

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3009/2009

ATAS/579/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 26 juin 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection recourante
de domicile en l'étude de Maître André MALEK-ASGHAR

contre

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

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en Turquie en 1959, a déposé le 25 janvier 1995 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI ou l'intimé).
2. Par rapport du 17 mai 1995, le médecin-traitant de l'assurée, le docteur B_____, a posé, entre autres, les diagnostics de dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1, de hernie discale L4-L5 et L5-S1, de troubles somatoformes indifférenciés, de migraines, de kyste arachnoïdien, de syndrome fibromyalgique, d'estomac fortement spastique et d'attaques de panique. Il a également signalé un contexte social conflictuel en raison d'un déracinement, d'une inadaptation et d'un travail dévalorisant, relevant que l'assurée présentait un faciès dépressif. Il a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 3 janvier 1994 et joint à son courrier plusieurs documents, dont :
 - un rapport de la Division de psychiatrie et de psychologie médicale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) du 5 octobre 1994, révélant que l'assurée avait fait une crise d'attaque de panique sur son lieu de travail, alors qu'elle tentait une reprise d'activité ;
 - un courrier qu'il avait adressé au docteur C_____ le 7 novembre 1994 afin de l'informer que, malgré toutes ses sollicitudes, l'assurée refusait de reprendre le travail. Elle se présentait souvent en urgence, manifestait tous les signes de crise d'hystérie et était à la limite de s'évanouir. Il l'avait donc adressée au Centre de thérapies brèves ;
 - un rapport des Institutions universitaires de psychiatrie de Genève (ci-après IUPG) du 6 décembre 1994, duquel il ressort que l'assurée présentait probablement un trouble somatoforme indifférencié et que les critères pour poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur ou de dysthymie n'étaient pas réalisés.
3. Dans un rapport adressé à l'OAI le 27 mai 1997, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au Département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué un trouble somatoforme indifférencié et conclu à une incapacité totale de travail à compter du 1^{er} octobre 1995. Elle a expliqué que l'assurée avait commencé à présenter des symptômes en janvier 1994, en particulier des céphalées, des lombalgies, des paresthésies aux membres inférieurs et des vertiges qui avaient nécessité un arrêt de travail à 100%. À l'issue de deux évaluations psychiatriques réalisées en novembre 1994 et en juillet 1995, le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié avait été retenu. Dès le mois d'octobre 1995, l'assurée avait bénéficié d'un suivi individuel et de couple, et une amélioration temporaire de la symptomatologie avait été constatée, mais les plaintes somatiques multiples

associées à une perte d'élan vital avaient réapparu en octobre 1996. Aucune reprise du travail n'avait pu être envisagée en raison des symptômes précités, ainsi que de troubles de l'attention et de la concentration.

4. À la demande de l'OAI, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à l'expertise de l'assurée et rédigé un rapport le 1^{er} juillet 1997, aux termes duquel la situation était stationnaire depuis le 3 janvier 1994. Il a posé les diagnostics d'apathie, de fibromyalgie et de lombalgies sur des troubles dégénératifs, et estimait que le problème principal était lié à la langue et à l'insertion sociale de l'assurée. Il a expliqué que les dorso-lombalgies ne dominaient pas du tout le tableau et que, en l'absence de déficit objectif, ce diagnostic ne pouvait pas être retenu pour justifier une totale incapacité de travail, au contraire de la fibromyalgie. L'expert a constaté que l'état dépressivo-anxieux n'avait pas été mis en avant lors des consultations psychiatriques, et qu'il avait même été raisonnablement exclu dans le rapport des IUPG du 6 décembre 1994, de sorte que seule la fibromyalgie pouvait justifier une incapacité totale de travail. Il a précisé que les données extérieures aux données objectives enregistrées par les différents examens effectués permettaient de penser que cette fibromyalgie était associée à une sinistrose et que le tout constituait une démarche visant à une indemnisation.
5. Par décisions des 20 janvier et 21 avril 1998, confirmées après révision des 1^{er} novembre 1999 et 1^{er} octobre 2002, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 1995.
6. Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision initiée au mois d'octobre 2003, le Dr B_____ a établi un rapport à l'attention de l'OAI, le 10 décembre 2004. Il a notamment confirmé que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire, ajoutant que sa patiente avait subi une cholécystectomie en avril 1997 et avait été opérée d'un kyste ovarien. Selon lui, son état dépressif pouvait avoir une grande importance sur sa capacité de travail, étant relevé qu'elle était polyplaintive, ce qui ressemblait à un syndrome fibromyalgique.
7. La réalisation d'une expertise bidisciplinaire a été confiée aux docteurs E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins examinateurs auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI).

