pas de suivi rhumatologique. Elle contestait le caractère non incapacitant des diagnostics posés par la Dresse J\_\_\_\_\_. Les limitations principales de la recourante étaient 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 avait en plus des problèmes psychiques qui entraînaient 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 P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, HUG - à Genève, ainsi qu'à la doctoresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève, et leur a imparté 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.
28. Par ordonnance du 12 juin 2017 (ATAS/474/2017), la chambre de céans a confié une expertise bidisciplinaire aux Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Elle a considéré ce qui suit :
  - a. 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.

- b. 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).

- c. 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.

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).

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

passé 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 réitérées reprises du manque d'intérêt du recourant pour une thérapie qui spéculait sur une rente. Ils documentaient également une grave discrédance 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.

29. Le 9 mars 2018, les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport d'expertise.

S'agissant du volet rhumatologique, le Dr P\_\_\_\_\_ a ajouté au dossier des avis médicaux rendu par le Dr R\_\_\_\_\_, FMH chirurgie de la main, le Dr S\_\_\_\_\_, FMH neurologie et le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des HUG, rendus entre le 12 juin 2015 et le 18 juillet 2017 ainsi que des examens d'imagerie réalisés entre le 15 novembre 2016 et le 16 janvier 2018.

L'assurée se plaignait de douleurs au dos, épaule, mains et genoux, aggravées le matin, d'aspect mécanique avec une fatigue intense.

Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de spondylarthrose cervicale (M4792) avec hernie discale (M502) sans myélopathie ni radiculopathie depuis 2011 au moins, de lombalgies chroniques (M545), depuis 2011 au moins, de gonarthrose primaire bilatérale, modérée à gauche, débutante à droite (M17), depuis 2011 au moins, de tendinopathie scapulohumérale bilatérale prédominant à gauche (M75.1), depuis 2011 au moins, actuellement avec bursite (M75.5), de fibromyalgie (M79.0) selon les critères ACR 2010 score WPI 7/19, score SSS 10/12, score total 19/31, de syndrome du tunnel carpien droit, persistant après intervention dans un contexte de fibrose péri-neurale (G56.00).

Le diagnostic de fibromyalgie et sa cohorte de symptômes somatiques d'accompagnement venait s'ajouter à d'autres diagnostics rhumatologiques qui étaient eux-mêmes responsables de douleurs. Pour chaque région il était très difficile de faire la part des choses entre ce qui était dû à ce syndrome et ce qui était attribuable aux autres diagnostics. On notait toutefois de manière globale que les endroits où les pathologies étaient les plus sévères cliniquement et radiologiquement (cervical, épaules, poignet droit et genou gauche) étaient également ceux où les plaintes étaient les plus importantes. Les répercussions fonctionnelles de ce diagnostic se manifestaient par une diminution des capacités de résistance et de persévérance d'une tâche en raison de l'augmentation plus rapide de la douleur et d'une fatigabilité accrue.

La plupart des plaintes rhumatologiques étaient objectivées par l'examen clinique et pour partie par les examens complémentaires. Une partie de la symptomatologie était liée à la fibromyalgie.

Il n'y avait pas d'exagération de symptômes.

La spondylarthrose cervicale et le syndrome cervico-vertébral, qui en était l'expression clinique, entraînait une limitation à rester dans la même position plus d'une à deux heures sans avoir la possibilité de changer de position, y compris en position assise. Les mouvements en rotation /inclinaisons/flexion-extension étaient limités dans leur amplitude et ne pouvaient pas être réalisés de manière répétée et soutenue. Le port de charge, surtout à bout de bras, était limité à quelques kilos et ne pouvait pas être exigé de manière répétée. La lombalgie commune et le syndrome lombo-vertébral, qui en était l'expression clinique, entraînait une limitation dans toutes les activités de port de charge répété même avec des charges modérées. Les activités en porte-à-faux ou en torsion devaient rester exceptionnelles. Les positions statiques prolongées, surtout le piétinement, étaient limitées à 20-30 degrés. Les atteintes des épaules, prédominant fonctionnellement à gauche, limitaient le port de charge répétitif à quelques kilos. Les activités au-dessus de la hauteur des épaules ne pouvaient plus être exigibles de manière répétée avec le membre supérieur gauche. Les mouvements répétitifs et cadencés des épaules n'étaient pas exigibles. La gonarthrose bilatérale prédominant à gauche limitait la marche à moins d'1 km, et contre-indiquait les activités dans les escaliers sur les échelles et en position basse (à genou ou accroupi). L'intensité de la

fibromyalgie entraînait une restriction supplémentaire en termes d'intensité et de durée des tâches considérées comme raisonnablement exigibles.

