



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2572/2019

ATAS/502/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 25 juin 2020**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN      **recourante**

contre

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

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1974, mariée, mère de deux enfants nés en 2002 et 2005, sans formation professionnelle, fait partie de la communauté suisse des gens du voyage. Sa famille et elle mènent un mode de vie semi-nomade, passant quatre mois en hiver sur une aire de séjour située à Versoix et voyageant le reste de l'année en Suisse allemande, en France, en Allemagne et en Italie. Sur le plan professionnel, l'assurée a d'abord exercé des activités de porte-à-porte avec sa famille, puis a travaillé à plein temps comme employée dans l'entreprise de brocante de son mari.
2. L'assurée souffre de lombalgies depuis l'âge de 18 ans. En 1995, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), indiquant, notamment, que son activité principale était du porte-à-porte (activité familiale) pour un revenu mensuel de CHF 1'500.- à 2'000.-.
3. Dans un rapport établi le 28 novembre 1995, Madame B\_\_\_\_\_, psychologue de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI, a constaté que les diagnostics des différents médecins au sujet de l'assurée étaient divergents, voire contradictoires. Sur le plan psychologique, l'assurée estimait ne pas pouvoir vivre autrement que dans la communauté gitane, ce qui présupposait qu'elle se déplaçait avec elle à travers toute la Suisse entre les mois de mai et octobre chaque année. Une réadaptation, qui l'obligerait à mener une vie sédentaire loin de son milieu, était inconcevable pour elle. Elle estimait ne plus pouvoir être en mesure d'effectuer les travaux que les gitans effectuaient traditionnellement et qu'une autre répartition des tâches au sein de sa famille était impensable. Avant d'avoir des problèmes dorsaux, elle faisait du porte-à-porte pour vendre des objets, chercher des couteaux et ciseaux à aiguiser ainsi que des chaises à rempailler. Elle aidait également son père lorsque ce dernier faisait de la brocante. Elle estimait qu'il n'était pas possible que son père ou ses deux sœurs se chargent du démarchage pendant qu'elle se spécialisait dans l'aiguillage ou le rempaillage des chaises. Elle n'était pas disposée à envisager une reprise professionnelle, ni dans le milieu gitan ni ailleurs, et souhaitait une rente d'invalidité complète. Selon son médecin traitant, l'assurée ne vivait qu'en fonction de son dos depuis l'âge de 18 ans. Elle était en fait déprimée, mais n'arrivait pas à l'exprimer autrement que par ses douleurs dorsales. Selon les autres médecins, il y avait une importante composante psychique dans les douleurs, qui permettaient à la patiente d'obtenir des bénéfices secondaires certains (ne plus devoir travailler avec son père qui était brocanteur ?). Par contre, ces médecins n'avaient pas été en mesure de poser un diagnostic psychiatrique. Ils mentionnaient que l'assurée avait rencontré depuis son plus jeune âge des difficultés scolaires importantes. Elle avait doublé deux fois une classe et avait souvent manqué l'école, en raison de problèmes de santé (méningite et hépatite B). Mme B\_\_\_\_\_ n'avait pas constaté de troubles d'ordre mental ou psychiatrique de l'assurée. Outre son souhait d'être mise au bénéfice d'une rente entière à l'âge de 21 ans pour un

problème dorsal qui ne semblait pas être de la plus grande gravité, ses raisonnements étaient cohérents et logiques, de même que son comportement était adéquat. Elle s'était montrée capable de comprendre des raisonnements relativement abstraits et avait défendu sa position avec détermination tout en restant polie. Elle avait affirmé n'avoir fréquenté l'école qu'entre novembre et avril de chaque année, période pendant laquelle sa famille restait à Versoix. Dans un tel contexte, il n'était guère étonnant qu'elle ait doublé à deux reprises et cela n'était pas l'indice d'un trouble mental ou psychique. Cependant, son bagage scolaire apparaissait limité. Selon Mme B\_\_\_\_\_, l'assurée devrait être en mesure de travailler dans une activité permettant de varier les positions, par exemple comme aiguisseuse de couteaux ou cartomancienne, si elle souhaitait rester gitane, malgré le fait que ses perspectives de gain étaient ainsi moindres que dans le circuit économique en tant qu'ouvrière non qualifiée dans l'industrie, l'horlogerie ou dans des entreprises travaillant le cuir. Son choix de vie et la perte de gain qu'il entraînait n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. En conséquence, il se justifiait de refuser la demande de rente d'invalidité de l'assurée.

4. Le 8 janvier 1996, l'assurée a indiqué à un gestionnaire de l'OAI qu'elle avait fait un essai de reprise de travail avant Noël 1995 et qu'après 5 à 10 minutes, elle avait dû cesser ses activités en raison de douleurs dorsales importantes. Elle ne pouvait plus marcher longtemps ni rester assise ou debout de manière prolongée en raison de ses douleurs dorsales. Elle désirait gagner sa vie normalement et ne plus vivre aux crochets de ses parents. Elle souhaitait un travail compatible avec son problème dorsal et son mode de vie, mais plus dans ses anciennes activités. Le travail de cartomancienne et de taromancie était également pénible, car il impliquait de rester debout ou assise très longtemps. Elle n'avait jamais eu d'employeur ni de formation et n'avait aucune idée de ce qu'elle pourrait faire. Elle voulait bien travailler durant les six mois passés à Genève, mais continuerait à se déplacer avec sa famille les autres mois. Elle ne pouvait pas changer son mode de vie.
5. Par décision du 15 mars 1996 entrée en force, l'OAI a refusé à l'assurée toute prestation, au motif qu'elle pouvait exercer une activité à plein temps dans n'importe quel métier permettant de varier les positions et ne demandant pas le port de charges lourdes.
6. En incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> mars 2006, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 27 novembre 2006, reçue par l'OAI le 11 décembre 2006.
7. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des docteurs C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, et E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il en ressort que l'assurée souffrait principalement de lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1 décompensées depuis 2005. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de brocanteuse. Les Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ estimaient à

100% sa capacité dans un travail adapté, soit sans port répétitif de charges importantes. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il relevait que l'assurée ne pouvait s'occuper ni de son ménage, ni de ses enfants et estimait qu'elle pouvait exercer une autre activité 50%, dans un travail manuel léger en évitant les longues postures stationnaires, avec une diminution de rendement en raison de l'absentéisme.

8. Le 19 octobre 2007, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'auparavant, elle travaillait toute l'année à 100%, même lorsqu'elle était en déplacement, de mars à octobre. Depuis plusieurs générations, les membres de sa famille, y compris son époux dont elle était l'employée, exerçaient la profession de brocanteurs et antiquaires, achetant et vendant leurs marchandises à l'occasion de marchés ou foires, qui se tenaient tout au long de l'année en divers endroits de Suisse et dans les pays limitrophes.
9. Par décision du 19 décembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations, considérant, conformément à l'avis de son service médical régional (ci-après : SMR), que l'assurée était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
10. À la suite du recours formé par l'assurée devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) alors compétent, l'OAI a, par décision du 3 mars 2008, annulé sa décision du 19 décembre 2007 et repris l'instruction de la cause. Le TCAS a rayé la cause du rôle par arrêt du 31 mars 2008 (ATAS/195/2008).
11. Le 27 juin 2008, l'OAI a reçu des attestations de salaire dont il ressort que l'assurée a gagné CHF 36'000.- bruts de janvier à décembre 2004 et CHF 39'543.- bruts de janvier à décembre 2005, dans le cadre de l'activité de marchand pucier de son époux.
12. Dans un rapport du 22 décembre 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, qui présentait un trouble du comportement alimentaire, réduisant sa capacité de travail à 50% dès 2007. Une prise en charge psychiatrique était nécessaire. En outre, les limitations fonctionnelles étaient des douleurs cervicales avec des céphalées, une raideur, des douleurs du segment lombaire ainsi qu'une fatigabilité. Une reprise du travail n'était pas envisageable, l'activité habituelle étant impossible en raison des douleurs et de la fatigue et une autre activité étant difficile à envisager dans le contexte culturel.
13. Le 19 mai 2009, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé à l'OAI qu'indépendamment du contexte culturel, l'incapacité de travail de l'assurée était totale.
14. L'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès du centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : CEMed). Dans leur rapport d'expertise du 31 août 2009, les docteurs F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques dans un contexte de trouble statique et dégénératif, de rachialgies cervico-dorso-lombaires, de protrusions discales L4-L5 médianes et de hernie discale médiane et paramédiane

L5-S1. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une obésité de classe I, une anxiété généralisée et une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques. En raison de ces atteintes, l'assurée ne pouvait pas porter des charges de manière itérative de plus de 10 kg, soutenir de longues positions immobiles assises ou debout, exercer une activité nécessitant la flexion antérieure prolongée du tronc, en porte-à-faux ou zone basse. L'activité habituelle de brocanteuse n'était plus possible dans la mesure où elle supposait le port de charges itératif. En revanche, une activité de brocanteuse dédiée uniquement à la vente restait exigible à plein temps, avec un rendement complet, et une activité de brocanteuse sans port de charges était exigible à 50%. Dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges et permettant le changement fréquent de posture, l'exigibilité était de 100%, sans baisse de rendement.

