

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/353/2014

ATAS/259/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 13 avril 2015

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par APAS-
Association pour la permanence de défense des patients et des assurés

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1961, d'origine somalienne, sans formation professionnelle, mère de quatre enfants nés en 1985, 1986, 1989 et 1991, est arrivée en Suisse en 1991 avec ses trois enfants cadets. L'assurée, qui n'a jamais travaillé en Suisse est, depuis octobre 2009, au bénéfice d'un permis humanitaire B.
2. Le 20 octobre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en raison d'une ostéotémie, une thyroïdectomie et une arthrose de la colonne vertébrale.
3. Par rapport du 13 novembre 2009, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué une gonarthrose bilatérale, un status post-ostéotémie du genou gauche en 1995 et du genou droit en 2004, un status post-cure de rectocèle en 2002, un status post-thyroïdectomie totale pour goitre en 2002 et une hypothyroïdie substituée. Elle suivait l'assurée depuis mai 2003. Elle présentait une boiterie à la marche et son incapacité de travail était totale depuis le 8 novembre 2007. L'assurée pouvait uniquement effectuer des activités en position assise, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête et porter des poids de 7 kg au maximum. Le médecin a également relevé une capacité de concentration et de compréhension limitée, l'assurée présentant un affaiblissement intellectuel.
4. Par rapport du 15 septembre 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté à l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) du genou gauche de l'assurée, un épanchement intra-articulaire, une chondropathie rotulienne avec arthrose fémoro-patellaire, un status post-ostéotémie avec importante gonarthrose du compartiment interne et nécroses focalisées sous le condyle fémoral de localisation centrale et du plateau tibial interne. Un aspect latéralisé du ménisque interne, de signal hétérogène avec déformation évoquant une dégénérescence avec déchirure "grade III" de ses cornes moyenne et postérieure. Une dégénérescence du ménisque externe, une tendinopathie rotulienne et le ligament croisé antérieur était dégénéré avec visualisation partielle de ses faisceaux.
5. Par rapport du même jour, le Dr C_____ a constaté à la radiographie de la cheville gauche de l'assurée, une excroissance osseuse du bord inférieur et postérieur du calcanéum traduisant une épine, et un os accessoire adjacent au cuboïde tarsien.
6. Par rapport du 26 avril 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH médecin praticien, a diagnostiqué une gonarthrose bilatérale. L'assurée présentait des douleurs chroniques mécaniques des deux genoux. Le pronostic était mauvais et son incapacité de travail était totale. L'assurée pouvait uniquement effectuer des

activités en position assise, se pencher et travailler avec les bras au-dessus de la tête.

7. Par rapport du 6 juin 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté que l'assurée était en cours d'évaluation pour la mise en place d'une prothèse totale du genou sur gonarthrose tricompartmentale très invalidante. Il y avait donc une aggravation de la symptomatologie avec une augmentation des douleurs et une diminution du périmètre de marche. Il n'y avait pas d'amélioration de la capacité de travail.
8. A la demande de l'OAI, par rapport du 20 septembre 2011, le Dr E_____ a expliqué que les limitations fonctionnelles liées au problème orthopédique concernaient principalement les déplacements avec un périmètre de marche limité à quelques dizaines de mètres en raison des douleurs au niveau du genou gauche, les déplacements sur sol irrégulier, en hauteur ou en position accroupie. Dans une activité de type sédentaire, la capacité de travail était de l'ordre de minimum 50%.
9. Par rapport du 10 octobre 2011, le service médical régional AI (ci-après le SMR) a relevé que l'assurée souffrait d'une gonarthrose bilatérale incapacitante, d'une hypothyroïdie substituée et d'un status post-rectocèle, tous deux non incapacitants. L'évolution de la gonarthrose était défavorable depuis fin 2007 et l'assurée présentait une capacité de travail dans une activité adaptée de type sédentaire à 50%.
10. Le 29 novembre 2011, une enquête ménagère a été effectuée par Madame F_____ au domicile de l'assurée. Le statut d'active à 80% était le plus plausible pour cette assurée de 50 ans, aidée par l'Hospice général et vivant sous le même toit que sa fille âgée de 20 ans laquelle avait un enfant à sa seule charge. L'assurée souffrait de gonarthrose bilatérale, elle avait mal le jour comme la nuit au repos, et était donc constamment fatiguée. Elle ne pouvait ni se baisser, ni pivoter, ni porter des charges. L'enquêtrice a conclu que les empêchements à accomplir les tâches ménagères étaient importants, soit 40% en tenant compte d'une exigibilité de 30% pour la fille de l'assurée.
11. Par décision du 6 mars 2012, confirmant un projet de décision du 31 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que le taux d'invalidité global de 38% était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.
12. Le 20 mars 2012, l'assurée a interjeté recours contre la décision. Elle a joint un rapport de la Dresse B_____ du 30 janvier 2012 indiquant que l'assurée présentait également des lombalgies dans un contexte d'arthrose de la colonne vertébrale.
13. Par rapport du 2 avril 2012, le Dr C_____ a constaté, sur la base d'une IRM lombaire de l'assurée effectuée à cette date, une dégénérescence discale étagée de D10-D11 jusqu'à L5-S1 et discopathie modérée L4-L5, une spondylolisthésis de L4