Dans leur rapport du 27 mai 2005, les examinateurs n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Ils ont en revanche fait état, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, d'une fibromyalgie, d'une gonarthrose débutante, d'une obésité, d'un kyste arachnoïdien, d'un status après une cholécystectomie et d'un ulcère bulbaire.

Sur le plan somatique, l'assurée se plaignait principalement de douleurs de l'hémicorps gauche la gênant constamment durant la journée et la réveillant fréquemment la nuit. Elle se disait incapable de marcher plus de cinq à dix minutes en raison de ses douleurs lombaires et dans le membre inférieur gauche, de rester assise plus d'une demi-heure en raison de ses pseudo-lombo-sciatalgies gauches et de conserver la même position couchée longtemps. Sur le plan psychique, l'assurée n'avait pas de plaintes spontanées et affirmait ne pas rencontrer de problèmes. Sur questions, elle avait qualifié son moral de bon, indiqué ne souffrir ni d'angoisses, ni d'idéations suicidaires, ni d'irritabilité, mais avait tendance aux ruminations. Son image de soi était « comme tout le monde », elle avait confiance en elle et aucun sentiment de culpabilité. Elle se sentait fatiguée en permanence et ne signalait pas de plaisirs ou d'intérêts particuliers. Elle avait fait état d'une vie de famille équilibrée, de parents gentils et affirmait n'avoir manqué de rien.

Selon les examinateurs, l'atteinte à la santé consistait principalement en une fibromyalgie, laquelle s'intégrait dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux marqué par l'absence de toute comorbidité psychiatrique, de toute autre pathologie somatique persistante et pénible, de désinsertion sociale ou d'autre problématique grave, si ce n'est financière. Ils ont précisé que l'histoire médicale telle que décrite dans le dossier montrait que le diagnostic de trouble somatoforme était déjà perceptible, voire évoqué, il y a une dizaine d'années, mais qu'il y avait certainement eu chez l'assurée des traits de caractère hystérique qui avaient pu induire leurs confrères en erreur. Ils ont conclu qu'il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail, que ce soit sur le plan somatique ou psychique, et qu'il n'y avait pas de limitation objective à l'activité d'ouvrière en fabrique. Par conséquent, l'appréciation antérieure ayant abouti à l'octroi d'une rente entière en 1995 était contestée.

8. Par décision du 29 août 2005, confirmée sur opposition le 16 février 2006, l'OAI a conclu, sur la base de l'expertise du COMAI, à l'absence d'éléments psychopathologiques ayant valeur d'invalidité, de sorte qu'il a supprimé la rente allouée à l'assurée avec effet à la fin du mois suivant la date de la décision.
9. Aucun recours n'ayant été interjeté contre cette décision, cette dernière est entrée en force.
10. Le 23 mai 2006, le Dr B_____ a fait parvenir à l'OAI un courrier que lui avait adressé le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en date du 28 avril 2006. Ce médecin y indiquait que la décision de l'OAI supprimant la rente de l'assurée avait provoqué chez cette dernière une rechute de l'état psychique. Elle présentait des symptômes anxio-dépressifs, dont une humeur déprimée, une perte d'intérêt et de plaisir, une diminution de l'énergie et une fatigabilité accrue, une perte de confiance et d'estime de soi, une altération de la

capacité à penser et à se concentrer, une perturbation du sommeil, une incapacité à faire face aux responsabilités habituelles, un ralentissement psychomoteur, ainsi que des plaintes physiques multiples et variables. Le psychiatre posait le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2), ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4).

11. Par décision du 2 janvier 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.
12. Statuant sur recours, le Tribunal cantonal des assurances sociales (désormais la chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a annulé la décision susmentionnée et renvoyé la cause à l'OAI, à charge pour ce dernier d'entrer en matière sur la demande de l'assurée, d'examiner s'il y avait effectivement eu un changement de circonstances propre à ouvrir un droit à des prestations, et de rendre une nouvelle décision (ATAS/1238//2007 du 8 novembre 2007).
13. Par rapport du 3 novembre 2008, le Dr G_____ a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), une anxiété généralisée (F41.1) et un syndrome douloureux somatoforme (F45.4). Ce médecin a notamment relevé une altération de la capacité de penser et de se concentrer, un sentiment de désespoir et le fait que l'assurée était souvent en larmes. Elle souffrait de troubles du sommeil, de fatigue morale et physique, de troubles de la mémoire et était habituellement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères.
14. L'OAI a confié la réalisation d'une expertise à la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a rendu son rapport le 6 mars 2009. Elle n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail. À titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, elle a fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), présent depuis 1994, et d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), présent depuis mars 2006. La psychiatre a notamment relevé qu'à l'exception des dates, la mémoire pouvait être considérée comme bonne, qu'il n'y avait pas de perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, pas de complexe d'infériorité ou de diminution de la confiance en soi, pas de manque d'appétit ou de perte pondérable, aucun sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, pas de vision négative ou irréaliste des perspectives d'avenir, pas d'idéations suicidaires ou de difficultés à soutenir son attention et à se concentrer. Elle a écarté le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par le Dr G_____, ajoutant que le statut décrit correspondait à un épisode dépressif moyen. Elle a également exclu le diagnostic d'anxiété généralisée, expliquant que les divers symptômes qui l'accompagnent ne s'étaient pas objectivés durant les deux heures de l'entretien. Concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant, il ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique conséquente, le trouble anxieux et dépressif mixte étant

