

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2332/2015

ATAS/913/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 novembre 2015

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître VAN GESSEL Christian

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1958, a exercé la profession d'employée d'entretien pour plusieurs employeurs, à raison de 78% au total jusqu'en octobre 2009, date à compter de laquelle elle a été en incapacité de travail à 100%.
2. Le 21 janvier 2010, l'assureur perte de gain a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) un formulaire d'annonce de détection précoce.
3. Un entretien s'est déroulé dans les locaux de l'OAI le 8 février 2010.
L'assurée a déclaré qu'elle avait subi une chute des organes, puis une thrombose suite à l'opération et plusieurs complications, de sorte qu'elle n'arrive plus à rester debout. Elle souffre d'un état dépressif depuis cette opération.
4. Le 9 février 2010, le médecin du Service médical régional AI (SMR) a ainsi pris note de ce que l'assurée présentait une insuffisance veineuse avec syndrome post thrombotique important, ainsi qu'un état dépressif réactionnel sévère. Il a considéré que l'incapacité de travail était probablement définitive en tant qu'employée d'entretien.
5. L'assurée a dès lors déposé une demande de prestations AI le 22 février 2010.
6. Une évaluation médicale a été réalisée le 19 février 2010 par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, du Centre d'expertise médicale (CEMED), à la demande de l'assureur perte de gain. Le Dr B_____ a posé le diagnostic de status après thrombose iliaque gauche, avec un syndrome obstructif persistant, paraissant toutefois correctement collatéralisé par des varices pré-pubiennes. Le réseau veineux profond, fémoral, poplité et jambier est perméable, sans reflux significatif. Il existe également une varice grande saphène homolatérale, alimentée par une incontinence de la crosse, non compliquée. Le membre inférieur droit est sans particularité. L'incapacité de travail remonte au 24 octobre 2009 en raison de la thrombose. Sur le plan pronostic, il a indiqué que la patiente était actuellement à risque de récurrence thrombotique.
7. Dans un rapport du 15 mars 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a précisé que sa patiente souffrait d'un syndrome post thrombotique du membre inférieur gauche dans les suites d'une thrombose veineuse profonde survenue en octobre 2008 à la suite de l'intervention en gynécologie du 4 septembre 2008. Le Dr C_____ a expliqué que l'assurée l'avait consulté le 20 février 2009 en raison d'un important œdème de la cuisse gauche avec une sensation de tension et des douleurs prenant la cuisse, ainsi que la fosse iliaque gauche, l'empêchant de rester debout sans bouger, ou de rester longtemps assise notamment. L'assurée a mentionné l'apparition d'hémorroïdes à peu près dans le même temps. Elle a été anticoagulée, a bénéficié d'une contention élastique, de physiothérapie de mobilisation et des drainages lymphatiques. Elle a développé une importante circulation collatérale supra-pubienne qui malheureusement s'est

thrombosée début octobre 2009, aggravant les symptômes avec des douleurs intenses notamment de la fosse iliaque gauche. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 24 octobre 2009. Le médecin n'a relevé aucun progrès depuis l'automne 2009.

8. Dans un rapport du 26 mars 2010, le docteur D_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, a retenu le diagnostic d'hémorroïdes stade IV sur syndrome post-thrombotique avec important état dépressif depuis le 1^{er} février 2010. Le pronostic est réservé au vu du risque de récurrence.

Le médecin n'a pas rempli la rubrique relative au taux de capacité de travail, se bornant à indiquer que l'assurée n'exerce aucune activité à l'heure actuelle. En revanche, sur le formulaire concernant les limitations fonctionnelles, il répond qu'aucun des travaux y figurant ne peut être exigé d'elle depuis octobre 2009.