15. Lors d'un entretien du 15 janvier 2010 avec un réadaptateur de l'OAI, l'assurée et son mari ont indiqué qu'elle ne savait rien faire du tout et qu'elle cassait tout. C'était son mari qui faisait la cuisine, le repassage et le ménage. C'était non seulement parce qu'elle souffrait, mais surtout parce qu'elle s'énervait. Elle ne maîtrisait pas l'écriture et ne savait pas se servir d'un ordinateur.
16. Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 6 septembre 2010, l'assurée avait bénéficié de mesures d'aide au placement du 23 octobre au 28 avril 2010. Reçue en entretien le 10 novembre 2009 en présence de son mari, elle avait d'abord bénéficié d'une orientation professionnelle. Plusieurs pistes avaient été évoquées : la vente, la brocante et le travail à domicile. Durant cette première discussion, il était apparu que la difficulté à trouver des pistes réalistes était double. Il y avait, d'une part, des limitations fonctionnelles reconnues avec un besoin manifeste de changer régulièrement de position et, d'autre part, un mode de vie nomade. Ce second point ne paraissait pas être du ressort de l'assurance-invalidité, mais il avait néanmoins été pris en compte dans les efforts d'orientation professionnelle de l'assurée. Cette première orientation avait aussi mis en évidence un problème de manque de formation. Selon les dires de l'assurée et de son mari, elle avait des problèmes de mémoire et un manque de sens commercial, ce qui excluait la piste de la vente ainsi que celle de la brocante, pour l'aspect commercial de cette activité. La cible du travail à domicile pour de la petite manutention/assemblage avait été retenue à ce stade. Afin d'explorer cette piste, l'assurée avait bénéficié d'une mesure supplémentaire d'orientation et d'aide au placement par un spécialiste de la réinsertion professionnelle du 15 au 22 janvier 2010. La possibilité d'un travail à domicile avait été précisée. Il s'agissait de tâches simples et légères, comme l'emballage de petits flacons, l'étiquetage, la mise sous enveloppe ou sous sachet (de bagues par exemple), etc. Les produits avaient aussi été discutés, à savoir des produits cosmétiques, pharmaceutiques, des bijoux, des accessoires de mode, des objets cadeaux, etc. Faisant suite à cette mesure, il avait été proposé à l'assurée de faire un ou deux courts stages d'observation dans l'assemblage léger ou le nettoyage de bureaux. L'assurée avait interrompu le premier stage au bout de

---

45 minutes, le 1<sup>er</sup> mars 2010, après avoir travaillé une demi-heure en position assise à fermer des tubes en plastique, se plaignant de douleurs très fortes. En conséquence, le mandat d'aide au placement avait été clôturé le 28 avril 2010.

17. Selon une note relative au calcul du revenu avec invalidité du 8 septembre 2010, le service de réadaptation professionnelle, se référant aux tables statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2006, avait tenu compte du tableau TA1, pour une femme, exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne « total » dans une activité de niveau 4, soit CHF 4'019.- et CHF 4'180.- en prenant en compte une durée normale hebdomadaire de travail de 41,6 heures, soit CHF 50'157.-. L'année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité était 2007. Après indexation, selon l'indice suisse nominal des salaires (ci-après ISS), le salaire s'élevait à CHF 50'925.- (année de référence : 2417 ; année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité : 2454). L'OAI avait tenu compte d'un abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles, relevant que même avec une réduction maximale de 25%, cela ne changerait pas le taux d'invalidité. Au final, le revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité était de CHF 43'286.-.

Le revenu annuel brut sans invalidité était de CHF 40'670.-. Selon le compte individuel de l'assurée, dans sa version au 18 août 2008 ainsi que selon les attestations de salaire reçues le 8 juillet 2008, celle-ci avait touché CHF 36'000.- en 2004 et CHF 39'543.- en 2005. L'OAI avait retenu ce dernier chiffre plus favorable à l'assurée en le réactualisant à 2007, soit CHF 40'670.-.

Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité était de - 6,4%.

18. Par décision du 7 décembre 2010, l'OAI a à nouveau refusé à l'assurée le droit aux prestations. Selon l'appréciation du SMR, sa capacité de travail en tant qu'employée de brocante était diminuée de moitié en raison de son atteinte à la santé. En revanche, rien ne l'empêchait d'exercer une autre activité plus légère physiquement, sans avoir besoin d'une formation. Son taux d'invalidité était nul. Le mode de vie nomade et les traditions de l'assurée représentaient des circonstances qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité.
19. Lors d'une audience devant la chambre de céans du 16 mai 2011, l'assurée a, notamment, indiqué qu'elle était actuellement suivie par la doctoresse D\_\_\_\_\_, qui avait repris le cabinet du Dr D\_\_\_\_\_, parti à la retraite. Son état de santé lui pesait beaucoup. Il lui arrivait de se réfugier dans l'alcool. Il lui arrivait également d'avoir des crises de boulimie. Ils quittaient en général Genève au printemps, puis passaient en moyenne une dizaine de jours au même endroit avant d'en changer. Les déplacements se faisaient en fonction de l'activité de brocanteur de son mari. Ils ne suivaient pas un itinéraire prédéterminé et pouvaient décider de quitter un lieu rapidement. Son mari faisait les vides-greniers, achetait et écoulait la marchandise. Pour sa part, elle ne disposait pas des connaissances nécessaires pour se prononcer

sur les objets de valeur. Lorsqu'elle travaillait avec son mari, elle s'occupait de la manutention des objets, mais pas des contacts avec les clients, car elle ne pouvait pas répondre à leurs questions. Ils avaient tous à peu près les mêmes activités. Son état s'était péjoré après la naissance de son second enfant. Elle ne pouvait quasiment plus rien faire. Dès qu'elle essayait de forcer sur certaines activités, ses douleurs augmentaient. Elle ne pouvait plus s'occuper des enfants, ni du ménage.

20. Par arrêt du 30 mai 2011 (ATAS/547/2011), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée, en reconnaissant une pleine valeur probante au rapport d'expertise du CEMed.
21. Le 15 mars 2012, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt précité et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (9C\_540/2011 = ATF 138 I 205), considérant que l'évaluation du degré d'invalidité opérée par l'OAI reposait sur des bases erronées. Que ce soit en vertu des engagements pris sur le plan international ou en vertu de la protection offerte par les droits fondamentaux garantis par le droit fédéral, la Suisse reconnaissait le statut de minorité nationale à la communauté suisse des gens du voyage et s'était engagée à permettre à ce groupe de préserver les éléments essentiels de son identité ethnoculturelle. Par conséquent, il appartenait aux autorités, lorsqu'elles appliquaient le droit, de prendre en considération les spécificités et les particularités du mode de vie traditionnel de la communauté tzigane, parmi lesquelles figurait, notamment, la tradition de l'itinérance. Le recours aux données économiques statistiques telles qu'elles résultaient de l'ESS ne paraissait pas approprié à la situation des membres de la communauté des gens du voyage. Il n'était pas admissible de considérer comme exigible l'exercice d'une activité salariée qui supposait la sédentarisation de la personne assurée, la rupture avec sa famille et son mode de vie traditionnel et, plus largement, un déracinement culturel. On ne pouvait prétendre, en l'état, qu'il n'existait aucune activité exigible en regard des limitations fonctionnelles de la recourante et de son mode de vie traditionnel. Dans ces conditions, il convenait de renvoyer la cause à l'office intimé afin qu'il examine concrètement si et dans quelle mesure la recourante était en mesure de tirer profit de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et à ses aptitudes intellectuelles et professionnelles, et compatible avec le mode de vie traditionnel de la communauté des gens du voyage. Il lui appartenait notamment d'examiner si et dans quelle mesure la recourante pourrait mettre en oeuvre sa capacité résiduelle de travail pendant les quatre mois durant lesquels elle résidait de manière continue à Versoix.
22. Par rapport du 25 février 2013, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a fait état de la persistance d'importantes douleurs lombaires sur un syndrome vertébral lombosacré, avec des sciatalgies gauches, résistant aux différents traitements. Plusieurs infiltrations n'étaient pas parvenues à soulager la patiente, qui présentait une importante impotence fonctionnelle l'empêchant

souvent de réaliser les actes simples de la vie quotidienne (ménage, cuisine, courses) ainsi que de seconder son époux dans son activité de brocanteur.

23. Par rapports des 16 septembre et 27 décembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a signalé l'exacerbation de la lombalgie de l'assurée depuis décembre 2012 avec une irradiation crurale droite. Elle n'était plus soulagée par le repos. Elle avait bénéficié de nouvelles infiltrations et d'un traitement opiacé. Une IRM lombaire du 19 février 2013 avait mis en évidence la discopathie des deux derniers segments libres sans grande modification, avec en sus une discopathie L3-L4 débutante. La rémission avait été très progressive et incomplète. L'activité demeurait limitée à un quart d'heure.
24. Dans un rapport du 30 octobre 2013, le service de réadaptation de l'OAI a indiqué avoir été à nouveau sollicité le 4 avril 2013 pour évaluer avec plus de précision les revenus avec invalidité en lien avec les orientations effectuées et le mode de vie de l'assurée. Son évaluation faisait suite à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 15 mars 2012. Le service de réadaptation avait mandaté le service de placement pour cette évaluation. Selon les entreprises contactées, il n'existait plus de travail à domicile, sauf pour des activités de haut niveau de qualification, inaccessibles à l'assurée. Le service placement avait contacté les agences d'emploi Léman emploi, Manpower, Adecco et One-Placement, qui avaient indiqué qu'il n'existait aucune restriction à l'engagement temporaire auprès d'elles pour les gens du voyage itinérants. Selon elles, une personne sans formation pouvait percevoir un salaire horaire de CHF 20.- à 23.- l'heure, soit entre CHF 3'500.- et CHF 4'000.- par mois, par exemple dans les domaines du triage, de la palettisation, du conditionnement de petites pièces, du contrôle visuel et de la manutention légère avec des charges inférieures à 10 kg. L'assurée avait la capacité d'exercer de telles activités adaptées, qui respectaient ses limitations fonctionnelles et son mode de vie (contrats de courte durée).