secondaire audit syndrome et réactionnel à la suppression de la rente. Elle a également considéré que l'assurée ne présentait pas une affection corporelle chronique ou un processus malade s'étendant sur plusieurs années, rappelant qu'elle avait été abondamment investiguée sur le plan somatique, sans que les médecins n'aient pu trouver d'origine claire à ses douleurs. Elle a en outre fait état de discordances entre les importantes douleurs alléguées et ce qui était objectivé durant l'entretien de deux heures. La Dresse H_____ a conclu qu'au plan psychique et mental, il n'y avait pas de limitations qualitatives et quantitatives en relation avec le trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère et le syndrome douloureux somatoforme persistant. Théoriquement, dans une activité simple, la capacité de travail était entière et l'activité d'ouvrière était exigible à plein temps, sans diminution de rendement.

15. Par décision du 18 juin 2009, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations, considérant, sur la base du rapport d'expertise précité, qu'il n'y avait pas d'aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assurée et que sa capacité de travail était totale.
16. Par acte du 21 août 2009, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant préalablement à ce qu'une nouvelle expertise médicale soit ordonnée afin d'évaluer son incapacité de travail et, principalement, à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2005. À l'appui de son recours, elle a invoqué des contradictions manifestes entre les conclusions du Dr G_____ et celles des Drs F_____ et H_____.
17. Dans sa réponse du 21 septembre 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, relevant que la contestation de l'expertise psychiatrique par le médecin-traitant de la recourante n'était pas suffisante pour mettre en doute les conclusions, par ailleurs parfaitement probantes, de l'expertise réalisée par la Dresse H_____.
18. La recourante a produit un rapport établi par le Dr G_____ le 23 octobre 2009, lequel a relevé que toutes les symptomatologies décrites chez sa patiente étaient encore présentes et fluctuaient d'une intensité modérée à sévère, que celle-ci n'avait pas montré d'évolution favorable, et qu'il était très probable qu'elle se trouvait, à l'époque de l'expertise, dans une phase moins sévère de ses symptômes.
19. Invité à se déterminer, l'intimé a soulevé, le 23 novembre 2009, une discordance entre l'appréciation du Dr G_____ et celle de l'expert, et conclu que le psychiatre traitant n'avait pas apporté de nouveaux éléments.
20. La recourante a produit un nouveau rapport du Dr G_____, daté du 4 janvier 2010. Il en ressort que les diagnostics étaient inchangés et que l'état psychique de la recourante, malgré qu'il fût toujours fluctuant d'une période à l'autre, avait montré

une aggravation depuis quelques mois avec des tensions augmentées associées à des manifestations physiques. Ce médecin contestait ainsi les conclusions de l'expertise psychiatrique de la Dresse H_____ et maintenait que la capacité de travail de la recourante était nulle.

21. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 8 juillet 2010, la recourante, assistée d'un interprète, a exposé souffrir sur tout le côté gauche et présenter, en particulier, des maux de tête et des douleurs dans les membres gauches, sur l'ensemble du corps, ainsi que des fourmillements au pied gauche. Elle avait subi une intervention de la vésicule biliaire et souffrait de douleurs propagées au niveau de l'abdomen. Elle était suivie par plusieurs médecins, dont le Dr B_____ qui lui prescrivait des antidouleurs. Elle avait effectué des séances de physiothérapie, mais sans aucun succès. Cette situation s'était aggravée depuis des années. Sur le plan psychique, elle consultait le Dr G_____ tous les 15 jours, en présence d'un interprète, et prenait des antidépresseurs. Son état psychique s'était également aggravé. Elle ne pouvait en aucun cas envisager une activité en raison de l'importance de ses douleurs. Elle passait l'essentiel de ses journées chez elle, faisait parfois quelques promenades en compagnie de son mari, mais tout le reste, notamment les courses, était effectué par ses enfants qui étaient domiciliés à proximité de chez elle. Elle ne pouvait pratiquement rien porter, ne parvenait pas à participer à la vie associative ni à une quelconque manifestation dans le cadre de son quartier.