Les diagnostics retenus avaient pour conséquence une incapacité complète tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. D'un point de vue rhumatologique on assistait à une progression du handicap fonctionnel qui concernait actuellement non seulement le rachis cervical et lombaire mais également les membres supérieurs et le membre inférieur gauche. En conséquence, il devenait très difficile de concevoir un poste de travail qui soit adapté à toutes ces limitations.

D'un point de vue purement rhumatologique il était difficile de dater précisément la survenance de l'incapacité de travail durable. L'anamnèse ne permettait pas de remonter précisément dans le temps. Les éléments radiologiques montraient une aggravation progressive, il était donc possible que l'état actuel ne reflétait pas entièrement celui de 2011. Les éléments obtenus à travers les deux expertises précédentes étaient problématiques car l'impact fonctionnel intrinsèque de la fibromyalgie ainsi que son impact en interaction avec les autres n'avaient pas été pris en compte. Il était probable que l'impact fonctionnel aient été déjà plus important à l'époque, ce que corroborait les rapports médicaux du médecin traitant.

Les diagnostics avec atteinte structurelle s'étaient aggravés au fil des années (épaules, rachis cervical et genou), en particulier depuis l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ de septembre 2011 ; la Dresse J\_\_\_\_\_ en février 2015 avait fait état d'une atteinte aux épaules incapacitante mais n'avait pas retenu de limitations due à cette pathologie ; la fibromyalgie n'avait pas été évaluée selon les critères de 2010 tenant compte d'éléments ayant potentiellement un impact fonctionnel (fatigue, trouble du sommeil, autres symptômes somatiques) ; les répercussions fonctionnelles directes et intriquées avec les autres pathologies rhumatologiques n'étaient pas abordées.

S'agissant du volet psychiatrique, la Dresse Q\_\_\_\_\_ avait indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs partout, de manque d'élan vital, de grande fatigabilité et de sentiment de ne plus servir à rien dans sa vie et celle de ses proches, d'irritation au bruit, entraînant de l'agressivité, d'oubli, d'un moral mauvais et d'isolement social.

L'examen clinique actuel relevait la présence d'une diminution de la concentration et de l'attention, d'une diminution de l'estime de soi, d'idées de dévalorisations, d'une attitude pessimiste face à l'avenir, d'une perturbation du sommeil, d'une diminution de l'appétit, ce qui amenait six éléments ou critères généraux d'un épisode dépressif selon le CIM-10 ou ICD-10. De plus, la présence d'une diminution marquée de l'intérêt ou de plaisir pour des activités habituellement agréables (shopping, promenades en ville), la diminution de la réactivité émotionnelle à des activités déclenchant normalement une réaction (arrivée de ses petits-enfants, partages de moments en famille), le ralentissement psychomoteur, la

baisse de l'appétit, la baisse de la libido, amenaient à la conclusion qu'un syndrome somatique était présent chez l'assurée.

La présence de six critères généraux, ainsi que la présence d'idées noires et le handicap important dans la vie de tous les jours permettait de situer le niveau de gravité à sévère. Il y avait un syndrome somatique (présence de cinq critères) ce qui était habituellement le cas dans un syndrome dépressif sévère. Il n'y avait pas de symptômes psychotiques actuellement.

L'experte a ainsi posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent F33.2, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques entraînant une incapacité de travail totale.

Le premier épisode dépressif datait de 2006 ; il s'était amendé. Le second épisode dépressif, celui qui s'était chronicisé et qui justifiait le diagnostic de troubles dépressifs récurrent, datait de 2009, avec un tentamen en septembre 2011, une amélioration très incomplète dès juin 2012, et une péjoration depuis 2016 avec chronicisation des symptômes dépressifs. Ceux-ci péjoraient considérablement les ressources personnelles de l'assurée pour faire face à ses douleurs.

Il était difficile de dater précisément le début de l'incapacité de travail totale dans la mesure où de façon anamnétique le Dr M\_\_\_\_\_, en août 2016, fixait une incapacité de travail à 40 % alors que les autres médecins concernés l'avaient fixée à 100 %. Le Dr M\_\_\_\_\_ avait évoqué le 3 août 2016 un épisode dépressif récurrent léger à moyen. Actuellement ce trouble était sévère.