Le service de réadaptation avait en conséquence révisé son calcul du taux d'invalidité et retenu le chiffre le plus bas comme revenu avec invalidité de l'assurée, soit CHF 3'500.- par mois, équivalant à CHF 42'000.- par an. Une réduction de 15% était admise pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de sorte que le revenu avec invalidité à prendre en considération était de CHF 35'700.-.

Le revenu sans invalidité était fixé sur la base du dernier montant touché par l'assurée en 2005, soit CHF 39'543.-, soit CHF 43'587.- réactualisé. En comparant les revenus, le taux d'invalidité était de 18%.

25. Figure au dossier la convention collective de la location de service, valable du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 décembre 2014, qui s'applique à toute la Suisse et prévoit que le salaire horaire de base dans les régions de hauts salaires, applicable pour Genève, est de CHF 17.56 pour une personne sans formation professionnelle, CHF 23.59 avec formation professionnelle et CHF 21.23 avec formation pratique.

26. Dans un rapport du 5 mai 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué avoir revu à plusieurs reprises l'assurée avec son mari. Les différents traitements effectués n'avaient pas permis d'obtenir une situation satisfaisante. L'assurée notait une recrudescence importante de douleurs mécaniques lombaires avec des douleurs dans le membre inférieur droit. La marche était parfois extrêmement difficile au-delà de 15 à 20 minutes. Il y avait une aggravation des douleurs lors de la moindre activité. L'assurée décrivait des phénomènes d'à-coups qui allaient bien dans le sens d'une dysfonction discale. Malgré la physiothérapie effectuée depuis plus de huit mois, il n'y avait pas d'amélioration de son état. Il s'agissait d'une décompensation plus mécanique que neurologique. Par conséquent, il n'y avait pas d'indication opératoire absolue ni urgente. Néanmoins, l'évolution depuis 2004 était défavorable. Une réflexion chirurgicale de stabilisation L3 sacrum avait du sens.
27. Le Dr E\_\_\_\_\_ a opéré l'assurée le 26 mai 2014 pour une discopathie L3-L4, L4-L5 et L5-S1.
28. Par projet de décision du 3 juillet 2014, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée.
29. Les 13 juin et 10 juillet 2014, l'assurée a fait état d'une péjoration de son état de santé et communiqué à l'OAI les rapports de ses médecins traitants, faisant valoir qu'il en ressortait notamment que l'évolution depuis 2004 avait été défavorable et avait abouti à une intervention chirurgicale le 26 mai 2014.
30. Le 21 mai 2015, le service de réadaptation de l'OAI a rendu un rapport pour déterminer le revenu avec invalidité de l'assurée adapté à son mode de vie. Selon ses recherches, les gens du voyage, tout en continuant d'exercer leurs métiers traditionnels de marchands forains, rémouleurs, vanniers et colporteurs, avaient considérablement élargi leur champ d'activité : ils réparaient et aiguisaient des tondeuses à gazon et des déchiqueteuses, installaient des plaques chauffantes, restauraient des meubles et des lampes et faisaient le commerce de vieux métaux, de vêtements, de tapis ou d'antiquités. La plupart travaillait comme indépendants. Ils étaient souvent polyvalents et adaptaient constamment leur offre à la demande. Pendant les mois d'été, ils s'installaient pour une à deux semaines sur une aire de transit à partir de laquelle ils visitaient leur clientèle. Leur spécialisation consistait dans la capacité de maîtriser simultanément et dans une mesure égale plusieurs techniques relatives à l'artisanat, le commerce ou le divertissement ([www.bak.admin.ch/kulturschaffen/04265/04267/index.html](http://www.bak.admin.ch/kulturschaffen/04265/04267/index.html); Nomades parmi les sédentaires, publication OFC, Basel, 1989, p. 32 et 34 ; rapport du Conseil fédéral sur la situation des gens du voyage en Suisse, octobre 2006, p. 43). Dans leurs domaines professionnels, les Tziganes se démarquaient par leur polyvalence, leur mobilité et leur faculté d'adaptation (Joëlle SAMBUC, La situation juridique des Tziganes en Suisse, Genève, p. 68).

Il était exigible que l'assurée recherche un emploi temporaire au cours des quatre mois pendant lesquels elle résidait au même lieu, directement auprès des employeurs de Genève ou par des agences de placement. Dans l'économie

genevoise, il existait un certain nombre de postes de travail légers, ne requérant pas de formation. Le rapport se référait à dix postes, auprès d'entreprises, comme notamment ceux d'ouvrière pour Caran d'Ache; employée de production pour Multicuir, à Meyrin; opératrice chez Rolex, à Chêne-Bourg et vendeuse avec emballage à la chocolaterie Rohr à Carouge. Plusieurs entreprises du domaine industriel travaillaient régulièrement avec des agences temporaires, notamment dans le secteur horloger, afin de parer à des flux d'activité variables. L'assurée pouvait ainsi réaliser un revenu mensuel de CHF 3'500.- à CHF 4'000.-, selon les indications obtenues par les agences de placement pour les missions temporaires légères. Le salaire avec invalidité retenu était de CHF 3'500.-, ce qui était favorable à l'assurée. Les déplacements de l'assurée au terme des mois d'hiver, n'étaient pas à une distance excessive, de sorte qu'il apparaissait exigible, en vertu de l'obligation de réduire le dommage qu'elle les fasse en fin de semaine. De plus, elle avait des connaissances en allemand de base et il était exigible qu'elle prenne contact avec d'éventuels employeurs ou entreprises de travail intérimaire de manière anticipée afin de disposer d'une place de travail à son arrivée en Suisse allemande.

À part les missions temporaires, l'assurée pourrait trouver une activité adaptée dans sa propre communauté, dans laquelle diverses activités professionnelles existaient, comme le commerce d'habits, d'articles de ménage, de corderie, de petits objets d'antiquité; l'aiguillage de couteaux ou de ciseaux, la vannerie, la réparation et revente de bijoux ou de montres. Elle pourrait ainsi obtenir un revenu égal au revenu qu'elle touchait précédemment au sein de sa communauté, soit CHF 3'560.- lorsqu'elle n'aurait pas de travail temporaire. Pour le calcul de l'invalidité, il se justifiait ainsi de retenir un revenu avec invalidité de CHF 3'500.- par mois, soit CHF 42'000.- par an en 2013, avec une réduction de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Les autres critères n'étaient pas réalisés. Au final, le revenu avec invalidité était de CHF 37'800.-.

Le revenu sans invalidité était fixé à CHF 39'543.-, dernier salaire reçu avant l'atteinte à la santé en 2005, selon les attestations de salaires reçues le 8 juillet 2008. Réactualisé, le revenu sans invalidité était de CHF 43'885.-. En comparant les revenus avec et sans invalidité, on obtenait un taux d'invalidité de 13,9%.

31. Par décision du 8 juin 2015, l'OAI a confirmé son projet du 3 juillet 2014 et rejeté la demande de l'assurée, au motif que son degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Le SMR estimait qu'il n'y avait aucune nouvelle atteinte ou aggravation notable de son état de santé et que la capacité de travail résiduelle qui prévalait en 2009 était toujours la même, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et une demi-capacité de travail dans l'activité habituelle. L'OAI a considéré que durant les quatre mois de séjour à Versoix, l'assurée pouvait réaliser un revenu mensuel de CHF 3'500.- minimum dans des activités temporaires compatibles avec son état de santé, de même que dans des activités au sein de sa communauté. Concernant les

déplacements en Suisse allemande, en France et en Allemagne, dès lors qu'ils n'étaient pas d'une distance excessive, il était exigible de l'assurée, en vertu notamment de l'obligation de réduire le dommage, qu'elle les fasse en fin de semaine. Ainsi, cela ne péjorerait pas sa disponibilité pour le travail. Après comparaison des gains, son degré d'invalidité s'élevait à 13,9%.

32. La chambre de céans a, le 2 décembre 2015, admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 8 juin 2015 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/920/2015). Elle a notamment considéré que dans la mesure où la première décision de l'OAI et l'arrêt de la chambre de céans avaient été annulés par le Tribunal fédéral, il y avait lieu de tenir compte de tous les faits déterminants jusqu'au moment de la décision querellée du 8 juin 2015, dont l'évolution de l'état de santé de l'assurée, qui avait allégué une aggravation et communiqué à l'OAI plusieurs rapports médicaux à cet égard. En outre, il n'était pas admissible de considérer comme exigible l'exercice d'une activité salariée qui supposerait la sédentarisation, la rupture avec sa famille et son mode traditionnel ainsi qu'un déracinement culturel.
33. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations physiques de l'assurée ne pouvaient pas être testées, car chaque mouvement ou position déclenchait immédiatement de violentes douleurs lombaires l'obligeant à s'arrêter. L'évolution était discrètement favorable dans les gestes de la vie quotidienne, mais pas dans la profession de brocanteuse. Les restrictions étaient des douleurs chroniques, avec des douleurs aiguës à l'effort. Elles se manifestaient par l'incapacité pour l'assurée de reprendre son activité et la nécessité de se coucher, parfois pour plusieurs jours. Du point de vue médical, le Dr I\_\_\_\_\_ ne voyait pas comment on pouvait exiger la reprise de l'activité de brocanteuse, alors que l'assurée ne parvenait pas à assumer son ménage. Le rendement était trop réduit.
34. Le 17 mai 2016, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport en allemand.
35. Dans un avis du 7 juillet 2016, le SMR a indiqué que le Dr J\_\_\_\_\_ avait écrit dans son rapport du 17 mai 2016 qu'il suivait la patiente depuis janvier 2016 et qu'il retenait le diagnostic de dépression chronique, liée à une situation psychosociale délicate et des troubles douloureux chroniques. Le pronostic était défavorable et l'assurée était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis le 27 janvier 2016 jusqu'à nouvel ordre.
36. Le 11 juillet 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait nécessaire de la soumettre à une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neurochirurgie et psychiatrie).
37. Le 22 juillet 2016, l'OAI a informé l'assurée que la désignation d'un centre d'expertise pouvait durer deux ans.