9. Dans son rapport du 13 avril 2010, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a considéré que sa patiente était incapable de travailler à 100% depuis 2008, quelle que soit l'activité envisagée.
10. Par courrier du 6 mai 2010 adressé à l'OAI, le Dr E_____ a fixé la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle, à 0% et dans une activité adaptée, à 100%. À la question de savoir si l'assurée bénéficiait d'un suivi pour l'état dépressif, le médecin a répondu par un point d'interrogation.
11. Dans une note du 15 juin 2010, le médecin du SMR a relevé l'existence d'informations contradictoires entre le médecin traitant, selon lequel l'assurée est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, et l'angiologue, selon lequel l'incapacité de travail est de 100% dans toute activité.
12. Le 4 octobre 2010, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé était resté stable sur le plan somatique, mais qu'il s'était aggravé sur le plan psychologique.
13. Par courrier du 13 octobre 2010 adressé au Dr C_____, les médecins de la Clinique genevoise de Montana, clinique dans laquelle l'assurée a séjourné en octobre 2010 pour un épisode dépressif moyen récurrent et des troubles paniques, ont relevé « thymie triste, anhédonie, aboulie, angoisse importante, ruminations, idées noires sans idées suicidaires actuellement, pas de capacité à se projeter dans l'avenir, diminution de l'estime de soi, dévalorisation, sommeil perturbé, pas d'élément de la lignée psychotique ». Ils ont constaté qu'« au départ, elle se sentait moins angoissée, mais sa thymie restait très fragile. Un risque d'évolution vers un trouble somatoforme douloureux nous paraît non négligeable ».
14. Le Dr E_____ a déclaré quant à lui le 18 octobre 2010 que l'état de santé était resté stationnaire. Il évoque toutefois le diagnostic d'état anxio-dépressif et ajoute à la rubrique « Pronostic » : « cause sinistrose ».
15. L'OAI a informé l'assurée le 16 novembre 2010 qu'il prenait en charge les frais d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie et médecine interne) auprès du CEMED.

16. Le 7 décembre 2010, l'assurée a indiqué qu'elle était suivie depuis un mois par un médecin psychiatre, la doctoresse H_____.

17. L'expertise pluridisciplinaire a été réalisée les 13 janvier, 8 et 9 février 2011, par les docteurs F_____, généraliste, G_____, psychiatre, et B_____.

Les experts ont retenu à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, un épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis l'enfance, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : une obésité de classe I, une possible tendinite des sus-épineux des deux côtés, un trouble panique et un trouble somatoforme indifférencié. La capacité résiduelle de travail est nulle depuis octobre 2009, quelle que soit l'activité envisagée. Sur le plan angiologique, le degré d'incapacité de travail est resté stable depuis février 2010. Sur le plan psychique, il y a persistance d'une incapacité de travail entière. Une nouvelle évaluation psychiatrique est indiquée au début de l'année 2012.

18. Dans une note du 21 novembre 2011, le médecin du SMR constate que l'expertise du CEMED met en évidence un trouble dépressif récurrent avec épisode dépressif moyen et syndrome somatique, ainsi qu'un trouble panique et un trouble somatoforme indifférencié, lesquels ne sont pas incapacitants. La situation, selon les experts, n'est pas stabilisée et nécessite une nouvelle évaluation début 2012. Le médecin du SMR demande que soient à nouveau interrogés les Drs E_____ et C_____, et le psychiatre traitant.

19. Le 12 janvier 2012, le Dr E_____ a confirmé que l'état de santé était resté stationnaire. Il a précisé que la capacité de travail était de 50% dans l'activité de femme de ménage, mais qu'il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

20. Le 24 janvier 2012, le Dr C_____ a quant à lui confirmé l'incapacité de travail à 100% depuis la thrombose, ajoutant qu'« il y a peu de professions, me semble-t-il, dans lesquelles la patiente ne serait pas gênée par son syndrome post-thrombotique ».

21. Le 20 février 2012, la Dresse H_____ a attesté suivre la patiente pour un état dépressif récurrent, de moyen à sévère, suivant les périodes. Ce trouble psychique est à mettre en lien avec la pathologie somatique dont elle souffre.

22. Dans un rapport du 29 mai 2012, la Dresse H_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen à sévère sans symptôme psychotique depuis 2009. À titre de limitations fonctionnelles, elle a décrit une asthénie marquée, une impotence fonctionnelle, une perte d'estime de soi, une tristesse importante, un sentiment d'injustice, une culpabilité ++, une perte de vision d'avenir, une perte de confiance en soi, de l'angoisse et de l'anxiété. Selon le médecin, la capacité de travail est nulle quelle que soit l'activité.