La représentante de l'OAI a précisé que les douleurs, lesquelles n'étaient pas niées, ne constituaient pas des atteintes invalidantes.

22. Le Dr B_____ a été entendu le 8 février 2011 par la chambre de céans. Il a déclaré suivre la recourante depuis décembre 1993, époque à laquelle il avait diagnostiqué des lombalgies chroniques, des cervicalgies et des gastrites. Au cours des années, il n'y avait pas eu d'amélioration de l'état de santé de la recourante, au contraire, d'autres diagnostics étaient apparus tel qu'un état dépressif qui s'était accentué avec le temps, raison pour laquelle il avait adressé la recourante, environ en l'an 2000, à un psychiatre. En 1998, la recourante avait subi une cholécystectomie et présentait depuis lors des problèmes gastro-intestinaux. Les investigations faites à l'époque avaient permis de constater la persistance d'un statut inflammatoire dans le secteur de la vésicule ainsi que de petites adhérences. La recourante avait également été victime, à plusieurs reprises, d'une infection à *helicobacter pylori* qui était une des causes de la gastrite chronique. Elle souffrait en outre d'une dépression sévère, plutôt chronique malgré le traitement, et d'un trouble somatoforme douloureux, effectivement en lien avec la dépression. Le témoin avait récemment diagnostiqué une importante dyslipidémie. Compte tenu du vieillissement et des années qui passaient, l'état de santé de la recourante s'était dégradé. En mars 2006, il l'avait

adressée au Dr G_____ car il estimait que l'état dépressif ainsi que le trouble somatoforme douloureux devaient être évalués et pris en charge par un spécialiste. Actuellement la recourante n'avait pas un suivi continu, elle le consultait lorsqu'elle avait très mal ou n'avait plus de médicaments. Le traitement consistait en la prise d'antidouleurs, de myorelaxants et d'inhibiteurs de la pompe à protons. La recourante avait également reçu de petites infiltrations, notamment pour son épaule gauche, et avait suivi des séances de physiothérapie. Le témoin a insisté sur le fait que, à son sens, la recourante n'avait jamais eu une quelconque capacité de travail et qu'il n'y avait pas eu de modification de son statut et de son état de santé.

23. Le même jour, la chambre de céans a également entendu le Dr G_____, psychiatre de la recourante depuis le 27 mars 2006. Il avait alors diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant, et constaté une anxiété généralisée. La recourante, qui le consultait deux fois par mois, présentait un état dépressif modéré à sévère, fluctuant d'une période à l'autre, mais il ne pouvait pas dire qu'il y avait des périodes de rémission. La fréquence du traitement n'était pas modifiée en fonction des fluctuations de l'état dépressif, la modification de la médication n'avait pas eu de succès, mais la recourante n'avait jamais été hospitalisée pour ses problèmes psychiatriques. Le témoin a confirmé les termes de son courrier du mois d'avril 2006, ajoutant qu'il estimait alors que la recourante avait fait une rechute sur le plan psychiatrique. Jusqu'à présent, elle n'avait pas montré une évolution favorable et le pronostic n'était pas bon, elle présentait toujours une symptomatologie anxiodépressive et, même dans des périodes où la dépression était d'intensité modérée, elle n'était pas capable de travailler, même partiellement. De 2006 à 2009, elle avait été en incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Se déterminant sur le rapport d'expertise de la Dresse H_____, le témoin a expliqué qu'il n'avait jamais, malgré la fréquence de ses consultations, constaté que la recourante se trouvait dans un état dépressif léger. A son avis, la recourante était totalement incapable de poursuivre des activités sociales et même ménagères.
24. Par courrier du 7 mars 2011, l'intimé a relevé, concernant l'audition du Dr G_____, que le diagnostic d'anxiété généralisée avait été discuté et écarté par l'experte et, concernant celle du Dr B_____, que le seul fait nouveau était une importante dyslipidémie, laquelle n'était pas incapacitante. À défaut de faits nouveaux, l'intimé ne pouvait pas modifier ses conclusions précédentes.
25. Interpellé par le conseil de la recourante, le Dr G_____ a fermement maintenu ses diagnostics le 9 mai 2011 et soutenu que la recourante souffrait d'un état dépressif sévère, en l'état aggravé par une rechute, et que sa capacité de travail était nulle.
26. Par ordonnance du 26 juillet 2011, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire et mandaté la doctoresse I_____, spécialiste FMH en

rhumatologie, et le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

27. Dans leur rapport du 18 novembre 2011, les experts ont posé, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie depuis 1994, des cervico-dorso-lombalgies persistantes depuis 1994 dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés (avec une insuffisance de posture et un déconditionnement musculaire), une périarthropathie scapulo-humérale chronique prédominant à gauche, des céphalées à type de migraine évoluant depuis 1994, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et une personnalité fruste (F60.8). Les experts ont également retenu, sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de gonalgies gauches persistantes sur une gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire modérée, de syndrome du tunnel carpien prédominant à gauche, de colopathie fonctionnelle, de kyste arachnoïdien cérébelleux et d'obésité.