38. Le 24 janvier 2018, l'assurée a informé l'OAI que son état général, et surtout psychique, s'était aggravé depuis quelque temps. Elle était actuellement suivie par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Nyon.
39. À teneur d'une note de l'OAI du 12 mars 2018, l'assurée avait fait intervenir l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en raison des délais imposés pour les expertises pluridisciplinaires SuisseMED@P. Selon l'OFAS, la seule possibilité d'agir sur cette plateforme était de supprimer une discipline qui allongeait le délai d'attente. Se posait donc la question de savoir si une des disciplines de l'expertise pouvait être supprimée.
40. À teneur d'un rapport établi le 18 mars 2018 par le Dr K\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. On assistait à un état dépressif majeur sans symptômes psychotiques avec dépendance aux opiacés, trouble de la personnalité et impulsivité. Depuis 2009, l'assurée évoquait une aggravation sur le plan psychique. S'agissant de ses limitations fonctionnelles, la patiente n'était pas capable de s'intégrer au sein de la vie familiale ou professionnelle. Sur le plan social, on assistait aussi à un retrait avec une très mauvaise qualité de vie. La capacité de travail était de 0% dans le poste occupé dans la brocante et dans toute autre activité. L'assurée n'était pas non plus capable de remplir ses tâches ménagères. Sa compliance était optimale. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes, l'examen et le discours de son mari.

Les deux dernières consultations avaient eu lieu les 19 février et 12 mars 2018. Le traitement en cours était des entretiens individuels et de couple. Le traitement médicamenteux était du Zoloft, 150 mg le matin, et du Seroquel XR, 100 mg le soir. Il n'y avait pas, à l'heure actuelle, de possibilité de reprise du travail. On assistait à un état dépressif chronique chez une patiente avec un trouble de la personnalité. Une expertise pluridisciplinaire serait indiquée. On assistait aussi à un conflit de couple en lien direct avec l'état de santé dégradé de l'assurée.

41. Le 19 mars 2018, l'OAI a décidé de supprimer la discipline neurochirurgie de la mission d'expertise et de demander, à ses frais, des renseignements médicaux au Dr E\_\_\_\_\_, dont le rapport devrait être transmis aux experts.
42. Le 20 mars 2018, SuisseMED@P a informé l'OAI que l'expertise avait été attribuée à CEMEDEX SA.
43. Le 15 avril 2018, l'OAI a informé le conseil de l'assurée qu'une expertise médicale serait effectuée par CEMEDEX SA, plus particulièrement par les docteurs L\_\_\_\_\_, médecine interne générale, M\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, et N\_\_\_\_\_, rhumatologie.
44. Le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport du 18 mai 2018 avoir reçu à deux reprises la patiente en consultation. Elle avait été opérée d'une décompression et stabilisation L3-S1, le 26 mai 2014, après dix ans de prise en charge non chirurgicale sous différentes formes. Les suites chirurgicales n'avaient pas été marquées par des complications significatives sur le plan infectieux, neurologique

ou de fusion osseuse. L'évolution initiale avait été plutôt favorable sur le plan des douleurs bien que l'état de l'assurée ait toujours nécessité un soutien antalgique majeur. Actuellement, elle trouvait qu'elle était dans une situation comparable à ce qu'elle était en pré-opératoire. Elle décrivait des douleurs lombaires importantes le matin, qui nécessitaient parfois l'aide de personnes extérieures pour sortir du lit. La situation s'améliorait ensuite progressivement pour redevenir de plus en plus difficile dans le courant de la journée, contraignant l'assurée à s'aliter progressivement. Elle était régulièrement réveillée la nuit et décrivait des phénomènes de crampes fréquents. La position statique aggravait les symptômes. L'assurée n'arrivait pas à faire face aux tâches ménagères de base et avait besoin de l'aide de sa fille pour s'habiller, ainsi que pour la cuisine et elle était incapable d'aller seule faire ses courses. La marche était limitée en raison des douleurs lombaires. À quatre ans de la prise en charge chirurgicale, il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration de la situation. Le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait pas d'autre proposition thérapeutique que l'adaptation d'un traitement antalgique. Dans l'état actuel, l'assurée présentait une incapacité de travail totale de 100%, puisqu'elle n'arrivait même pas à faire face à son propre fonctionnement. Elle était incapable de porter la moindre charge et de rester en position assise plus de 10 à 15 minutes et elle devait alterner dans la journée les positions assise, couchée et debout. Le Dr E\_\_\_\_\_ ajoutait que, le 8 septembre 2015, il avait fixé à la capacité de travail de l'assurée à 50%, en raison de l'amélioration post-opératoire. Malheureusement, celle-ci ne s'était pas maintenue dans le temps, bien au contraire. À ce jour, il ne voyait pas comment l'on pouvait exiger la moindre capacité de travail de l'assurée.

45. Le 28 mai 2018, l'OAI a transmis à CEMEDEX SA une copie du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 18 mai 2018 pour compléter le dossier.
46. Le rapport d'expertise établi par CEMEDEX SA le 14 août 2018 est constitué d'une évaluation consensuelle, des rapports de chaque spécialiste et d'un résumé du dossier de l'assurée. Les experts ont indiqué que leur mission était d'évaluer l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision du 15 mars 1996. Ils ont conclu de concert que le diagnostic incapacitant était un status post chirurgie en 2014 de décompression et de stabilisation L3 à S1, entraînant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de piétinement ; position assise limitée à une demi-heure, avec changement de position; pas de marche, d'escalier, d'échelle ou d'escabeau; pas d'effort de soulèvement à partir du sol, pas de porte-à-faux avant ou latéral, et port de charges limité à 5 kg. En position assise, l'assurée pouvait faire des mouvements libres des épaules, pousser ou tirer des poids sur une surface plane, avec un siège réglable en hauteur et mobile en rotation pour éviter des torsions du rachis lombaire, un soutien lombaire et un repose-pieds. Ces limitations empêchaient l'assurée de travailler dans son activité de brocanteuse.

Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient : obésité exogène, status après hépatite B guérie en 1984 et dysthymie (F34.1) depuis l'adolescence.

Il n'y avait pas de signes ou symptômes cliniques parlant en faveur d'un trouble de la personnalité, selon les critères de la CIM-10, chez l'assurée, qui présentait des capacités adaptatives dont elle avait fait preuve tout au long de son existence et ceci malgré la douleur qui était présente depuis l'adolescence.

Elle présentait des ressources telle que l'intelligence, avoir été scolarisée, le fait de donner un sens à sa vie, avoir des mécanismes d'autocontrôle et d'auto-efficacité, ce qui pouvait l'aider à mieux supporter la douleur. Par ailleurs elle faisait partie des gens du voyage, d'origine suisse, et était très bien entourée par sa famille. Tous les handicaps étaient pris en charge par sa famille ainsi que les problèmes financiers, puisqu'elle recevait une aide importante de la part de ses parents.

Pendant l'entretien avec l'expert en médecine interne, l'assurée avait pu rester assise pendant seulement 20 minutes. Ensuite, elle avait dû se lever plusieurs fois, avec changements de position. La mobilisation sur le lit d'examen avait été très difficile, l'assurée présentant des douleurs à chaque mouvement, alors même qu'elle ne présentait pas de limitation ni handicap objectif.

L'expertisée n'avait aucune plainte sur le plan psychiatrique et était restée debout la plupart du temps pendant l'entretien avec l'expert.

L'expertisée souffrait depuis l'âge de 18 ans de lombalgies récurrentes, avec occasionnellement des irradiations au niveau de la fesse droite et souvent des blocages. Elle avait été opérée le 6 mai 2014 d'une chirurgie de décompression et de stabilisation avec spondylodèse postérieure. Le contrôle radiologique de mars 2017 était tout-à-fait satisfaisant. Il n'y avait aucun signe neurologique, aucune irradiation, aucune douleur impulsive, aucune douleur nocturne, ni dérouillage matinal, mais l'expertisée continuait à se plaindre de douleurs l'empêchant notamment de soulever des poids et d'exercer son métier de brocanteuse.

Le métier effectué jusqu'à 2006 dans la brocante était contre-indiqué du fait que l'assurée ne pouvait pas soulever de poids. En respectant les limitations fonctionnelles du point de vue rhumatologique, l'assurée était capable de travailler dans n'importe quel métier à 100%, six mois après l'opération neurochirurgicale de mai 2014, avec baisse de rendement de 20%, permettant les changements de position et en tenant compte du fait qu'elle faisait partie de gens du voyage et passait les mois d'été en transhumance.

Les traitements dont avait bénéficié l'assurée étaient conformes aux règles de l'art. Elle a effectué beaucoup de physiothérapie, de balnéothérapie, d'ostéopathie ainsi que des traitements antalgiques et anti-inflammatoires. Elle avait aussi essayé des médecines alternatives. Enfin, le traitement de spondylodèse L3-S1 en 2014 avait légèrement amélioré la symptomatologie pendant plusieurs mois.