Les experts ont procédé à une appréciation consensuelle du cas et relevé que les atteintes fonctionnelles étaient sévères tant sur le plan psychiatrique que sur le plan ostéo-articulaire. Considérées séparément, l'incapacité de travail était totale en raison d'un trouble de l'humeur de type dépressif sévère qui s'était chronicisé depuis plusieurs années. D'un point de vue rhumatologique, on ne pouvait exclure qu'une capacité résiduelle (par exemple un 50 % dans un poste adapté) aurait pu être considérée en l'absence du trouble psychiatrique associé même si la multiplicité des zones fonctionnellement atteintes rendait problématique toute tentative d'adaptation du poste. Quoi qu'il en fut le trouble dépressif récurrent d'intensité sévère aggravait sans aucun doute le seuil de déclenchement de la douleur, de même qu'il pouvait en aggraver le ressenti subjectif. Il pouvait également limiter les ressources mobilisables pour faire face aux différents problèmes somatiques évoqués dans le volet rhumatologique de cette expertise pluridisciplinaire, ce qui en retour aggravait encore les douleurs par manque de mobilisation. L'assurée était donc prise dans un cercle vicieux depuis plusieurs années. En tenant compte de tous les facteurs présents (y compris les facteurs de type manque illettrisme, difficultés linguistique, isolement social et familial), l'espoir d'un renversement de situation était malheureusement illusoire.

30. Le 9 avril 2018, le Dr U\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel l'assurée présentait à l'heure actuelle une incapacité de travail totale dans toute activité mais

---

que cela n'était pas le cas lors des expertises des Drs C\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ; l'aggravation de l'état de santé était bien postérieure à la décision de juin 2016.

31. Le 11 avril 2018, la recourante a observé que les expertises judiciaires avaient pleine valeur probante, de sorte qu'il fallait retenir une incapacité de travail totale ; s'agissant de sa survenance, les experts n'avaient pas fixé de date précise ; la Dresse Q\_\_\_\_\_ indiquait à tort que le Dr M\_\_\_\_\_ avait établi le 3 février 2016 une incapacité de travail de 40 % car il s'agissait de la capacité de travail ; il convenait de demander aux experts qu'ils précisent le début de l'incapacité de travail et son évolution dans le temps depuis février 2012.
32. Le 26 avril 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions en relevant que l'aggravation de l'état de santé était à tout le moins postérieure à août 2016, l'experte ayant relevé que le Dr M\_\_\_\_\_ évoquait le 3 août 2016 un épisode dépressif récurrent léger à moyen et une incapacité de travail de 40 % ; l'objet du litige ne pouvait être étendu, faute de précision quant à la survenance de l'aggravation (qui s'était produite entre août 2016 et l'expertise judiciaire).
33. A la demande de la chambre de céans, les experts ont rendu le 25 mai 2018 un complément d'expertise.

Il était possible de dégager du dossier des éléments pour préciser l'évolution de la capacité de travail. Il existait un solide faisceau d'éléments indiquant une augmentation des problèmes somatiques à partir de 2015 : d'abord les douleurs des mains qui conduiront à deux interventions chirurgicales (dont une était un échec), puis des épaules avec une limitation fonctionnelle clairement décrite dans l'expertise de 2015 (bien que non reprise dans l'évaluation des capacités fonctionnelles) et enfin des genoux avec une première consultation pour un avis chirurgical en novembre 2014 (ce qui reflétait en principe un échec thérapeutique avec la persistance d'un handicap fonctionnel important, justifiant la demande du médecin traitant, d'une éventuelle intervention). La prise en charge en orthopédie s'intensifiait ensuite courant 2016 avec une escalade thérapeutique soulignant les échecs des traitements précédents.

Il ressortait de l'expertise multidisciplinaire de 2015, la description d'un tableau clinique explicite relatant une incapacité fonctionnelle sévère aussi bien somatique que psychique ayant envahi la globalité de la vie de l'assurée, non seulement sa capacité professionnelle mais également sa vie sociale et familiale. En l'absence de justification dans le rapport d'expertise, il était difficile de comprendre pourquoi les experts ne tenaient aucun compte de ces éléments lorsqu'ils évaluaient la capacité fonctionnelle résiduelle de l'assurée. De manière plus précise, le Dr I\_\_\_\_\_, dans l'expertise pluridisciplinaire de 2015, décrivait une aboulie, aucun plaisir dans l'existence, une irritabilité, une asthénie, des problèmes de mémoire, une attitude pessimiste face à l'avenir, un sommeil fortement perturbé, une diminution de l'appétit. Dans la journée type décrite dans son rapport clinique, l'assurée préparait son petit-déjeuner puis allait se recoucher. Dans son rapport complémentaire du