L'évaluation rhumatologique et le premier entretien de l'expert psychiatre avaient été effectués avec l'aide d'une interprète de langue turque. S'agissant du second entretien du psychiatre, il avait eu lieu en présence du fils cadet de la recourante, dans le but d'une hétéro-anamnèse (anamnèse par des tiers).

Commentant leurs constatations et examens, les experts ont estimé qu'il existait un état d'épuisement physique et psychique en rapport avec des événements stressants à répétition dès la plus petite enfance. Ils ont expliqué que la recourante avait grandi dans un milieu familial où la maltraitance physique et psychologique dépassait largement les références traditionnelles. Elle avait été sévèrement carencée affectivement et avait probablement subi des violences sexuelles dès l'adolescence. Sur le plan intellectuel, son fonctionnement antérieur à l'atteinte à la santé en 1994 leur faisait suspecter des ressources intellectuelles de l'ordre du retard mental. Ces ressources, probablement déjà faibles, s'étaient totalement effondrées dans le cadre d'un épisode dépressif existant probablement depuis 1994, même s'il avait été nié par la recourante dans un premier temps et n'avait, dès lors, pas été mis en évidence par les médecins consultés. Les experts ont considéré que l'épuisement des ressources physiques et psychiques était mieux reflété par le diagnostic d'épisode dépressif que par celui de syndrome somatoforme. À cet égard, ils ont expliqué qu'il n'apparaissait pas du tout du dossier que les critères diagnostiques de la CIM-10 pour un syndrome somatoforme douloureux persistant (F.45.4) soient réunis, à savoir l'existence d'une symptomatologie douloureuse non justifiée par une affection somatique et qui survenait dans un contexte de conflits relationnels ou de problèmes sociaux, car le parcours de la recourante ne faisait pas comprendre pourquoi, dès 1993, son contexte psychosocial ou émotionnel aurait généré ce type de syndrome douloureux.

Répondant aux questions, les experts ont indiqué que les douleurs rachidiennes, la pathologie de l'épaule gauche, ainsi que les céphalées, représentaient des atteintes invalidantes et, sous l'angle psychiatrique, le trouble dépressif associé à une personnalité fruste représentait également une atteinte invalidante. Ils ont précisé que l'état de santé s'était aggravé depuis 2005 et que les limitations étaient à mettre en rapport avec les problématiques rachidienne et de l'épaule gauche. Toutes les activités impliquant des postures défavorables pour le tronc étaient contre-indiquées, de même que celles impliquant des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, le port de charges et le maintien des bras au-dessus de l'horizontale. Sur le plan mental, les capacités cognitives (mémoire, attention, concentration) étaient diminuées. La recourante avait de la peine à investir le monde environnant et à se projeter dans l'avenir, elle n'était plus en mesure de réaliser un apprentissage, même élémentaire, de gestes professionnels et il n'y avait pas de mesure médicale permettant d'améliorer sa capacité de travail. Leur pronostic était complètement défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, en raison des atteintes physiques et psychiques.

28. Par courrier du 14 février 2012, l'intimé a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du 18 novembre 2011, relevant notamment que l'absence d'un interprète professionnel lors du second entretien psychiatrique permettait de douter de la validité de l'expertise, que les diagnostics n'étaient pas suffisamment étayés, que les conditions d'octroi initial de la rente en 1995 n'avaient absolument pas été discutées et que le rapport contenait plusieurs contradictions.
29. En date du 15 février 2012, la recourante a exposé qu'il ressortait clairement de l'expertise qu'elle était invalide, qu'aucune mesure médicale ou professionnelle ne pouvait améliorer sa capacité de travail qui était nulle, que son état de santé s'était aggravé depuis 2005 et que le pronostic était complètement défavorable.
30. Dans un arrêt du 29 novembre 2012, la chambre de céans a admis le recours, considérant, sur la base du rapport d'expertise du 18 novembre 2011 auquel elle a reconnu une pleine valeur probante, que la recourante était en incapacité totale de travail et avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2007 (ATAS/1450/2012).
31. Par arrêt du 18 septembre 2013, le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours de l'intimé et annulé l'arrêt de la chambre de céans du 29 novembre 2012, à laquelle il a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouveau jugement (ATF 9C_80/2013). Le Tribunal fédéral a relevé que les circonstances prévalant aux moments opportuns pour apprécier si l'état de santé de la recourante avait subi une péjoration notable susceptible de faire renaître le droit à la rente d'invalidité n'avaient pas été comparées, ajoutant que les conclusions contradictoires des expertises du COMAI et de la Dresse H_____ avaient été ignorées. Le Tribunal