Il ressort du rapport établi par le Dr N\_\_\_\_\_ qu'il a examiné la recourante le 22 mars 2018 de 10h à 10h30. Il a notamment indiqué que l'assurée lui avait dit souffrir actuellement d'une douleur lombaire basse isolée, sans irradiation, permanente, avec parfois des douleurs plus importantes lors des trajets en voiture

prolongés et de piétinements prolongés. Elle avait parfois besoin de l'aide de son mari ou de sa fille pour enfiler un collant le matin, se laver les pieds, mettre des chaussettes et des chaussures ou se couper les ongles. Elle ne faisait aucun travail ménager, sauf des petits travaux en cuisine, uniquement pour réchauffer un plat en évitant le piétinement. Elle avait un périmètre de marche de 5 à 10 minutes. La seule position qui la calmait véritablement était lorsqu'elle était allongée. Le matin pour se lever, il n'y avait pas de dérouillage matinal ou celui-ci était très court, environ 5 minutes. Sous la rubrique « déroulement d'une journée normale », l'expert a mentionné que la recourante n'avait pas de difficultés ou de dérouillage matinal majeur le matin. L'assurée ne lisait pas et ne consultait pas d'ordinateur, mais regardait la télévision. Il a conclu que du point de vue rhumatologique, l'absence d'irradiation, de signe neurologique, de douleur impulsive, de douleur nocturne et de dérouillage matinal rendait difficilement compréhensible une marche limitée à 5 à 10 minutes, un piétinement à 5 minutes, ainsi qu'une position assise à 30 minutes. L'examen clinique était tout à fait rassurant et cohérent avec la chirurgie suivie en 2014, ne montrant qu'une douleur lombaire isolée. Ce qui l'était moins était l'attitude de l'assurée et sa vie quotidienne.

L'expert psychiatre a rapporté que l'assurée disait être bien entourée par son mari et ses parents. Elle avait une tristesse fluctuante en fonction des douleurs et de la vie qu'elle menait, des sentiments de dévalorisation, de découragement et d'infériorité. Elle n'avait pas d'idées noires, pas fait de tentative de suicide, ni été hospitalisée en milieu psychiatrique. Elle avait eu des passages boulimiques, 8 ans auparavant, et on lui avait mis un ballon gastrique. Elle était tendue, angoissée et irritable en fonction de ses douleurs, notamment. Elle ne mentionnait pas avoir eu de phobie ou de cauchemars. Elle ne consommait pas d'alcool ni de drogue. Sa mère avait fait du porte-à-porte pour vendre des linges de cuisine. Elle se couchait vers 1h ou 2h du matin et dormait grâce au Sirdalud d'un sommeil, qui n'était toutefois pas réparateur. Elle se levait fatiguée vers 11h. Sa fille et son mari faisaient le ménage, la lessive et les commissions et elle préparait les repas. Elle niait tout affect dépressif et pensait que ses problèmes étaient dus à ses douleurs. L'impression diagnostique était un trouble somatoforme douloureux avec une suspicion d'intelligence limite ou de psychose infantile. L'expert-psychiatre a résumé l'avis du SMR du 7 juillet 2016, qui indiquait que le Dr J\_\_\_\_\_ avait écrit dans son rapport du 17 mai 2016 qu'il suivait la patiente depuis janvier 2016 et qu'il retenait le diagnostic de dépression chronique, liée à une situation psychosociale délicate et des troubles douloureux chroniques. Le pronostic était défavorable et l'assurée était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis le 27 janvier 2016 jusqu'à nouvel ordre. L'expert-psychiatre avait constaté, notamment, qu'au moment de l'entretien, l'assurée présentait une tristesse fluctuante en fonction des douleurs. L'humeur n'était pas dépressive et il n'y avait pas de signes cliniques parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Concernant le registre anxieux, l'expertisée ne présentait pas de tension nerveuse ou d'irritabilité. L'expert a posé le diagnostic de dysthymie, en décrivant de manière générale ce trouble, qui

permettait habituellement aux personnes qui en souffraient de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. L'expert retenait que l'expertisée présentait des capacités adaptatives dont elle avait fait preuve tout au long de son existence malgré la douleur qui était présente depuis l'adolescence. Elle était très bien entourée par sa famille. Il n'y avait aucune contre-indication psychiatrique à ce qu'elle suive une réadaptation sur le plan professionnel. Elle était suivie par un psychiatre, bien que de manière irrégulière, prenait du Seroquel (en dessous de l'intervalle thérapeutique selon le dosage plasmatique effectué le 8 juin 2018) ainsi que du Zolofit (dosage plasmatique dans l'intervalle thérapeutique lors de l'examen effectué le 8 juin 2018) et des médicaments contre la douleur. Le principal problème de l'assurée était la douleur. Elle n'avait aucune plainte psychiatrique. Elle était intelligente, ayant été scolarisée, et présentait des ressources telles que le fait de donner un sens à sa vie, d'autocontrôle et d'auto-efficacité, qu'elle avait mises en exergue tout au long de son existence, ce qui pouvait l'aider à mieux supporter la douleur. Sa capacité de travail était entière dans toute activité.

L'expert en médecine interne générale a notamment indiqué que l'expertisée se plaignait de douleurs continues de 8 à 10 sur une échelle de 1 à 10, irradiant parfois au niveau crural droit. Toutes les tâches ménagères ainsi que la cuisine et les courses étaient effectuées par son mari, sa fille, sa sœur ou sa mère. Elle ressentait des douleurs au niveau des jambes, surtout le matin, de type décharges électriques qui étaient calmées par la prise de Ponstan et Dafalgan. Le matin, c'était son mari qui la sortait du lit. Sous anamnèse, l'expert a mentionné que l'expertisée avait arrêté l'alcool en 2014. Au niveau de la médecine interne générale, l'expertisée ne présentait aucune limitation. Elle semblait avoir des ressources personnelles, qui avaient toutefois été mises mal depuis plusieurs années dans le cadre de ses douleurs, qui l'empêchaient actuellement d'être elle-même et de vivre sa vraie vie. Elle avait des ressources familiales importantes. Tous les handicaps étaient pris en charge par sa famille ainsi que ses problèmes financiers.

47. Le 10 septembre 2018, l'OAI a demandé au CEMEDEX de se positionner sur le courrier du Dr E\_\_\_\_\_ du 18 mai 2018.
48. Le 26 septembre 2018, le Dr M\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que les experts avaient observé que les plaintes de l'expertisée et l'examen clinique réalisé à l'occasion de l'expertise du 8 juin 2018 étaient identiques aux constatations du Dr E\_\_\_\_\_ du 18 mai 2018. L'expert-rhumatologue avait remarqué l'absence d'irradiation, de signe neurologique, de douleur impulsive et nocturne ainsi que de dérouillage matinal rendant difficilement compréhensible une marche limitée à 5 à 10 minutes, un piétinement à 5 minutes ainsi qu'une position assise à 30 minutes. L'examen clinique était tout à fait rassurant et cohérent avec la chirurgie, ne montrant qu'une douleur lombaire isolée. Ce qui l'était moins, c'était l'attitude de l'expertisée et sa vie quotidienne. En conséquence, les experts maintenaient leurs conclusions. L'activité de brocanteur n'était évidemment plus exigible de l'assurée. Par contre, une activité adaptée avec une diminution de rendement était cohérente avec les

constatations objectives de l'examen clinique et les constatations radiologiques, bien décrites par le Dr E\_\_\_\_\_ dans son rapport.

49. À teneur d'un rapport final du SMR établi le 8 octobre 2018, la doctoresse O\_\_\_\_\_ a considéré – sur la base des expertises pluridisciplinaires de 2009 et 2016 qu'elle estimait convaincantes et conduites selon les règles de l'art – que l'assurée souffrait de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques depuis 2006. Il y avait eu une aggravation de son état de santé en mai 2014 justifiant une incapacité totale de travail dans toute activité pendant les six mois suivant l'intervention chirurgicale. Jusqu'à cette intervention, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50%, puis elle était devenue nulle depuis le 26 mai 2014. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% au 1<sup>er</sup> mars 2006, 0% du 24 mai au 31 novembre 2014, puis de 100% depuis décembre 2014 avec une baisse de rendement de 20%. Le début de l'aptitude à la réadaptation était le 1<sup>er</sup> décembre 2014.
50. L'OAI a généré, le 15 octobre 2018, un mandat de réadaptation pour déterminer quelles activités adaptées à l'état de santé de l'assurée étaient exigibles d'elle compte tenu du fait qu'elle était sédentaire à Genève quatre mois par année et qu'elle voyageait le reste de l'année en Suisse allemande, en France et en Allemagne.
51. À teneur du rapport du service de réadaptation du 2 novembre 2018, il existait de nombreux métiers dans le domaine industriel ainsi que dans la vente d'articles légers accessibles en mission temporaire. Il y avait lieu de considérer qu'un marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités qui étaient simples et légères et accessibles sans formation particulière. Des mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquates et ne permettraient pas de réduire le dommage. Les conditions pour l'aide au placement n'étaient pas remplies. En effet, il n'y avait pas de problématique de santé qui posait un problème majeur dans la recherche d'emploi. En présence d'autres freins à la recherche d'emploi (assèchement du marché, âge, langue), l'assurance-invalidité n'avait pas à fournir un appui spécifique. Il fallait évaluer le taux d'invalidité en prenant en considération la baisse de rendement déterminée par le SMR :
- revenu sans invalidité : CHF 43'885.- (à l'avantage de l'assurée)
  - revenu avec invalidité : CHF 30'240.- (CHF 27'800.- avec baisse de rendement de 20% CHF 7'560.-)
  - degré d'invalidité : 31%
52. Par projet de décision du 8 février 2019, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Il ressortait de la comparaison des gains effectuée au 1<sup>er</sup> mars 2007 une perte de gain de 18%. En ce qui concernait la période du 24 mai 2014 au 31 novembre 2014, les conditions de l'art. 28 LAI n'étaient pas réalisées pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Sa perte de gain s'élevait à 31%. Un taux inférieur à 40% n'offrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de

rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquates et ne permettraient pas de réduire le dommage.