et L5 sur arthrose interapophysaire postérieure avec épaississement des ligaments jaunes appuyant sur la partie latérale du fourreau dural surtout en L4-L5 et expliquant l'amputation partielle du flux en séquence myélographique. Un rétrécissement des foramens en L4-L5 et L5-S1 à prédominance droite. Un œdème intra-spongieux sous le plateau supérieur et antérieur de D12 et des infiltrations lipidiques bordant les plateaux vertébraux de L2 jusqu'à L5, à la hauteur du sacrum et des iliaques.

14. Par arrêt du 8 mai 2012, la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI et renvoyé la cause pour instruction complémentaire dès lors qu'il apparaissait que l'assurée souffrait également de problèmes lombaires qui n'avaient pas été instruits (ATAS/627/2012).
15. Par rapport du 6 juillet 2012, la Dresse B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis six ans, elle présentait une boiterie à la marche et une capacité de travail nulle. Le médecin a joint une copie des rapports déjà versés au dossier.
16. Par avis du 2 août 2012, le docteur G_____, médecin auprès du SMR, a relevé qu'au vu de l'IRM du 2 avril 2012, un examen rhumatologique SMR était nécessaire.
17. Par rapport du 21 janvier 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a diagnostiqué, sur la base notamment d'un examen effectué le 3 décembre 2012, avec répercussion sur la capacité de travail, une gonarthrose tricompartmentale bilatérale à prédominance gauche et à prédominance fémoro-patellaire interne avec ostéochondromatose, un status après ostéotomie de valgisation des deux genoux, un status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou gauche, des lombalgies et accessoirement cervico-scapulalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec spondylolisthésis de L4/L5 de degré I sur arthrose interapophysaire postérieure et une épicondylite gauche. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une fibromyalgie, de l'obésité, une hypothyroïdie substituée dans le cadre d'un status après strumectomie, un status après cure de retocèle et après kystectomie ovarienne bilatérale, une discrète arthrose nodulaire des doigts et une hypercholestérolémie anamnétique.

Depuis 1994, l'assurée avait développé des gonalgies gauches et depuis 2003, au genou droit. Actuellement, l'assurée avait mal aux deux genoux. Depuis quatre ans, elle présentait des douleurs lombaires et depuis une année des douleurs à la région cervicale. Elle se plaignait également de douleurs à l'épaule droite et à la face externe de la cheville gauche. Au status, au plan rachidien, l'examinateur notait notamment de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire était

diminuée, mais il relevait des signes de non organicité selon Waddel sous forme d'une certaine démonstrativité, l'assurée poussant des gémissements à l'examen du rachis, des genoux et des hanches. Il notait une importante discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen. La mobilité cervicale était satisfaisante, mis à part l'extension cervicale qui était discrètement limitée. Seule la mobilité des deux genoux était limitée en flexion et il existait un flexum de 5° du genou droit. Il notait par ailleurs un syndrome rotulien bilatéral, une déformation des deux genoux et un épanchement du genou gauche. Il y avait des manœuvres d'épicondylite positives au coude gauche et une discrète arthrose nodulaire des doigts. Enfin, il relevait des douleurs à la palpation de dix-sept points typiques de la fibromyalgie sur dix-huit, ce qui était suffisant pour poser ce diagnostic.