23. Lors d'un examen du 13 février 2012, le docteur I_____, neurologue, a constaté que « les troubles de la mémoire sont importants, même en modalité visuo-spatiale, mais la patiente a une telle souffrance morale qu'il est difficile d'interpréter ses déficits, mais au premier abord et avec les réserves d'usage, un état dépressif majeur pourrait être à lui seul responsable des mauvaises performances lors du bilan neuropsychologique ».
24. L'assurée a été examinée par la doctoresse J_____, neurologue, pour ses troubles de la mémoire, à la demande du Dr E_____. Par courrier du 23 février 2012, la Dresse J_____ a retenu le diagnostic de troubles de la mémoire sur base dépressive, et a indiqué que l'assurée souffrait depuis six mois de troubles de la mémoire induisant une perte d'autonomie.
25. L'OAI a mandaté le docteur K_____, psychiatre du CEMED, pour expertise.
26. Le rapport d'expertise a été réalisé le 4 décembre 2012. Le Dr K_____ a retenu un épisode dépressif récurrent moyen sans symptôme psychotique, actuellement en rémission partielle, étant précisé que l'épisode dépressif est encore porteur de limitations fonctionnelles malgré la rémission partielle. Il a également relevé des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, soit :

- « des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs,

versus

un syndrome douloureux somatoforme persistant, selon le substrat organique sous-jacent, étant précisé que ce trouble est considéré comme étant sans répercussion directe sur la capacité de travail, bien qu'il augmente le risque d'épisodes dépressifs récurrents, qui ont quant à eux des répercussions directes négatives sur la capacité de travail. De plus, les douleurs sont systématiquement aggravées par des épisodes dépressifs récurrents.

- une accentuation de certains traits de personnalité. Traits de personnalité anxieuse et histrionique, actuellement non décompensés ».

Selon l'expert,

« Sur le plan psychique, nous retenons actuellement des limitations moindres qu'auparavant, mais toujours significatives, soit des troubles de la concentration légers et un ralentissement psychomoteur moyen, limitations qui avaient été plus importantes du 1^{er} octobre 2010 au 30 juin 2011 et du 1^{er} avril 2012 au 30 septembre 2012.

Il existe des limitations légères sur le plan social, d'autant plus que l'expertisée fréquente quelques amis et qu'elle maintient des relations positives avec ses trois filles, son mari et plusieurs membres de sa famille.

Intégrant les données du dossier médical aux informations anamnestiques actuelles, l'expert retient un épisode dépressif récurrent moyen, actuellement en rémission partielle.

Ces troubles ont donné naissance à des limitations fonctionnelles significatives, ce qui a influencé négativement l'activité professionnelle de l'expertisée.

La capacité de travail médico-théorique de l'investiguée est actuellement de 50% dans toute activité adaptée aux performances cognitives modestes de l'assurée, la situation n'étant pas encore stabilisée.

L'activité professionnelle exercée, est exigible actuellement d'un point de vue purement psychiatrique à hauteur de 50%.

La dernière activité professionnelle de femme de chambre est une activité adaptée d'un point de vue purement psychiatrique, alors que cette activité serait difficile à réaliser pour des tâches lourdes physiquement pour des raisons somatiques selon l'anamnèse. Toutefois, l'expert n'a pas réalisé d'examen somatique et il ne peut pas se prononcer quant à cette question.

Il existe une diminution de rendement de l'ordre de 10%, dans la mesure où l'investiguée présente un important déconditionnement et des symptômes dépressifs résiduels.

D'un point de vue médico-théorique psychiatrique, il y a eu une incapacité de travail totale depuis au moins le 1^{er} octobre 2010, évoluant avec des hauts et des bas jusqu'à présent.

D'un point de vue purement psychiatrique, l'expert retient actuellement des répercussions des plaintes empêchant l'expertisée d'exercer une activité professionnelle, essentiellement en lien avec un ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration légères. Soulignons que, selon l'anamnèse, les limitations susmentionnées ont été significatives d'octobre 2010 à juillet 2011 et d'avril 2012 à octobre 2012.

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, l'expert estime que d'un point de vue purement psychiatrique, la capacité de travail médico théorique de l'investiguée dans son dernier emploi, mais aussi dans tout emploi adapté à ses compétences cognitives, a été nulle du 1^{er} octobre 2010 au 30 juin 2011, de 50% du 1^{er} juillet 2011 au 31 mars 2012, de 0% du 1^{er} avril 2012 au 30 septembre 2012 et de 50% dès le 1^{er} octobre 2012 ».