17 février 2016, il évoquait le diagnostic de dysthymie, ou trouble de l'humeur d'intensité légère « quoique chronicisée ». Il citait, dans la définition de cette pathologie, que « les patients souffrant de ce trouble restent habituellement capables de faire face aux exigences de la vie quotidienne car les symptômes sont par définition légers et ne sont source que d'un handicap peu marqué. ». Il apparaissait donc une importante différence entre la description clinique d'une part et d'autre part le diagnostic retenu et l'appréciation des capacités professionnelles qui en avait découlé. Ils n'avaient retrouvé dans cette expertise aucun élément justifiant ces incohérences.

Ces éléments permettaient de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à une incapacité de travail totale déjà présente en juin 2015. Ils s'écartaient des conclusions de la précédente expertise, en raison du tableau clinique rapporté par les experts eux-mêmes, et de l'absence de prise en compte des problèmes d'épaule et de la fibromyalgie dans l'évaluation des capacités fonctionnelles faite à ce moment-là.

Pour ce qui était de 2012, les éléments étaient parcellaires et incomplets. Il existait une contradiction entre l'avis du médecin traitant qui était « global » mais peu étayé et celui du Dr C\_\_\_\_\_ qui était centré sur le domaine somatique et quelque peu lacunaire. En conséquence, pour ce point, ils estimaient ne pas avoir suffisamment d'élément pour se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante.

34. Le 2 juillet 2018, la recourante a observé que l'expertise judiciaire était probante et que pour la période précédant juin 2015, il convenait de se référer à l'avis de son médecin traitant et de retenir qu'en 2012 déjà elle était totalement incapable de travailler.
35. Le 17 juillet 2018, la Dresse V\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel, en comparant les deux examens cliniques somatiques et psychiatriques de 2015 et de 2018, il existait une aggravation clairement survenue entre 2015 et 2018.

En particulier, sur le plan psychiatrique on notait une nette aggravation : En 2015, il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, pas de fatigabilité, la thymie était légèrement triste, sans idées suicidaires. En 2018, il y avait un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité, des idées noires et une anxiété. En 2015, pas d'atteinte psychiatrique invalidante, pas de trouble de la personnalité. En 2018, comme comorbidité était reconnu un trouble dépressif récurrent épisode sévère. En 2015, le traitement médicamenteux était composé de Dafalgan, de Ponstan en réserve, Efexor 225 mg/j, Trittico 100 mg/j, sans physiothérapie. En 2018, du Dafalgan, du Brufen 600mg, Efexor 225 mg/j et du Seroquel, et on ne savait pas si elle faisait de la physiothérapie. L'assurée était ainsi légèrement plus traitée en 2018, malgré cela elle s'était aggravée. L'assurée était décrite comme compliant, mais il n'y avait pas eu de dosage sérologique pouvant le confirmer. Axe personnalité : aucune atteinte n'était relevée. Axe contexte social : En 2015, l'assurée préparait un peu les repas. En 2018, elle ne participait à aucune tâche

ménagère, et avait besoin d'aide même pour la douche. Le réseau social était limité à sa famille depuis qu'elle était malade. Catégorie cohérence : limitations uniformes dans tous les domaines comparables de la vie on ne pouvait pas affirmer cela en 2015, alors qu'en 2018, les limitations étaient clairement étendues à tous les domaines de la vie. Avant 2015, lorsqu'elle travaillait, l'assurée pouvait sortir avec des amies, ce qui n'était plus le cas dès 2015. Ressources : l'assurée disposait de bonnes ressources extérieures, de par sa famille aidante. Cohérence : en 2015, les experts relevaient des incohérences au status clinique, et une démonstrativité qui n'étaient pas présentes en 2018. Poids de la souffrance : En 2018, les experts retrouvaient une détresse, non en 2015. Le trouble dépressif présent en 2018, limitait les ressources mobilisables, aggravées par le manque de maîtrise du français et l'illettrisme.

Le complément d'expertise du 25 mai 2018 n'était pas suffisamment convainquant pour admettre qu'une incapacité totale de travail était déjà présente en 2015. L'aggravation était seulement objectivée par l'expertise judiciaire du 13 mars 2018, donc postérieurement à la décision du 1<sup>er</sup> juin 2016.