Les radiographies mettaient en évidence une gonarthrose tricompartmentale très importante en fémoro-tibial interne et prédominant à gauche. Il existait également des troubles dégénératifs du rachis lombaire avec spondylolisthésis de L4/L5 de degré I. Les radiographies de l'épaule gauche étaient normales, si ce n'était une discrète sclérose du trochiter et un discret ostéophyte de la face inférieure de l'acromion. Les radiographies de la cheville gauche ne mettaient en évidence qu'une épine calcanéenne. Enfin, il n'y avait pas de discopathie à la colonne cervicale.

Dans ce contexte clinique, l'examineur retenait les diagnostics précités. Les limitations fonctionnelles étaient, s'agissant du rachis, la nécessité de pouvoir alterner deux fois/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. S'agissant des membres inférieurs, pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeaux ou d'échelles, pas de travail en hauteur, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus de dix minutes. S'agissant du membre supérieur gauche, pas de mouvements répétés du coude gauche, ni lever des charges de plus de 5 kg, étant précisé que l'assurée était droitière.

Selon l'examineur, l'incapacité de travail avait débuté fin 2007. Depuis lors, dans une activité respectant strictement ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50% depuis fin 2007, au vu des nombreuses limitations qui se surajoutaient. Il n'y avait pas de raison biomécanique pour une incapacité de travail totale dans une activité adaptée. Son évaluation s'éloignait donc de celle de la Dresse B_____ qui attestait une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, sans cependant en donner les raisons.

Enfin, la fibromyalgie ne pouvait conduire d'un point de vue purement rhumatologique à la définition d'une incapacité de travail. Cependant, elle pouvait conduire à une incapacité de travail, si elle s'accompagnait d'une pathologie

psychiatrique incapacitante ou de critères de sévérité selon la jurisprudence. L'examineur laissait le soin au SMR d'évaluer la nécessité d'une évaluation psychiatrique complémentaire, afin d'éliminer une pathologie psychiatrique concomitante à la fibromyalgie ou des critères de sévérité. Cependant, l'assurée était parue euthymique et présentait toujours une bonne intégration sociale.

18. A la demande de l'OAI, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a effectué un examen de l'assurée le 10 juin 2013 avec la collaboration d'une interprète de langue somali. Par rapport du 3 juillet 2013, l'experte n'a diagnostiqué aucun trouble sur le plan psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait des difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) et des notions rhumatologiques de fibromyalgie, sans comorbidité psychiatrique.

A l'anamnèse professionnelle, ce médecin a noté que l'assurée n'avait pas été scolarisée. En Suisse, elle avait été alphabétisée à l'occasion de cours donnés aux réfugiés. Suite à son mariage en 1980, elle était partie vivre avec son mari à Mogadiscio où elle avait tenu un kiosque avec une autre jeune fille. Depuis son arrivée en Suisse en 1991, elle n'avait pas exercé d'activité professionnelle et avait toujours vécu des prestations de l'aide sociale.

A l'anamnèse psychosociale et psychiatrique, l'experte a relevé notamment qu'en 1991, le conflit armé avait éclaté en Somalie. Alors que l'assurée se trouvait chez elle, des soldats avaient fait irruption dans l'appartement familial où ils avaient tiré sur son frère benjamin, qui était décédé sous ses propres yeux. Sa sœur, habitant un immeuble voisin, avait également été tuée. L'assurée n'avait pas été directement menacée, ni maltraitée lors de son vécu de guerre. Le mari de l'assurée lui avait proposé de partir en Suisse avec leurs trois enfants cadets. Actuellement, le fils aîné de l'assurée vivait à Mogadiscio et ses trois autres enfants vivaient en Suisse (à Morges, à Plan-les-Ouates et la cadette chez l'assurée). Sur le plan psychiatrique, pour tout symptôme, l'assurée a annoncé qu'elle était parfois distraite, qu'il lui arrivait de ne plus se rappeler où elle avait déposé ses affaires et d'oublier de manger. Début 2013, sur proposition de son avocate, elle avait débuté un suivi psychiatrique auprès du docteur J_____, spécialiste FMH en psychothérapie et psychiatrie d'enfants et d'adolescents. Elle lui parlait de sa vie, ce qui la soulageait. Il n'y avait aucune prescription de traitement psychotrope.