À la question de savoir si une activité adaptée peut être exercée, l'expert ne se prononce pas, mais indique que la question est à réévaluer après stabilisation clinique.

27. Dans un complément à son rapport d'expertise daté du 8 mars 2013, le Dr K_____ a passé en revue les critères diagnostiques du trouble somatoforme douloureux et des critères jurisprudentiels de gravité, tout en précisant que l'assurée a des plaintes douloureuses persistantes depuis au moins deux ans, mais avec un substrat organique objectivable selon son médecin angiologue, ce qui contredirait l'existence d'un trouble somatoforme douloureux.

Il a ainsi retenu une douleur intense et persistante, alors que la détresse de l'assurée est réelle à cause de douleurs évoluant depuis fin 2009 (douleurs intenses et persistantes).

Selon l'anamnèse, le licenciement a été ultérieur à l'apparition des douleurs, même si des tensions professionnelles ont été concomitantes (contextes psycho-sociaux). L'assurée bénéficie d'une prise en charge de la part de son médecin traitant et a sollicité plusieurs avis somatiques (sollicitude). Les douleurs de l'assurée ont été augmentées suite à des rechutes dépressives, mais elles étaient déjà préexistantes (critère d'exclusion). Une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, était présente surtout pour 2010 et 2011, lorsque les épisodes dépressifs étaient sévères malgré un traitement antidépresseur et ensuite un suivi psychiatrique adéquat.

L'expert n'a pas retenu de décalage existant entre les plaintes subjectives et le constat objectif, non seulement au niveau de troubles de la concentration qui sont objectivables, mais aussi au niveau des répercussions des plaintes sur les activités de la vie quotidienne. Il n'a pas non plus retenu d'exagération consciente des plaintes.

Aussi a-t-il conclu, au cas où un diagnostic de trouble somatoforme douloureux serait pris en considération, que les facteurs de gravité jurisprudentiels sont remplis pour 2010 et 2011, car l'assurée a présenté des épisodes dépressifs récurrents sévères, mais pas pour 2012, lorsqu'un épisode dépressif récurrent moyen a été retenu. Il a ajouté que

« À ce propos, nous ne partageons pas l'appréciation clinique du CEMED en 2011, lorsqu'un diagnostic d'épisode dépressif moyen a été retenu. Tenant compte de l'existence d'une anhédonie à l'époque, qui ne serait plus présente actuellement selon l'anamnèse, nous pouvons retenir des épisodes dépressifs sévères en 2010 et 2011, qui sont devenus moyens en 2012. De plus, contrairement à ce qui est retenu dans l'expertise de CEMED en 2011, des épisodes dépressifs moyens ne sont pas retenus depuis l'enfance, puisque l'assurée a fait un seul épisode dépressif isolé en 1975 à l'âge de 17 ans. Enfin, considérant les critères jurisprudentiels actuellement en vigueur, en cas d'épisode dépressif moyen et troubles somatoformes persistants, diagnostics retenus par le CEMED, on n'aurait pas dû retenir une incapacité de travail totale pour raisons psychiatriques en 2010 et 2011, contrairement aux conclusions du CEMED ».

28. Dans une note du 15 mai 2013, le médecin du SMR a rappelé que la première expertise réalisée par le CEMED le 23 mai 2011, avait totalement différencié le trouble somatoforme du trouble dépressif, et pris ce dernier comme une comorbidité grave, expliquant une incapacité de travail totale. Dans l'expertise du Dr K_____ en revanche, il est retenu que l'épisode dépressif actuel a aggravé significativement les douleurs de l'assurée qui s'inscrivent dans le contexte probable de facteurs psychologiques comportementaux associés à des troubles et maladies classées ailleurs selon un substrat organique sous-jacent probablement inexistant. Le Dr K_____ considère qu'il n'y a actuellement pas de limitations fonctionnelles significatives directement en lien avec les douleurs somatoformes, mais en lien avec les épisodes dépressifs récurrents probablement réactionnels aux

troubles somatiques sous-jacents. Le médecin du SMR a considéré que l'explication du Dr K_____ n'était pas convaincante et comportait des contradictions.