36. Le 26 juillet 2018, l'OAI a relevé que, selon le SMR, l'incapacité de travail totale ne pouvait remonter à juin 2015. L'aggravation de l'état de santé ne pouvait être admise avant l'expertise judiciaire de 2018, de sorte qu'il maintenait ses conclusions.
37. Le 7 août 2018, la recourante a observé que les experts avaient écartés des éléments considérés par le SMR comme objectifs dans l'expertise de 2015 ; ils avaient démontré que la description clinique faite en 2015 mettait en évidence un isolement social et des répercussions de l'état psychique conséquent sur le fonctionnement quotidien ; par ailleurs, le SMR n'avait pas pris en compte l'intensification du suivi orthopédique dès fin 2014, la dégradation des douleurs des poignets et des mains dès 2015 et l'aggravation au niveau psychiatrique ; le complément d'expertise judiciaire avait pleine valeur probante.
38. Sur quoi, 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<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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur la question de sa capacité de travail depuis 2011.
5. 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).

6. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

---

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

7. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

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 (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 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).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles 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).

Ce diagnostic 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. Il 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).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

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

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche

leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

9. En l'occurrence, l'expertise judiciaire répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, ce qui est admis par les parties. Celles-ci se sont ralliées à la conclusion de l'expertise selon laquelle la recourante est totalement incapable de travailler pour des motifs psychiatriques et rhumatologiques.

Reste litigieuse, la date de la survenance de l'incapacité de travail totale de la recourante ; celle-ci estime qu'elle doit être fixée à l'année 2012 alors que l'intimé l'estime probable au 13 mars 2018 seulement.

A cet égard, la chambre de céans constate que les experts ont d'abord expliqué qu'il était difficile de dater précisément la survenance de l'incapacité de travail durable (expertise P\_\_\_\_\_ p. 28 et Q\_\_\_\_\_ p. 28). Puis, sollicité sur cette question par la chambre de céans, les experts ont réétudié les éléments pertinents du dossier et, après une analyse attentive, notamment de l'expertise du CEMed du 18 juin 2015, ils sont arrivés à la conclusion le 25 mai 2018 que l'incapacité de travail de la recourante était présente, au degré de la vraisemblance prépondérante, dès le mois de juin 2015.

Ce complément d'expertise, détaillé, motivé et convaincant, a pleine valeur probante. Il est fondé sur le constat que les experts du CEMed avaient en réalité déjà décrits un tableau clinique explicite relatant une incapacité fonctionnelle sévère aussi bien somatique que psychique. S'agissant en particulier de l'aspect psychiatrique, les experts ont relevé que le Dr I\_\_\_\_\_ décrivait une aboulie, aucun plaisir de l'existence, une irritabilité, une asthénie, des problèmes de mémoire, une attitude pessimiste face à l'avenir, un sommeil fortement perturbé, une diminution de l'appétit, un alitement la journée ; cette description était incohérente avec l'évaluation du Dr I\_\_\_\_\_, diagnostiquant une dysthymie qui n'affectait pas les capacités de la recourante à faire face aux exigences de la vie quotidienne et qui n'était source que d'un handicap peu marqué.

Les critiques émises par le SMR et l'intimé ne sont pas à même de mettre en doute la survenance de l'incapacité de travail totale psychiatrique de la recourante en juin 2015.

Le SMR se prévaut d'une comparaison détaillée des examens cliniques psychiatriques effectués, d'une part, par l'expert du CEMed en 2015 et, d'autre part, par l'expert judiciaire en 2018.