S'agissant des plaintes, l'assurée avait des douleurs ubiquitaires permanentes, dont l'intensité restait toujours importante. Sur le plan strictement psychiatrique, l'assurée a répondu à l'experte que sa tête pensait trop.

S'agissant de sa vie quotidienne, l'assurée vivait avec sa fille et son petit-fils. Elle se levait à 5h00, elle se rendait deux fois par semaine en tram aux cours de français.

Les autres jours, elle sortait se promener; lorsqu'elle se sentait mal, elle restait à domicile. Elle s'allongeait sur le canapé et regardait la télévision, laissant défiler les programmes, n'ayant pas de préférence. En guise de lecture, elle relisait ses devoirs de cours de français. Elle n'écoutait ni musique, ni radio et n'utilisait pas d'ordinateur. L'après-midi, elle passait l'essentiel de son temps étendue dans son canapé, avant de sortir pour une promenade. La soirée, elle discutait et regardait la télévision, avant de se coucher vers 21h00. Sa fille assumait la cuisine, les achats, les travaux de ménage, la lessive et le repassage. S'agissant des loisirs, elle gardait volontiers son petit-fils si sa fille s'absentait. Elle n'allait pas au restaurant, ni au cinéma et n'avait pas de hobby. Elle partageait des invitations avec des amis somaliens et suisses, discutait avec les autres participants aux cours de français et parlait parfois au téléphone avec ses proches et son fils aîné.

Au status psychiatrique, l'experte a relevé qu'il n'y avait pas de trouble du cours de la pensée. Aucun signe d'anxiété pouvant prendre un caractère pathologique n'avait été perçu durant l'examen, l'assurée reconnaissait toutefois être préoccupée par ses réalités existentielles. La recherche de signes d'un syndrome post-traumatique face au vécu de guerre (datant de vingt-deux ans) ne montrait pas de confrontation directe à sa propre mort, car bien que l'assurée ait été témoin de la fusillade de son frère, elle-même n'avait pas été menacée. Il n'y avait pas de reviviscence répétée, ni de souvenirs envahissants, l'expertisée se sentant en sécurité en Suisse. Le sommeil, bien que difficile à atteindre, n'était pas empreint de cauchemars. Il n'y avait pas d'anesthésie psychique, ni d'émoussement émotionnel. L'expertisée n'était pas détachée par rapport aux autres, ni insensible à son environnement. Il n'y avait pas d'évitement d'activités pouvant évoquer le souvenir du traumatisme (notamment à la télévision), ni de sentiment de "qui-vive". Quant aux signes de la lignée dépressive, la psychomotricité était vive, la thymie était globalement congruente aux propos abordés, en général souriante. L'appétit était décrit comme faible. Le sommeil faisait l'objet de difficultés d'endormissement, mais l'assurée passait une grande partie de ses journées étendue ; il n'y avait jamais eu de prescription de somnifères et les traits du visage n'étaient pas tirés. La perception de l'avenir était structurable, tout en restant préoccupante en raison des difficultés psychosociales. Il n'y avait pas de trouble de l'attention, ni de la concentration, tenant compte du niveau de scolarité et de déconditionnement de l'assurée. L'image de soi n'était pas dégradée, l'assurée ne se sentait pas coupable, il n'y avait pas d'anhédonie, ni d'aboulie, l'assurée ne se disant limitée que par ses douleurs. Il n'avait pas été objectivé de signe de fatigabilité. L'examen ne mettait en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique, ni d'un trouble grave de la personnalité.

Dans l'appréciation du cas, l'experte a relevé que l'assurée, non scolarisée et sans formation professionnelle, avait tenu un kiosque à Mogadiscio suite à son mariage en 1980. Elle n'avait jamais travaillé en Suisse. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait une anamnèse familiale vierge. Du point de vue personnel, hormis la confrontation au début de la guerre en Somalie durant laquelle l'assurée avait été témoin du décès par armes à feu de son frère et qu'elle avait appris le décès de sa sœur par ces mêmes moyens dans le voisinage, l'assurée avait pu quitter son pays avec ses trois enfants cadets. Il n'y avait pas de notion de traumatisme lié à une atteinte personnelle. Le parcours existentiel en Suisse était caractérisé par d'importantes difficultés d'adaptation, puisque la maîtrise de la langue française était encore difficile après vingt-deux ans de résidence et malgré des cours de français organisés depuis l'année de l'immigration. Une prise en charge psychiatrique avait débuté en hiver 2013, sans prescription de traitement psychotrope.