fédéral a également dénié toute valeur probante à l'expertise établie par les Drs I_____ et J_____, soulignant que leurs diagnostics et conclusions n'étaient pas suffisamment motivés. Concernant le volet somatique, il a en particulier exposé que le rapport d'expertise n'expliquait pas pour quelles raisons les limitations fonctionnelles de la recourante, lesquelles constituaient somme toute des mesures classiques d'épargne lombaire, ne laisseraient subsister aucune capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. S'agissant du volet psychiatrique, il a constaté que les observations cliniques étaient ténues et ne permettaient pas de comprendre, en l'absence d'explications précises, les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles mentionnées, ainsi que l'absence de toute capacité résiduelle de travail.

32. En date du 28 octobre 2013, l'intimé a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire, rappelant que celle des Drs I_____ et J_____ avait été jugée non probante.
 33. Quant à elle, la recourante a requis, le 29 octobre 2013, que soit ordonné un complément d'instruction auprès des Drs I_____ et J_____.
 34. En date du 8 mai 2014, la chambre de céans a informé les parties de sa décision de mettre en œuvre une nouvelle expertise et leur a communiqué le nom des experts, soit les docteurs K_____, rhumatologue, et L_____, psychiatre, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser. Elle a imparti aux parties un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
 35. La recourante a indiqué le 26 mai 2014 accepter le choix des deux experts proposés.
 36. Par courrier du 22 mai 2014, l'intimé s'est opposé à ce que le Dr L_____ soit désigné comme expert, au motif que « les délais de reddition de ses rapports sont supérieurs à un an ».
 37. Par arrêt incident du 8 juillet 2014, entré en force de chose jugée, la chambre de céans a rejeté la demande de récusation.
 38. Par ordonnance du 2 octobre 2014, la chambre de céans a confié la mission d'expertise aux Drs L_____ et K_____.
- Par courrier du 21 octobre 2014, ce dernier a toutefois informé la chambre de céans qu'il devait se récuser.
39. Les parties ont été informées le 3 novembre 2014 de ce que le docteur M_____, rhumatologue, avait accepté le mandat d'expertise, et un délai leur a été imparti pour se déterminer sur la désignation de ce nouvel expert.

40. Les 17 et 21 novembre 2014, les parties n'ont fait valoir aucune objection.
41. Par ordonnance du 10 décembre 2014, la chambre de céans a confié la mission d'expertise aux Drs L_____ et M_____.
Le 16 décembre 2014, ce dernier a cependant refusé ce mandat, invoquant une surcharge de travail pour les prochains mois.
42. La chambre de céans a pris contact avec le docteur N_____, lequel a accepté de mener ladite mission.
43. Par courriers des 13 et 26 janvier 2015, les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation. L'OAI a en revanche tenu à rappeler qu'il avait des questions complémentaires pour l'expert et qu'il avait sollicité le retrait de la dernière phrase de la question g) page 19, figurant sous le titre « au terme du consilium ».
44. Par ordonnance du 11 février 2015, la chambre de céans a confié la mission d'expertise aux Drs L_____ et N_____.
45. Après que la chambre de céans lui ait adressé plusieurs rappels, le Dr L_____ a finalement rendu son rapport d'expertise le 18 février 2016, de sorte que le Dr N_____ a été en mesure de transmettre à la chambre de céans l'expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, le 1^{er} mars 2016.
46. Le 14 avril 2016, l'assurée a produit une attestation du docteur O_____ datée du 14 avril 2016, aux termes de laquelle son époux, Monsieur A_____, né le _____ 1961, présente des problèmes de santé graves pour lesquels il suit une chimiothérapie.
47. Dans ses écritures du 14 avril 2016, l'assurée a conclu, préalablement, à ce que soit ordonné un complément d'expertise bidisciplinaire aux fins d'évaluer son incapacité de travail conformément à la nouvelle jurisprudence relative au trouble somatoforme, au fond, à ce que la décision du 18 juin 2009 soit annulée et à ce qu'il lui soit alloué une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2005.
48. Le 3 mai 2016, l'OAI s'est également déterminé. Il considère que le rapport d'expertise rédigé par le Dr L_____ ne peut pas se voir reconnaître valeur probante, au motif qu'il n'a pas suffisamment motivé la date d'aggravation éventuelle qu'il a retenue et constatant que si la date à retenir est bien septembre 2011, elle serait dans ce cas largement postérieure à juin 2009, date à laquelle la décision litigieuse a été rendue et moment déterminant pour l'appréciation des faits. Il relève également que l'expert n'a à aucun moment examiné les nouveaux indicateurs fixés par le Tribunal fédéral s'agissant de la détermination du caractère éventuellement invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Il conclut dès lors à la mise sur pied d'un complément d'instruction.