Le médecin du SMR a par ailleurs considéré que le trouble somatoforme douloureux et le trouble dépressif récurrent moyen n'était pas invalidant, les conditions jurisprudentielles n'étant pas réalisées.

29. L'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision le 27 mai 2013, aux termes duquel sa demande de prestations est rejetée.
30. Par courrier du 11 juin 2013, le docteur L_____ du département de santé mentale et psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), service des spécialités psychiatriques, a exprimé son étonnement quant au projet de décision, rappelant, d'une part, que sa patiente présentait un épisode dépressif sévère dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, ce qui impliquait une incapacité de travail à 100%, et, d'autre part, qu'elle souffrait d'importantes douleurs aux jambes liées à l'antécédent somatique.
31. L'assurée, par l'intermédiaire de Me Mauro POGGIA, a contesté le projet de décision, le 1^{er} juillet 2013, et sollicité, au vu des avis contradictoires, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.
32. Le 19 juillet 2013, le médecin du SMR a admis que la situation était complexe, qu'il y avait divergence entre la Dresse H_____, le Dr L_____ et l'expert. Il considère que l'expertise est peu claire, et propose dès lors d'effectuer une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, angiologie et psychique).
33. Les Drs F_____ (généraliste), M_____ (psychiatre) et B_____ (angiologue), ont été mandatés.
34. Un rapport d'expertise a été établi le 28 avril 2014. Les experts ont confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, qui ne répond pas au traitement psychiatrique psychothérapeutique. Il existe de plus un trouble panique avec agoraphobie. Quelques traits de personnalité anxieuse et histrioniques sont objectivés, mais en nombre insuffisant pour porter un diagnostic de personnalité pathologique.

L'analyse des activités quotidiennes montre une perte de l'intégration sociale dans toutes les activités de la vie quotidienne. Un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant peut être retenu pour un certain nombre de plaintes douloureuses, hormis les problèmes concernant le domaine de l'angiologie. Ce trouble somatoforme est associé à une perte de l'intégrité sociale dans toutes les activités de la vie quotidienne, une atteinte angiologique chronique, un état psychique cristallisé et un échec des traitements. Il a de ce fait un caractère invalidant. Ce qui précède rend non exigible la reprise d'une activité professionnelle dans sa profession. Quant à sa capacité de travail dans un autre

poste, elle est actuellement nulle. La capacité de travail est nulle quelle que soit l'activité envisagée, depuis octobre 2009.

35. Dans sa note du 8 juillet 2014, le médecin du SMR a, à la lecture du rapport d'expertise du 28 avril 2014, pris note que l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux persistant incapacitant, bien que selon lui, tous les critères n'étaient pas remplis (pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, pas d'évidence que l'état psychique soit cristallisé et pas d'échec formel des traitements). Il considère que l'assurée présente une affection chronique sans rémission durable qui se manifeste sous la forme d'un syndrome post-thrombotique qui habituellement chez la plupart des personnes n'entraîne pas d'incapacité de travail durable. Il a rappelé que l'assurée souffrait d'une comorbidité psychiatrique grave sous la forme d'un trouble dépressif récurrent sévère, laquelle n'est toutefois pas incapacitante depuis le 4 juin 2008, date à laquelle l'incapacité de travail a débuté. Il a retenu qu'il y avait aggravation de l'état de santé depuis le 4 décembre 2012 en raison du trouble dépressif récurrent sévère, étant rappelé que ce trouble dépressif était auparavant moyen et ne constituait pas une comorbidité grave selon l'avis SMR du 15 mai 2013. Il conclut ainsi que dès le 4 décembre 2012, l'assurée présente une incapacité totale de travailler dans toute activité lucrative, ajoutant que « quant à la période antérieure au 4 décembre 2012, les conclusions de l'avis SMR du 15 mai 2013 restent valables, à savoir que le TSD n'est pas incapacitant ». Il préconise une révision dans 18 mois vu le traitement mis en place et le suivi régulier.
36. Les questionnaires pour employeur ont été dûment remplis et versés au dossier.
37. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 27 octobre 2014. Il en résulte un taux d'empêchement à accomplir les tâches ménagères de 32%, étant précisé que 29% d'exigibilité ont été retenus pour son mari et sa fille vivant sous le même toit.
38. Le statut de l'assurée a été déterminé par l'OAI le 4 novembre 2014. Un statut mixte a été retenu, avec une part professionnelle de 78% (cumul des trois employeurs).
39. Le 24 novembre 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel le droit à une rente entière d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 85%, lui était reconnu à compter du 1^{er} décembre 2013.
40. L'assurée, représentée par Me Christian VAN GESSEL, a demandé une copie de son dossier AI sur CD-Rom.