A l'examen, il s'agissait d'une femme orientée et collaborante, munie de bonnes capacités intellectuelles. Sur le plan strictement psychiatrique, aucune atteinte à la santé n'a été décelée: il n'y avait aucun signe de dépression, ni de séquelle traumatique face au vécu de guerre. Les éléments anxieux ciblaient les réalités psycho-sociales. Les souffrances annoncées étaient à mettre en corrélation avec des difficultés d'adaptation à l'existence en Suisse et au déconditionnement psychique, secondaire à la pauvreté des activités du quotidien.

Face à la notion de fibromyalgie, l'experte a relevé qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique pouvant grever l'exigibilité professionnelle. Les affections corporelles chroniques étaient relevées dans le rapport d'examen du SMR du 3 décembre 2012. Le processus maladif révélait des plaintes douloureuses mises en corrélation avec des atteintes ostéoarticulaires qui apparaissaient comme réduisant la mobilité de l'assurée; durant l'entretien, en position assise, l'assurée ne s'était pas montrée algique. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Le processus défectueux de résolution de conflit pouvait être mis en corrélation avec des éléments non médicaux, l'expertisée n'étant pas scolarisée et ne maîtrisant le français que d'une manière limitée. Les traitements mis en place étaient conformes aux règles de l'art, sans notion d'échec. Enfin, l'assurée n'avait pas montré de signe de non-coopération.

S'agissant des propositions thérapeutiques, l'experte a expliqué que l'oisiveté pouvant nuire à la qualité de vie de l'assurée et réduire ses moyens de se défendre contre un sentiment douloureux, une reprise d'activité professionnelle pourrait non seulement l'aider à lutter contre les douleurs et les troubles du sommeil, mais aussi à améliorer son intégration, à enrichir son existence ainsi que son réseau social et à rythmer son quotidien. Il était aussi à relever qu'un modèle de mère active pouvait

aider les enfants de l'assurée à s'investir dans des projets professionnels. Ainsi, dès que l'assurée en exprimerait la motivation, elle pourra être soutenue dans des démarches de placement. Son état de santé psychiatrique lui permettait d'exercer à plein temps toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Face à ces observations, l'experte avait contacté le psychiatre traitant, qui disait suivre l'assurée depuis début 2013, l'ayant vue vraisemblablement à trois reprises, avec un interprète. Il évoquait chez sa patiente des difficultés psychiatriques sous forme d'un traumatisme de l'assassinat de son frère, des symptômes dépressifs et des troubles anxieux. L'experte l'avait informé de ses conclusions.

Par conséquent, l'assurée ne présentait aucune limitation psychiatrique et elle avait toujours eu une exigibilité complète dans toute activité. A la question de savoir si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, l'experte a relevé que force était de constater que l'assurée réduisait à un minimum toutes les activités qu'elle pourrait exercer, puisque sa fille devait assumer les achats, les travaux de ménage, la lessive et le repassage. Selon l'experte, malgré les douleurs annoncées, l'état de santé de l'intéressée lui permettait non seulement de participer à ce genre de travaux, mais aussi de travailler. S'agissant de la position de l'experte par rapport aux avis des médecins traitants, celle-ci a relevé qu'étant donné que le dossier AI ne contenait aucun document médical mentionnant une maladie psychiatrique, son examen s'accordait à l'absence d'atteinte psychiatrique pouvant limiter l'exigibilité professionnelle. L'entretien téléphonique avec le psychiatre traitant n'avait pas permis d'objectiver de limitation fonctionnelle en lien avec une atteinte à caractère strictement médical.