53. Le 15 avril 2019, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, en particulier en tant qu'elles indiquaient qu'elle avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Ces conclusions étaient en contradiction totale avec les nombreux rapports établis par les médecins l'ayant suivie, qui concluaient tous à une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité. L'expertise de CEMEDEX SA était lacunaire en ce qu'elle ne motivait pas les raisons pour lesquelles elle s'écartait des conclusions de ses médecins traitants. De plus, il s'agissait d'une société qui avait pour but principal l'établissement d'expertises pour le compte des offices de l'assurance-invalidité. Le lien de dépendance était dès lors important. Par ailleurs, le Dr N\_\_\_\_\_ n'était pas titulaire d'un diplôme FMH et n'exerçait pas en Suisse. Une expertise judiciaire était sollicitée.

L'assurée contestait les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait en effet rapporté le 18 mai 2018 qu'elle avait des douleurs lombaires importantes le matin qui nécessitaient parfois l'aide de personnes extérieures pour la sortir du lit. Malgré les limitations fonctionnelles retenues par le Dr N\_\_\_\_\_, celui-ci, de manière contradictoire, semblait émettre des doutes sur la réalité de ses limitations fonctionnelles en indiquant que l'absence d'irradiation, de signe neurologique, de douleur impulsive, de douleur nocturne, de dérouillage matinal rendait difficilement compréhensible une marche limitée à 5-10 minutes, un piétinement à 5 minutes ainsi qu'une position assise limitée à 30 minutes.

Malgré les limitations fonctionnelles exposées de manière concordante par le Dr N\_\_\_\_\_ et les médecins de l'assurée, les conclusions retenues par le Dr N\_\_\_\_\_ et par le Dr E\_\_\_\_\_, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée étaient opposées. Le Dr I\_\_\_\_\_ estimait le 1<sup>er</sup> mai 2016 qu'une activité professionnelle ne pouvait pas être exigée de l'assurée, relevant qu'elle ne parvenait même pas à assumer son ménage. Cela était confirmé par le Dr E\_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 mai 2018. Le Dr N\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions des Drs I\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

Les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique étaient diamétralement opposées à celles des psychiatres de l'assurée, qui avaient fait état d'une incapacité de travail totale dans toute activité.

L'expert n'avait pas indiqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas une dépression chronique et une incapacité de travail contrairement aux psychiatres de la recourante qui avaient retenu une dépression chronique majeure. S'agissant du rapport du Dr J\_\_\_\_\_, il y avait lieu de penser que l'expert n'avait pas pu le lire ou le comprendre, car il n'était pas résumé dans l'expertise contrairement aux autres rapports. Il était seulement mentionné à son sujet qu'il était en allemand. L'assurée contestait être en mesure d'effectuer une quelconque activité professionnelle et

considérait qu'il n'existait pas d'activité adaptée à son état de santé. L'OAI n'avait donné aucun exemple d'activité. Il n'était dès lors pas possible de vérifier si des emplois étaient compatibles avec ses limitations fonctionnelles et s'ils étaient adaptés à son mode de vie nomade. Partant, le projet de décision de l'OAI était lacunaire et présentait un défaut de motivation.

S'agissant de la perte de gain et des revenus déterminants pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 23 mai 2014, les montants pris en compte par l'OAI étaient fondés sur le rapport du 30 octobre 2013 du service de réadaptation de l'assurance-invalidité, qui indiquait que l'assurée pouvait travailler dans le domaine du triage, de la palettisation, du conditionnement des petites pièces, du contrôle visuel ou de la manutention légère avec charges inférieures à 10 kg. Selon les agences, une personne sans formation pouvait recevoir un salaire-horaire de CHF 10.- à CHF 23.-, soit entre CHF 3'500.- et CHF 4'000.-. Le service de réadaptation retenait ainsi un salaire de CHF 3'500.- par mois, soit CHF 42'000.- par année, montant auquel il appliquait une réduction de 15%, compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée, soit au total un revenu avec invalidité de CHF 35'700.-. Les informations qui avaient été fournies par les agences se fondaient sur une expérience ou une statistique, qui ne tenait aucun compte du mode de vie nomade des gens du voyage. Le revenu de CHF 35'700.- impliquait un travail régulier sans interruption de 40 heures par semaine. Or, le Tribunal fédéral avait renvoyé la cause à l'OAI le 15 mars 2012 en indiquant que celui-ci devait notamment examiner si et dans quelle mesure la recourante pourrait mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail pendant les quatre mois durant lesquels elle résidait de manière continue à Versoix. Il fallait rappeler que par arrêt du 2 décembre 2015, la Cour de justice avait jugé que les documents sur lesquels se fondait l'OAI pour obtenir un salaire mensuel de CHF 3'500.- ne permettaient pas de savoir si de tels emplois étaient réellement disponibles sur le marché de l'emploi temporaire et, en particulier, pendant les quatre mois d'hiver, ni s'ils étaient réellement exigibles au regard des limitations fonctionnelles de l'assurée. La Cour de justice avait également jugé que le fait d'exiger que l'assurée travaille à plein pendant toute l'année et qu'elle ne se rende à l'étranger que pendant le weekend violait le droit fédéral.

Si dans la détermination du revenu avec invalidité l'OAI persistait à vouloir appliquer les statistiques ou des montants déterminés sur la base de revenus applicables à des personnes présentant un mode de vie sédentaire, ce qui était erroné, le montant annuel ne pouvait en aucun cas être repris tel quel, mais devait être divisé par trois, l'assurée ne passant que les quatre mois d'hiver de manière sédentaire à Genève. Dans ce cas, à supposer que les montants annuels indiqués par l'OAI étaient exacts, ce qui était contesté et non démontré, le revenu avec invalidité devait être fixé à CHF 11'900.- (CHF 35'700 / 3), ce qui conduisait à un taux d'invalidité de 73% comparé au revenu sans invalidité de CHF 43'587.-. Partant, l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité.

---

S'agissant de la perte de gain et des revenus déterminants pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2014 au jour de l'opposition, il était hautement vraisemblable que le montant du revenu avec invalidité retenu de CHF 37'800.- correspondait au revenu dans une activité simple et peu physique pour une personne avec un mode de vie sédentaire pouvant travailler toute l'année. Ce montant ne tenait pas compte du mode de vie nomade de la communauté des gens du voyage. En divisant ce revenu par trois (CHF 30240.- : 3 = CHF 10'080.-), le taux d'invalidité était de 77% après comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 43'885.-. Partant, l'assurée avait droit à une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> mars 2006.

54. Par décision du 5 juin 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision. Le seul fait que l'expertise était en contradiction avec l'avis des différents médecins traitants de l'assurée ne permettait pas de considérer qu'elle n'avait pas une pleine valeur probante. Il importait bien plutôt de savoir si les médecins traitants avaient mentionné des éléments objectifs contradictoires qui auraient été ignorés par l'expert. Tel n'était pas le cas en l'espèce. Le fait qu'un médecin rapporte des douleurs ressenties par l'assurée ne pouvait en aucun cas être assimilé à des restrictions physiques. Il ne s'agissait pas là d'un élément objectif tel que l'entendait la jurisprudence. De même, au niveau psychique, une dépression chronique majeure n'était pas synonyme de sévère. Le rapport médical du 17 mai 2016 établi par le Dr J\_\_\_\_\_ n'était pas déterminant, puisqu'il ne mentionnait pas la capacité de travail estimée sur le plan psychique.

En 2015, le service de réadaptation avait approfondi et affiné les salaires à prendre en compte au vu des critiques formulées par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 15 mars 2012. Les activités prises en compte étaient précisément énumérées. Le calcul tenait compte d'un salaire-horaire de CHF 20.- à CHF 23.-, uniquement dans un travail temporaire ne nécessitant pas de qualification particulière. Les domaines d'activité déterminés par ce service prenaient en considération aussi bien les limitations fonctionnelles de l'assurée que son mode de vie traditionnel.

55. Par recours du 8 juillet 2019, l'assurée a contesté la décision de l'intimé concluant, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, à son audition ainsi qu'à celle de son époux et à l'audition des Drs E\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Elle concluait, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sur un degré d'invalidité de 100% à compter du 1<sup>er</sup> mars 2006, avec suite de frais et dépens. La recourante reprenait en substance les arguments développés dans son opposition.
56. Par réponse du 13 septembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à la décision querellée. Il appartenait à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique, afin de déterminer si les plaintes de l'assurée concordaient avec des observations médicales concluantes. Si tel n'était pas le cas, il était cohérent de ne pas retenir d'incapacité de travail ni de baisse de rendement. Le Dr N\_\_\_\_\_ s'était fondé sur l'examen clinique et des éléments objectifs. À l'inverse, les

médecins traitants de l'assurée s'étaient fondés sur les plaintes de celle-ci, soit des éléments subjectifs.

Le juge ne pouvait s'écarter d'une expertise au seul motif qu'elle était établie par un médecin d'un assureur, il en allait de même pour des prétendus, mais non fondés, liens de dépendance entre un centre d'expertise et une assurance sociale, selon la jurisprudence.