Le 5 février 2015, l'assurée a contesté le point de départ de la rente d'invalidité fixé par l'OAI. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} octobre 2010 déjà.
41. Par décision du 4 juin 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il rappelle que selon le rapport d'expertise, les critères jurisprudentiels permettant de

considérer qu'un trouble somatoforme douloureux est invalidant ne sont présents que dès le mois de décembre 2012.

42. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 6 juillet 2015 contre ladite décision. Elle souligne qu'elle souffre d'un trouble dépressif récurrent entraînant une incapacité totale de travailler depuis octobre 2009 selon les différentes expertises auxquelles elle a été soumise. Elle admet que le trouble dépressif récurrent était moyen lors de l'expertise du CEMED du 23 mai 2011, mais rappelle que les experts concluaient à une incapacité de travail totale depuis 2009. De même en est-il pour le Dr K_____, lequel a indiqué dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2012 que l'assurée présentait une incapacité totale de travailler depuis au moins le 1^{er} octobre 2010. Il l'a confirmé dans son complément d'expertise du 8 mars 2013. Dans le rapport d'expertise du CEMED du 28 avril 2014 enfin, les experts diagnostiquent un syndrome douloureux somatoforme persistant avec comme comorbidité un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, et considèrent que l'incapacité de travail est totale depuis octobre 2009.

Elle se réfère à la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux (ATF 9C_492/2014), rappelle que dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a souligné que les expertises déjà effectuées ne perdent pas forcément toute valeur probante et que de ce fait, il faut vérifier dans chaque cas d'espèce si celles-ci apportent des éléments de preuve à la lumière des nouveaux critères, soit :

- l'impact des symptômes et des observations pertinents pour le diagnostic.
- le succès du traitement ou la résistance à celui-ci (ce qui implique la nécessité d'une évolution des douleurs sur une longue période de plusieurs années.
- les comorbidités psychiatriques et somatiques.
- la structure de la personnalité.
- le contexte social.

Il y a lieu d'ajouter deux indicateurs s'agissant de la consistance des effets fonctionnels, soit la perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et la prise en considération des différentes options thérapeutiques.

Elle a repris ces indicateurs et les a analysés à la lumière des expertises rendues, et en conclut que c'est bien dès octobre 2009 que sa capacité de travail a été diminuée de façon durable.

43. Dans sa réponse du 31 août 2015, se fondant sur une note du SMR du 11 août 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que selon lui, les expertises, en particulier celle du Dr K_____ du 4 décembre 2012 et son complément du 8 mars 2013, ainsi que celle du CEMED du 23 mai 2011, n'ont pas valeur probante. Il relève que les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable d'un trouble somatoforme douloureux. Aussi le fait

de présenter un symptôme dépressif récurrent pendant des années ne signifie-t-il nullement qu'il soit suffisamment grave pour être considéré comme étant invalidant.

Le SMR a procédé à une comparaison des indicateurs standards tels qu'établis par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour les expertises CEMED de 2011 et 2014. Il relève ainsi que les répercussions du tableau douloureux et du trouble dépressif associé, ainsi que le « poids des souffrances », apparaissent bien plus sévère en 2014 qu'en 2011, et que le trouble somatoforme n'est devenu incapacitant qu'en décembre 2012, époque à laquelle un tableau dépressif sévère est constaté.