Il s'est fondé sur l'avis du SMR du 21 mars 2016.

49. La chambre de céans a informé les parties, le 21 juillet 2016, qu'elle envisageait d'ordonner un complément d'expertise qui serait confié au Dr L_____ et leur a transmis la liste des questions qu'elle entendait lui poser.
50. Le 10 août 2016, l'assurée a ajouté la question supplémentaire suivante : dans l'hypothèse où la compliance de l'expertisée ne serait pas bonne, cette dernière présente-t-elle des signes d'anosognosie ?
51. Le 25 août 2016, l'OAI a ajouté comme investigation supplémentaire :
 - procéder à un monitoring médicamenteux afin d'objectiver la compliance
 - une détérioration de l'état de santé étant possible depuis 2009, préciser l'évolution de celle-ci dans le temps
52. La chambre de céans a adressé une demande de complément d'expertise au Dr L_____ le 5 septembre 2016 et lui a imparti un délai au 31 octobre 2016 pour ce faire.

Sans réponse de sa part dans le délai imparti au 31 octobre 2016, la chambre de céans lui a adressé des rappels les 19 décembre 2016 et 16 mars 2017. En vain. La chambre de céans a ordonné l'audition de l'expert le 6 juin 2017. L'audience a été annulée à la demande de l'assurée. Une audience de comparution personnelle des parties a été convoquée pour le 20 juin 2017, le Dr L_____ ne s'est ni présenté, ni excusé.
53. Par courrier du 3 juillet 2017, la chambre de céans a accordé au Dr L_____ un ultime délai au 14 juillet 2017 pour qu'il lui indique l'état d'avancement de la mission et l'a informé qu'à défaut, une amende de CHF 5'000.- lui serait infligée.
54. Par ordonnance du 18 août 2017, la chambre de céans a condamné le Dr L_____ à une amende de CHF 5'000.- et a indiqué qu'elle renonçait à le convoquer à nouveau.
55. Le 20 décembre 2017, elle a prié le médecin de lui retourner le dossier complet.
56. Elle a alors informé les parties qu'elle entendait confier le soin de réaliser une expertise au docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
57. Les parties ont déclaré qu'elles n'avaient pas de motif de récusation.

EN DROIT

1. La recevabilité du recours ainsi que le droit applicable ont déjà été examinés dans l'arrêt de la chambre de céans du 29 novembre 2012.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision sur opposition du 16 février 2006 au point d'influer sur son droit à une rente d'invalidité.
3. a. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.20). Il en va de même lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

b. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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'art. 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).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de

l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Arrêt du Tribunal fédéral I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et les références).

4. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou

leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (Arrêt du Tribunal fédéral I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 consid. 4.2.2 ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (Arrêt du Tribunal fédéral I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Arrêt du Tribunal fédéral I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à

l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

6. En l'espèce, il est rappelé que le Tribunal fédéral a dénié toute valeur probante au rapport d'expertise rendu par les Drs I_____ et J_____, auxquels il a reproché de ne pas expliquer pour quelles raisons les limitations fonctionnelles retenues, que ce soit d'un point de vue somatique ou psychique, ne laisseraient subsister aucune capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. De même, il a estimé que les observations cliniques rapportées par l'expert psychiatre étaient « ténues » et ne permettaient pas de comprendre, en l'absence d'explications précises, les diagnostics retenus. Il a souligné que « plus généralement, les conclusions finales

auxquelles aboutissent les experts ne procèdent pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier (dont font partie les expertises du COMAI de Genolier et de la docteure H____), l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique ».

7. Après moultes péripéties, par ordonnance du 11 février 2015, la chambre de céans a confié la mission d'expertise aux Drs L_____ et N_____. L'expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été établie le 1^{er} mars 2016.
8. Dans ses écritures du 14 avril 2016, l'assurée a conclu, préalablement, à ce que soit ordonné un complément d'expertise bidisciplinaire aux fins d'évaluer son incapacité de travail conformément à la nouvelle jurisprudence relative au trouble somatoforme, au fond, à ce que la décision du 18 juin 2009 soit annulée et à ce qu'il lui soit alloué une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2005.

Le 3 mai 2016, l'OAI s'est également déterminé. Il considère que le rapport d'expertise rédigé par le Dr L_____ ne peut pas se voir reconnaître valeur probante, au motif qu'il n'a pas suffisamment motivé la date d'aggravation éventuelle qu'il a retenue et constatant que si la date à retenir est bien septembre 2011, elle serait dans ce cas largement postérieure à juin 2009, date à laquelle la décision litigieuse a été rendue et moment déterminant pour l'appréciation des faits. Il relève également que l'expert n'a à aucun moment examiné les nouveaux indicateurs fixés par le Tribunal fédéral s'agissant de la détermination du caractère éventuellement invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Il conclut dès lors à la mise sur pied d'un complément d'instruction.