Du point de vue psychiatrique, les éléments mis en avant par le SMR pour démontrer une nette aggravation de l'état de santé en 2018 ne sont pas déterminants. En particulier, le SMR indique qu'en 2015 il n'y a pas de fatigabilité, d'idées noires, d'anxiété et de ralentissement psychomoteur ; or le Dr I\_\_\_\_\_ a relevé en 2015 que, selon les plaintes de la recourante, la moindre tâche l'épuisait très rapidement, qu'elle devait se reposer, qu'elle avait une sensation chronique de fatigue, de manque d'énergie, qu'elle ne faisait rien, étant la plupart du temps alitée et présentait une asthénie dès le matin ; par ailleurs la recourante a indiqué qu'elle était moins anxieuse, ce qui démontre plutôt qu'elle présentait déjà en 2015 de l'anxiété ; de même s'agissant d'idées noires, elle a seulement spécifié en 2015 que son moral allait un peu mieux, n'ayant plus d'idées suicidaires, ce qui ne veut pas encore dire qu'elle n'avait pas d'idées noires, étant relevé que le Dr I\_\_\_\_\_ se contredit lorsqu'il indique une absence de rumination négative (expertise CEMed p. 20), alors que celles-ci sont mentionnées dans l'anamnèse psychiatrique (expertise CEMed p. 11), ou encore lorsqu'il estime que la symptomatologie n'empêche pas la recourante de fonctionner au quotidien (expertise CEMed p. 20), alors que la description du quotidien révèle que la recourante ne fait quasiment rien, étant très souvent alitée (expertise CEMed p. 11) ; par ailleurs, même si le Dr I\_\_\_\_\_ a exclu un ralentissement psychomoteur, il a mentionné que la marche était devenue difficile, que la recourante était maladroite, avec des difficultés dans la préhension avec les mains et qu'elle n'arrivait pas à suivre les émissions de télévision, ce qui constitue plutôt des éléments en faveur de signes d'un ralentissement psychomoteur.

S'agissant des tâches ménagères, le SMR indique qu'en 2015, la recourante prépare un peu le repas alors qu'en 2018, elle ne participe à aucune tâche ménagère ; or, le Dr I\_\_\_\_\_, dans la description des activités quotidiennes, a relevé que la recourante, si elle en avait la force préparait un petit déjeuner pour elle et son mari mais que, souvent, en raison de ses douleurs, elle devait rapidement se recoucher et qu'elle n'arrivait plus à faire le ménage ; cette description ne correspond pas à celle d'une personne préparant un peu les repas et participant à des tâches ménagères.

Pour le reste, les éléments retenus par le SMR ne sont pas pertinents dès lors qu'ils se réfèrent à l'appréciation psychiatrique du Dr I\_\_\_\_\_ (absence d'une atteinte psychiatrique invalidante, incohérences au status clinique, démonstrativité et absence de détresse), que les experts ont justement remis en cause en estimant qu'il existait une incohérence entre celle-ci et les constatations cliniques du Dr I\_\_\_\_\_.

Au demeurant, la présence d'une atteinte psychiatrique de la recourante totalement incapacitante depuis juin 2015 doit être retenue, selon l'expertise judiciaire et son complément.

---

Par ailleurs, la question du taux d'incapacité de travail dû à l'atteinte somatique, ainsi que la date de sa survenance, peut rester ouverte, la recourante étant déjà totalement incapable de travailler pour des motifs psychiatrique depuis juin 2015.

La recourante estime que, pour la période précédente, les avis de son médecin traitant doivent être pris en compte, de sorte que son incapacité de travail totale doit être admise depuis l'année 2012.

Cette conclusion ne saurait être suivie, les experts judiciaires ayant en particulier relevé que les rapports du médecin-généraliste traitant signalant une incapacité de travail depuis 2011 présentaient peu d'éléments objectifs pour soutenir cette incapacité et que l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ de septembre 2011 se bornait à mentionner un trouble anxio-dépressif récidivant, sans préciser son degré de sévérité et ses répercussions fonctionnelles. Ces éléments parcellaires et incomplets ne permettaient pas d'affirmer une incapacité de travail dès 2012 dans toute activité (complément d'expertise judiciaire). L'incapacité de travail totale de la recourante n'est, dans ces conditions, pas établie, au degré de la vraisemblance prépondérante, avant juin 2015.

Il convient ainsi de retenir que la recourante était totalement incapable de travailler depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015.

10. Au vu de ce qui précède, au jour de la décision litigieuse, le 1<sup>er</sup> juin 2016, la recourante présentait une incapacité de travail totale et durable depuis une année, soit depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015, de sorte que son degré d'invalidité était de 100 %.

Partant, le recours doit être partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016.

11. a. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de

l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C\_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

b. En l'occurrence, vu l'absence de valeur probante de l'expertise du CEMed, il convient de mettre les frais de l'expertise judiciaire, soit CHF 9'428.40, à charge de l'intimé.

12. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée à la recourante 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]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> 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.
3. Annule la décision de l'intimé du 1<sup>er</sup> juin 2016.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016 ;
5. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité à la recourante de CHF 4'000.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Met les frais d'expertise de CHF 9'428.40 à la charge de l'intimé.
8. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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