44. Dans sa réplique du 7 septembre 2015, l'assurée a persisté dans les conclusions de son recours. Elle considère, contrairement au médecin du SMR, que les expertises du CEMED, de même que celle du Dr K_____, ont valeur probante. Par ailleurs, si la seconde expertise du CEMED montre effectivement que l'état de santé s'est aggravé par rapport à l'expertise précédente, il apparaît que les critères de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sont remplis, si l'on se réfère aux trois expertises, « au lieu de vouloir confronter et comparer les deux ».
45. Le 14 septembre 2015, l'OAI a maintenu que les conclusions du Dr K_____ ne pouvaient pas être suivies. Il se réfère à cet égard à la note du SMR, selon laquelle « soit l'assurée présente un trouble somatoforme douloureux qui était aggravé par un épisode dépressif jugé moyen par les différents experts auparavant, soit alors le trouble somatoforme douloureux est dissocié du trouble dépressif. Le Dr K_____ nous adresse, le 8 mars 2013, un complément à son rapport d'expertise examinant les critères de la jurisprudence en cas de troubles somatoformes douloureux. Il précise que dans le cas présent, les douleurs de l'assurée ont été augmentées suite à des rechutes dépressives, mais elles étaient déjà préexistantes aux rechutes dépressives. Il s'agit bel et bien d'un trouble somatoforme douloureux avec une aggravation des douleurs liée à un trouble dépressif qui fait partie intégrante de ce trouble somatoforme. Pour l'expert, et contrairement à la jurisprudence, le trouble dépressif moyen est présent depuis 2011, mais auparavant, il était sévère entre 2010 et 2011. Il n'examine pas les autres critères, (...). Il mentionne que les critères jurisprudentiels ne sont plus remplis depuis 2012 mais qu'ils étaient remplis pour 2010 et 2011, alors qu'il mentionne, par la suite, ne pas partager l'appréciation clinique du CEMED en 2011, lorsqu'un diagnostic d'épisode dépressif moyen a été retenu. (...) ».
46. La duplique de l'OAI a été transmise à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des

contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2012, voire à 2009. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, puis dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2010 déjà.
5. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI,

« L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
 - b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
 - c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins ».
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

-
7. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).
 8. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).
 9. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
 10. 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. 28a al. 1 LAI).
 11. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).
 12. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).
 13. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les

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

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

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie à l'exception de la fatigue due au cancer (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), à la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ainsi qu'en matière de troubles

moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

15. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).
16. Dans un arrêt récent (9C_492/2014 du 3 juin 2015), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini,

permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, et les ressources de compensation de la personne, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

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

optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., 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).

17. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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

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

du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

18. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le

contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 8).

Lorsqu'une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2014, op. cit., consid. 8).

19. En l'espèce, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2013. Il s'est en effet fondé sur l'avis du SMR du 8 juillet 2014, selon lequel il y avait aggravation de l'état de santé depuis le 4 décembre 2012 en raison du trouble dépressif récurrent sévère, étant rappelé que ce trouble dépressif était auparavant moyen et ne constituait pas une comorbidité grave selon son avis du 15 mai 2013.

L'OAI a également considéré, sur la base du rapport d'expertise du 28 avril 2014, que les critères jurisprudentiels permettant de considérer qu'un trouble somatoforme douloureux est invalidant n'étaient présents que depuis décembre 2012, date à laquelle le trouble dépressif sévère est constaté.

20. L'assurée a toutefois recouru, concluant à ce que le droit à la rente entière lui soit accordé dès le 1^{er} octobre 2010.
21. Il s'agit ainsi de déterminer quelle est sa capacité de travail depuis le 1^{er} octobre 2009 déjà (art. 28 et 29 LAI). S'agissant du droit à une rente en effet, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b).

Il y a lieu d'examiner pour ce faire les rapports médicaux et expertises à disposition.

Les Dr B_____ (19 février 2010), C_____ (15 mars 2010) et E_____ (13 avril 2010) font état d'une incapacité de travail entière, quelle que soit l'activité envisagée, depuis octobre 2009, date à laquelle l'assurée a présenté une récurrence de thrombose. Dans son expertise du 23 novembre 2011, le CEMED a indiqué que l'état de santé de l'assurée sur le plan somatique était resté inchangé depuis le rapport du Dr B_____ du 19 février 2010, et confirmé ainsi l'incapacité de travail à 100% depuis octobre 2009. Seul le Dr E_____, dans un rapport du 6 mai 2010, considère que l'incapacité de travail est entière dans l'activité habituelle, mais qu'elle est nulle dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de relever