Un titre délivré par la FMH n'était pas indispensable. En ce qui concernait la pertinence médicale d'une expertise, l'administration et les tribunaux devaient pouvoir se fier aux connaissances spécialisées d'un expert. Pour qu'un médecin puisse remplir une telle fonction, un titre de spécialiste correspondant était exigé. Un titre délivré par la FMH n'était pas indispensable ni l'appartenance à l'organisation professionnelle correspondante. Ainsi la formation de spécialiste pouvait avoir lieu à l'étranger (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_736/2009 du 26 janvier 2010). Le fait que les médecins exercent ou pas dans un cabinet médical en Suisse n'avait aucune incidence, selon la jurisprudence susmentionnée, sur la valeur probante de l'expertise. Le Dr N\_\_\_\_\_ était au domicile du bénéficiaire d'une reconnaissance de ses titres en Suisse depuis 2016 (extrait du registre des professions médicales annexé). En conséquence, l'expertise effectuée par CEMEDEX SA devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Tel n'était pas le cas des rapports de médecins traitants de la requérante, qui avaient une valeur probante moindre, parti étant naturellement pris pour leur patiente.

Au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée, les activités déclinées par le service de réadaptation, déjà en 2015, étaient adaptées et accessibles sans aucune formation particulière. Conformément à la jurisprudence, il n'y avait pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait à la requérante de retrouver un emploi. Ce qui était déterminant, c'était l'existence même d'un emploi. On ne pouvait mettre en doute les informations fournies directement par les agences de placement, qui avaient été clairement nommées dans le rapport de réadaptation et qui faisaient état d'activités adaptées existantes dans leur domaine. Ainsi, les renseignements recueillis par le service de réadaptation permettaient d'établir s'il existait sur le marché un nombre significatif d'activités aux limitations fonctionnelles de la requérante qui pouvaient s'exercer sur de courtes périodes et étaient ainsi compatibles avec le mode de vie de cette dernière.

57. Par réplique du 27 septembre 2019, la requérante a indiqué que selon la doctrine et la jurisprudence, lorsque d'autres spécialistes émettaient des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions d'un expert, on ne pouvait exclure 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. La requérante persistait dans les explications et les conclusions contenues dans son recours du 9 juillet 2019.

58. Le 28 avril 2020, la chambre de céans a informé les parties du fait qu'elle entendait confier une expertise au docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et au docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en leur impartissant un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts et sur les questions de la mission d'expertise.
59. Le 8 mai 2020, l'intimé a informé la chambre de céans n'avoir pas de motifs de récusation des experts ni questions complémentaires.
60. Le 25 mai 2020, la recourante a informé la chambre de céans ne pas avoir de motifs de récusation mais a proposé des corrections à la mission d'expertise pour tenir compte du fait que la Cour de justice a, dans son arrêt du 30 mai 2011 (ATAS/547/2011) jugé que la capacité de travail de la recourante dans son activité précédente était de 0% et que ce taux n'avait pas été remis en question par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 15 mars 2012 (9C\_540/2011), qui était entré en force. L'expertise devait se limiter à déterminer si l'état de santé de la recourante s'était amélioré depuis fin juin 2010, soit la date des derniers examens médicaux sur lesquels la Cour de justice s'était fondée pour reconnaître un taux d'activité de 0% dans l'activité précédente. La recourante ne travaillait plus depuis de nombreuses années et sa demande de prestations datait de 2006. Il fallait donc remplacer l'expression d'« activité habituelle » par « activité exercée précédemment ».

Il ne se justifiait pas de déterminer l'évolution de la gestion du quotidien et de la capacité de travail de la recourante depuis 1996, mais seulement depuis 2006, date de la demande à l'OAI objet de la présente procédure.

À l'appui de sa détermination, la recourante a transmis à la chambre de céans :

- Un rapport établi le 13 mai 2020 par le docteur R\_\_\_\_\_, médecin du sport FMH, de l'hôpital de la Tour, indiquant que la recourante souffrait de douleurs sur l'épaule droite irradiant dans le trapèze et dans le biceps depuis 8 mois. Le diagnostic était une tendinopathie micro-fissuraire du sus-épineux et sous-scapulaire droit et une bursite sous acromiale droit. Après consentement éclairé et demande de la patiente, le médecin avait fait un repérage échographique de la BSAD, AL Lidocaïne 2% puis une infiltration d'une ampoule de Diprophos et 2 ml de Lidocaïne dans la BSAD. En cas de récurrence de douleurs, il faudrait faire une arthro-IRM pour un bilan lésionnel de la coiffe des rotateurs ;
- Un rapport établi par le docteur S\_\_\_\_\_, service de radiologie de l'hôpital de la Tour, suite à une IRM de la colonne cervicale de la recourante du 2 mars 2020, a conclu à des troubles dégénératifs débutants disco-somatiques C4-C5, C5-C6 et C6-C7, sans rétrécissement canalaire ni foraminaux significatifs notables, absence de hernie discale et de signe de myélopathie.

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

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 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).
4. a. Il convient en premier lieu de définir l'objet du litige. La dernière décision entrée en force relative à l'invalidité de la recourante date du 15 mars 1996. L'assurée a déposé une nouvelle demande en décembre 2006, laquelle a fait l'objet de quatre décisions de l'intimé, deux arrêts de la chambre des assurances sociales et un arrêt du Tribunal fédéral.  
b. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

- c. L'autorité de la chose jugée (ou force de chose jugée au sens matériel) interdit de remettre en cause, dans une nouvelle procédure, entre les mêmes parties, une prétention identique qui a été définitivement jugée (ATF 142 III 210 consid. 2.1 p. 212 et les références). Il y a identité de l'objet du litige quand, dans l'un et l'autre procès, les parties soumettent au tribunal la même prétention, en reprenant les mêmes conclusions et en se basant sur le même complexe de faits (ATF 139 III 126 consid. 3.2.3 p. 1 30; 1 1 6 II 738 consid. 2a p. 743). L'identité de l'objet du litige s'entend au sens matériel; il n'est pas nécessaire, ni même déterminant que les conclusions soient formulées de manière identique (ATF 142 III 210 consid. 2.1 p. 213, 128 III 284 consid. 3b p. 286; 123 III 1 6 consid. 2a p. 1 8; 1 21 III 474 consid. 4a p. 477). L'identité de l'objet s'étend en outre à tous les faits qui font partie du complexe de faits, y compris les faits dont le juge n'a pas pu tenir compte parce qu'ils n'ont pas été allégués, qu'ils ne l'ont pas été selon les formes et à temps ou qu'ils n'ont pas été suffisamment motivés (ATF 1 39 III 1 26 consid. 3.1 ; 1 1 6 II 738 consid. 2b

Pour savoir si des conclusions ont déjà été définitivement tranchées dans un jugement précédent, il convient de se fonder non pas sur les constatations du prononcé attaqué mais sur le jugement précédent, dont le dispositif définit l'étendue de la chose jugée au sens matériel. L'autorité de la chose jugée est limitée au seul dispositif du jugement. Pour connaître le sens et la portée exacte du dispositif, il faut parfois se référer aux considérants en droit du jugement (ATF 1 42 III 21 0 consid. 2.2 p. 213; arrêt 8C 81 6/201 5 du 12 septembre 201 6 consid. 3,1 et les références).

- d. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité depuis la dernière décision entrée en force le 15 mars 1996. La décision de refus de rente du 7 décembre 2010 a été confirmée par la chambre de céans le 20 mai 2011, qui a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise du CEMed. Celle-ci avait retenu que l'activité habituelle de brocanteuse n'était plus possible dans la mesure où elle supposait le port de charges itératif, mais qu'une activité de brocanteuse dédiée uniquement à la vente restait exigible à plein temps avec un rendement complet et qu'une activité de brocanteuse sans port de charges était exigible à 50%. Dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges et permettant le changement fréquent de postures, l'exigibilité était de 100%, sans baisse de rendement. Dans la mesure où le Tribunal fédéral n'a cassé, le 15 mars 2012, l'arrêt de chambre de céans qu'en ce qui concernait le revenu avec invalidité pris en considération, la décision de l'OAI du 7 décembre 2010 est entrée en force en ce qu'elle retenait une capacité de travail totale de l'assurée dans une activité adaptée.

Dans sa décision de refus de prestations du 8 juin 2015, l'OAI a retenu qu'il n'y avait aucune nouvelle atteinte ou aggravation notable de l'état de santé et que la capacité de travail résiduelle qui prévalait en 2009 était toujours la même, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et une demi-capacité de travail dans l'activité habituelle. La chambre de céans a annulé la décision et

---

renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, considérant que dans la mesure où la première décision de l'OAI et l'arrêt de la chambre de céans avaient été annulés par le Tribunal fédéral, il y avait lieu de tenir compte de tous les faits déterminants jusqu'au moment de la décision querellée du 8 juin 2015, dont l'évolution de l'état de santé de l'assurée, qui avait allégué une aggravation et communiqué à l'OAI plusieurs rapports médicaux à cet égard. La chambre de céans ne s'étant pas clairement prononcée sur la capacité de travail de l'assurée dès le 8 décembre 2010, l'on ne peut considérer que celle-ci a été définitivement fixée jusqu'au 8 juin 2015.

Le présent litige porte ainsi sur la capacité de travail de l'assurée dès le 8 juin 2010. En revanche, le revenu avec invalidité pris en compte par l'OAI doit être revu dès la naissance de l'éventuel droit à une rente d'invalidité de la recourante, soit en 2007, la demande en cause ayant été déposée en décembre 2006.

5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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, mentale ou psychique 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 1er janvier 2008).

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.

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).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1<sup>er</sup> juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_473/2011 du 14 mai 2012 consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En 2017, 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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).

Il convient dorénavant 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), à l'aide des indicateurs suivants :

- a. 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. 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.
- b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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.

- c. 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.
- d. Il convient ensuite 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.
- e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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.
- f. Il s'agit, encore, 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 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.
- g. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique 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.

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.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement 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 chargées 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

8. 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).

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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs

médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
10. 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).
11. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

12. En l'espèce, l'intimé a fondé la décision querellée sur l'avis du SMR du 8 octobre 2018, qui se fondait lui-même sur les conclusions des expertises du CEMEDEX et du CEMed.