9. La chambre de céans a adressé une demande de complément d'expertise au Dr L_____ le 5 septembre 2016 et lui a imparti un délai au 31 octobre 2016 pour ce faire. Après avoir vainement tenté d'obtenir de celui-ci qu'il transmette le complément d'expertise requis, la chambre de céans a finalement informé les parties qu'elle entendait confier le soin de réaliser une expertise au docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
10. Il va de soi que la mission confiée au Dr P_____, qui prendra connaissance du dossier pour la première fois, ne pourrait se limiter à compléter l'expertise du Dr L_____, de sorte qu'il lui sera demandé de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, étant rappelé que le Dr N_____ a déjà rendu son expertise le 1^{er} mars 2016.
2. Commet à ces fins le Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Dit que la mission d'expertise est la suivante :
 1. Prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure ;
 2. Prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante ;
 3. Examiner et entendre la recourante, après s'être entourés de tous les éléments utiles, dont l'avis de tiers si nécessaire ;
 4. Ordonner au besoin d'autres examens.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives de la personne.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 - a) La recourante souffre-t-elle de troubles psychiques? Si oui, lesquels et depuis quand?
 - b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?
 - c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
 - d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ?
 - e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

- f) Mentionner, pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences sur la capacité de travail, en pourcent.
- I. a) Comment l'état de santé a-t-il évolué depuis février 2006, date à laquelle la décision sur opposition supprimant la rente d'invalidité a été rendue ?
Au cas où l'état de santé s'était aggravé de façon durable depuis lors :
- b) Quelles sont les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail ?
- c) Quelles sont les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail ?
- d) Le cas échéant, comment l'incapacité de travail justifiée par une atteinte incapacitante au sens de l'AI a-t-elle évolué dans l'activité habituelle / ou le champ de formation (date et taux précis) ?
- e) Comment les capacités de travail justifiées médicalement dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, ont-elles évolué en parallèle depuis lors ?
- II. Si un trouble somatoforme douloureux est retenu par l'expert psychiatre :
- a) Le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué s'inscrit-il dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux ?
- b) Quelle est la gravité des atteintes ? Le degré permettant de poser le diagnostic est-il juste atteint, dépassé ou largement dépassé ?
- c) Quelles sont les répercussions fonctionnelles sur l'ensemble des aspects de la vie quotidienne et du travail ?
- d) De quelle manière le trouble et les répercussions fonctionnelles évoluent-ils en termes de gravité ? Une détérioration de l'état de santé étant possible depuis 2009, préciser l'évolution de celle-ci dans le temps.
- e) L'expertisée bénéficie-t-elle d'un traitement approprié en fonction de l'état des connaissances médicales ? Quel est le succès de ce traitement ? La compliance est-elle bonne (procéder à un monitoring médicamenteux) ?
- f) Dans l'hypothèse où la compliance de l'expertisée ne serait pas bonne, cette dernière présente-t-elle des signes d'anosognosie ?
- g) Quelle est la structure de la personnalité de l'expertisée et les éventuels troubles de la personnalité ?
- h) Décèle-t-on des circonstances indiquant une exagération de la part de l'expertisée ? Cas échéant, lesquelles ? Une éventuelle exagération est-elle à mettre en lien avec une incapacité de l'expertisée à reconnaître sa maladie.

i) Le comportement de l'expertisée est-il globalement cohérent ? En particulier, sa demande en termes de thérapies et sa coopération est-elle en adéquation avec l'étendue des souffrances ?

j) D'une manière globale, l'expertisée dispose-t-elle de ressources suffisantes pour surmonter son affection ? Veuillez expliquer et motiver votre réponse.

Au terme d'un consilium avec le Dr N

a) Déterminer la capacité de travail globale de la recourante dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ?

b) Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.

c) Dire quelles sont les limitations fonctionnelles de la recourante.

d) Dire dans quelle mesure une activité lucrative tenant compte des limitations fonctionnelles est raisonnablement exigible de la recourante, et dans ce cas dans quel domaine, depuis quand et avec quel rendement.

e) Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.

f) Indiquer si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales, et le cas échéant lesquelles.

g) Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins-traitants, et indiquer pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. Prendre position quant aux constatations et conclusions des Drs E_____ et F_____, celles de la Dresse H_____.

h) Formuler un pronostic global.

i) Toute remarque utile et proposition des experts.

5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

6. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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