- que le Dr C_____ évoque, le 4 octobre 2010, une aggravation de l'état dépressif,
- que l'assurée séjourne à la clinique de Montana en octobre 2010 pour un épisode dépressif moyen récurrent et des troubles paniques,
- que selon la Dresse H_____, le 20 février 2012, le trouble dépressif varie de moyen à sévère suivant les périodes,
- que les experts du CEMED ont retenu à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et ont fixé le taux d'incapacité de travail à 100% depuis le 24 octobre 2009,
- que le Dr K_____ a, dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2012, qualifié le trouble dépressif récurrent dont souffre l'assurée de moyen, actuellement en rémission partielle, mais encore porteur de limitations fonctionnelles (troubles de la concentration légers et ralentissement psychomoteur moyen) plus importantes du 1^{er} octobre 2010 au 30 juin 2011 et du 1^{er} avril au 30 septembre 2012.

À noter que selon le Dr K_____,

« au cas où un diagnostic de trouble somatoforme douloureux serait pris en considération, les facteurs de gravité jurisprudentiels sont remplis pour 2010 et 2011, car l'assurée a présenté des épisodes dépressifs récurrents sévères, mais pas pour 2012, lorsqu'un épisode dépressif récurrent moyen a été retenu ». Il a ajouté que

« À ce propos, nous ne partageons pas l'appréciation clinique du CEMED en 2011, lorsqu'un diagnostic d'épisode dépressif moyen a été retenu. Tenant compte de l'existence d'une anhédonie à l'époque, qui ne serait plus présente actuellement selon l'anamnèse, nous pouvons retenir des épisodes dépressifs sévères en 2010 et 2011, qui sont devenus moyens en 2012 ».

Enfin, un rapport d'expertise a été rendu le 28 avril 2014 par les Drs F_____, M_____ et B_____, lesquels confirment le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Ils retiennent également un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, « hormis les problèmes concernant le domaine de l'angiologie ». Ils concluent à une incapacité de travail entière pour toute activité depuis octobre 2009.

22. Il résulte de ce qui précède que l'assurée présente, de l'avis des médecins et experts, une incapacité de travail de 100% dès octobre 2009 s'agissant de son atteinte somatique (thrombose). Un trouble dépressif récurrent, moyen ou grave suivant les périodes, vient s'y ajouter. Il est vrai que dans son avis du 8 juillet 2014, le médecin du SMR considère que le syndrome post-thrombotique dont souffre l'assurée n'entraîne habituellement pas d'incapacité de travail durable chez la plupart des personnes. La chambre de céans relève toutefois qu'il se borne à

énoncer une généralité et que cette généralité n'apparaît précisément pas s'appliquer à l'assurée, aux dires de tous les autres médecins et experts.

La chambre de céans considère dès lors qu'il convient de retenir une incapacité de travail entière due à l'atteinte somatique depuis octobre 2009 et que, partant, la question du trouble somatoforme douloureux invalidant ou non peut en l'état être laissée ouverte. Quoi qu'il en soit, les médecins relèvent que l'assurée se plaint de douleurs persistantes depuis au moins deux ans, mais avec un substrat organique objectivable, ce qui vient à contredire l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Aussi le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est-il retenu que pour certaines plaintes douloureuses, soit celles qui n'ont pas de lien avec le domaine de l'angiologie. Il n'est pas non plus utile, dans ces conditions, de déterminer si le trouble dépressif récurrent ne peut être qualifié de grave que dès le 4 décembre 2012. À cet égard, le médecin du SMR a rappelé que l'assurée souffrait d'une comorbidité psychiatrique grave sous la forme d'un trouble dépressif récurrent sévère, laquelle n'était toutefois pas incapacitante depuis le 4 juin 2008.

Or, il n'est pas question de remonter jusqu'à cette date.

23. Force est ainsi de conclure des rapports tant des médecins que des experts que le début de l'incapacité entière de travail date d'octobre 2009. Par conséquent, la survenance de l'invalidité doit être fixée à octobre 2010, soit à l'issue du délai de carence d'un an.
24. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.
25. En l'espèce, l'assurée a déposé sa nouvelle demande le 22 février 2010. Le droit à la rente prend en conséquence naissance en octobre 2010.
26. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et l'assurée mise au bénéfice d'une rente entière depuis octobre 2010.
27. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 4 juin 2015.
4. Octroie à la recourante une rente entière d'invalidité dès octobre 2010.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de procédure de CHF 1'800.-, au titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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