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du CEMEDEX.

Il faut relever en premier lieu que les experts ont rendu leur premier rapport du 14 août 2018 sur la base d'un dossier incomplet, ce qu'ils n'ignoraient pas puisqu'ils ont seulement indiqué dans leur résumé du dossier que le rapport établi le 17 mai 2016 par le Dr J\_\_\_\_\_ était en allemand, alors qu'ils ont résumé les autres pièces du dossier. Cela étant, il ressort du rapport de l'expert- psychiatre qu'il a tenu compte d'un avis SMR résumant le rapport du Dr J\_\_\_\_\_ de sorte que l'on ne peut reprocher aux experts de ne pas en avoir tenu compte.

Par ailleurs, les experts ont résumé la demande de rapport de l'OAI au Dr E\_\_\_\_\_ du 19 mars 2018, mais pas le rapport établi par celui-ci le 18 mai 2018, que l'OAI leur avait pourtant transmis le 28 mai 2018. Ils n'ont donc pas fondé leur rapport principal sur ce rapport récent du médecin traitant orthopédiste de l'assurée. Or, ce rapport était important, dès lors que l'OAI avait lui-même suggéré, pour faciliter la procédure d'attribution de l'expertise pluridisciplinaire par SuisseMED@P, de supprimer le volet neurochirurgie et de demander des renseignements médicaux au Dr E\_\_\_\_\_ après examen de l'assurée, à sa charge, précisant que le rapport de celui-ci devrait être transmis aux experts.

Les experts ont certes complété leur rapport après avoir pris connaissance du rapport du Dr E\_\_\_\_\_, mais leur rapport complémentaire du 26 septembre 2018 est particulièrement succinct, de sorte qu'il ne répare pas sérieusement le vice du premier rapport.

Le rapport complémentaire est par ailleurs peu convaincant, car il répète les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, sans discuter le fait que celles-ci étaient fondées, notamment, sur le fait que l'assurée n'avait pas de dérouillage matinal, alors que le

Dr E\_\_\_\_\_ retenait dans son rapport du 18 mai 2018 qu'elle avait des douleurs le matin et qu'elle avait parfois besoin de l'aide de son mari pour se lever.

Il faut également relever à cet égard que le Dr N\_\_\_\_\_ a lui-même indiqué dans son rapport, sous la rubrique « déroulement d'une journée normale », qu'il n'y avait pas de difficulté ou de dérouillage matinal « majeur », ce qui ne correspond pas à une absence. L'expert en médecine interne générale a, pour sa part, indiqué que l'assurée avait mentionné que le matin, c'était son mari qui la sortait du lit, ce qui confirme, à tout le moins des difficultés pour se lever.

Il en résulte que l'expertise contient des contradictions.

Par ailleurs, comme l'a encore relevé la recourante, le Dr N\_\_\_\_\_ n'a pas discuté les conclusions contraires aux siennes des Drs I\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> mai 2016 et 18 mai 2018.

S'agissant des conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique, elles sont différentes de celles des psychiatres de l'assurée, tant sur le diagnostic que sur la capacité de travail (rapports du 17 mai 2016 du Dr J\_\_\_\_\_ et du 18 mars 2018 du Dr K\_\_\_\_\_). L'expert n'a pas non plus discuté les rapports des psychiatres traitants de la recourante.

Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont retenu que l'assurée présentait des ressources telles que l'intelligence, avoir été scolarisée, le fait de donner un sens à sa vie, avoir des mécanismes d'autocontrôle et d'auto-efficacité, ce qui pouvait l'aider à mieux supporter la douleur, en se fondant sur les conclusions de l'expert-psychiatre.

Cette affirmation n'est pas motivée et les ressources personnelles de l'assurée n'apparaissent pas d'emblée évidentes à la lecture du dossier, dès lors que celle-ci semble être prise dans un processus d'invalidation depuis l'âge de 18 ans. De plus, elle a eu une scolarité minimale et ses ressources apparaissent limitées, à teneur de l'entretien du 15 janvier 2010 avec le service de réadaptation de l'OAI, dont il ressort qu'elle ne savait rien faire du tout, qu'elle s'énervait et cassait tout, et qu'elle ne maîtrisait pas l'écriture ni l'ordinateur. Il ressort également du rapport de réadaptation du 6 septembre 2010 qu'elle avait un problème de mémoire et pas de sens commercial. Enfin, lors d'une audience devant la chambre de céans du 16 mai 2011, l'assurée a, notamment, indiqué qu'elle s'occupait de la manutention des objets, mais pas des contacts avec les clients, car elle ne pouvait pas répondre à leurs questions.

Par ailleurs, l'expert-psychiatre a mentionné dans le cadre des plaintes de l'expertisée que l'impression diagnostique était un trouble somatoforme douloureux avec une suspicion soit d'intelligence limitée soit de psychose infantile, qui n'a pas été discutée par la suite.

Il faut enfin relever, s'agissant des ressources de l'assurée, que l'expert en médecine interne générale a indiqué que si l'expertisée semblait avoir des

ressources personnelles, celles-ci avaient été mises à mal depuis plusieurs années dans le cadre de ses douleurs qui l'empêchaient actuellement d'être elle-même et de vivre sa vraie vie.

Les conclusions de l'expertise relatives aux ressources de l'assurée ne sont ainsi pas convaincantes.

Enfin, la mission des experts était d'analyser l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision du 15 mars 1996. Les experts ont conclu que l'expertisée était capable de travailler à 100% avec une baisse de rendement de 20% six mois après l'opération de mai 2014.

Leurs conclusions sont incomplètes ou pas suffisamment claires en ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée depuis le 15 mars 1996. Si l'on s'en tient à leurs conclusions, l'assurée doit être considérée comme totalement incapable de travailler entre le 8 décembre 2010 et mai 2014, ce qui ne correspond pas aux conclusions du CEMed, prises en compte par l'intimé.

Au vu de ces éléments, l'expertise du CEMEDEX du 14 août 2018 ne peut se voir reconnaître pleine force probante et il se justifie en conséquence d'ordonner une expertise psychiatrique et rhumatologique, qui sera confiée aux docteurs Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. Il sera donné suite aux suggestions de corrections de la mission d'expertise proposées par la recourante. S'agissant des informations générales sur l'objet du litige, elles seront intégrées au début de la partie en droit de l'ordonnance d'expertise et il sera indiqué de manière plus générale que l'arrêt ATAS/547/2011 est entré en force et que le présent litige ne porte que sur la capacité de travail de l'assurée dès le 8 juin 2010. Dans son arrêt, la chambre de céans avait reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du CEMed qui avait retenu que l'activité habituelle de brocanteuse n'était plus possible dans la mesure où elle supposait le port de charges itératif, mais qu'une activité de brocanteuse dédiée uniquement à la vente restait exigible à plein temps avec un rendement complet et qu'une activité de brocanteuse sans port de charges était exigible à 50%. Dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges et permettant le changement fréquent de postures, l'exigibilité était de 100%, sans baisse de rendement.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Madame A\_\_\_\_\_.
2. Commet à ces fins le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.

**Expertise psychiatrique :**

1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
  - c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de la personne.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.  
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
  5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
  6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
  7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
  8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).
  9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont-elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien depuis 2006 ?

10. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
13. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
15. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
16. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
17. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
18. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
19. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
20. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?
21. Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
22. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
23. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
  - a) dans l'activité exercée précédemment,

- b) dans une activité adaptée.
24. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,
- a) dans l'activité exercée précédemment,
- b) dans une activité adaptée.
25. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
26. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (en remontant jusqu'au 11 décembre 2006), indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps, dans l'hypothèse où une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible.
27. a) Dans la mesure où une activité adaptée est exigible de l'expertisée, dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?
28. Dans l'hypothèse où une activité adaptée est envisageable, indiquer ce qu'il faut entendre par une telle activité et donner des exemples concrets.
29. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
30. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelles et individuelles des Drs N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ (rapport du 14 août 2018)? Indiquer pour quelles raisons leurs avis sont confirmés ou écartés.
- b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ (rapport du 18 mars 2018) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
- c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ (rapport du 17 mai 2016)? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.
31. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.
32. Formuler un pronostic global.
33. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

3. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec l'expert rhumatologue s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
4. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

**Expertise rhumatologique :**

1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
  - c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée.
2. Plaintes et données subjectives de la personne.
3. Status clinique et constatations objectives.
4. Diagnostics selon la classification internationale.

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).
9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont-elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien depuis 2006 ?
10. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs

dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
13. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
15. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
16. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne  
dans l'activité exercée précédemment,  
dans une activité adaptée.
17. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,  
dans l'activité exercée précédemment,  
dans une activité adaptée.
18. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
19. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (en remontant jusqu'au 19 décembre 2006), indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps, dans l'hypothèse où une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible.
20. a) Dans la mesure où une activité adaptée est exigible de l'expertisée, dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.  
b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

21. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
  22. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelles et individuelles des Drs N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ (rapport du 14 août 2018)? Indiquer pour quelles raisons leurs avis sont confirmés ou écartés.  
b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ (rapport du 18 mai 2018)? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.  
c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ (rapport du 1<sup>er</sup> mai 2016)? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.  
d) Avez-vous des remarques sur les rapports établis par le Dr E\_\_\_\_\_ le 5 mai 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ les 16 septembre et 27 décembre 2017 et le Dr I\_\_\_\_\_ le 25 février 2013 ?
  23. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.
  24. Formuler un pronostic global.
  25. Toute remarque utile et proposition des experts.
3. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec l'expert psychiatre s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
  4. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le