19. Par avis du 19 juillet 2013, le Dr G _____ s'est rallié aux conclusions de l'examen rhumatologique et de l'expertise psychiatrique. L'assurée présentait une gonarthrose bilatérale à prédominance gauche, un status après ostéotomie de valgisation des deux genoux, des lombalgies et cervico-scapulalgies droites et une épicondylite gauche entraînant des limitations fonctionnelles et une capacité de travail de 50% depuis fin 2007 dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'assurée ne présentait aucune d'atteinte psychiatrique; les difficultés liées à l'acculturation et la suspicion rhumatologique de fibromyalgie n'ayant pas de conséquences sur sa capacité de travail. A l'évidence, les deux expertises rhumatologique et psychiatrique confirmaient la prise de position du rapport SMR d'octobre 2011. Il fallait donc considérer que la capacité était bien de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
20. Selon une note de travail établie le 21 octobre 2013, Madame F _____ a vu l'assurée à son domicile en présence de sa fille cadette et de son petit-fils de 2 ans. La situation restait superposable à celle évaluée lors de la première enquête

ménagère. La fille cadette, qui élevait seule son enfant, vivait avec sa mère et faisait un apprentissage d'agent de voyage, soit deux à trois demi-jours de travail/cours par semaine. L'enfant était amené en crèche pendant ce temps, l'assurée étant incapable de s'occuper/gérer seule son petit-fils particulièrement turbulent. Le statut restait de 80% dans la part professionnelle et ses empêchements dans la sphère ménagère s'élevaient à 40%, comme déterminés dans l'enquête ménagère de décembre 2011. Une exigibilité d'environ 30% était toujours prise en compte pour la fille partageant le logement de l'assurée.

21. Par décision du 10 janvier 2014, confirmant un projet de décision du 4 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Suite aux conclusions de l'examen rhumatologique et à l'expertise psychiatrique, le SMR reconnaissait que depuis l'année 2007, la capacité de travail de l'assurée était de 50% dans une activité adaptée. Il avait été retenu par ailleurs un statut mixte, étant donné que l'assurée aurait, sans atteinte à la santé, exercé une activité lucrative à 80%. Dans la sphère ménagère, les empêchements avaient été évalués à 40% selon l'enquête effectuée en décembre 2011, soit un degré d'invalidité de 8% pour la part ménagère de 20%. Pour la part correspondant à l'activité lucrative (80%), l'empêchement était de 38%, soit un degré d'invalidité de 30%. Étant donné que le degré d'invalidité global était de 38% (8% + 30%), soit inférieur à 40%, l'assurée n'avait pas droit à une rente.
22. Par acte du 5 février 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière six mois après le dépôt de sa demande. La recourante a relevé que l'intimé avait rendu une décision identique à celle du 6 mars 2012. Sur le plan somatique, la recourante a fait valoir que les diagnostics retenus par l'examineur ne reprenaient que très partiellement les affections objectivées lors de l'IRM du 2 avril 2012. Par ailleurs, l'intimé n'avait pas précisé quelles activités étaient encore à sa portée, alors que les limitations étaient importantes. De plus, ne pouvant marcher plus de dix minutes, seule une activité très près de chez elle serait adaptée. Sur le plan psychiatrique, l'experte estimait que la recourante pouvait travailler à 100%. Or, elle n'avait pas pris en compte ni son éloignement du marché du travail, ni sa méconnaissance totale du monde professionnel, ni l'évaluation des ressources nécessaires à une auto-réadaptation dans sa capacité à se réinsérer professionnellement. La recourante produisait un rapport établi le 6 janvier 2014 par son psychiatre traitant, le Dr J_____, qui retenait une incapacité de travail totale en raison d'une modification durable de la personnalité après une expérience de guerre et d'autres troubles psychotiques non organiques. Selon la recourante, à la lecture du rapport richement et scientifiquement argumenté de son médecin, le rapport de la Dresse I_____ ne

pouvait se voir conférer valeur probante. Son incapacité de travail était par conséquent totale. Enfin, la recourante a fait valoir qu'elle était totalement illettrée, déconditionnée et sans expérience du marché du travail, de sorte qu'à 53 ans, il était peu vraisemblable qu'un employeur consente à l'engager. Elle contestait également les empêchements retenus dans l'enquête ménagère, lesquels avaient été sous-évalués, ainsi que le calcul du degré d'invalidité de la part lucrative, l'intimé n'ayant pas effectué une comparaison des revenus.

Dans un "certificat médical détaillé" établi le 6 janvier 2014, le docteur J_____ a expliqué être en désaccord avec les observations, les diagnostics et les conclusions de la Dresse I_____. En avril 2013, la recourante lui avait été adressée par l'APAS. La confiance qu'il avait gagnée petit à petit lui avait permis de connaître des aspects cliniques qu'un expertisé ne saurait toujours révéler immédiatement à un expert au cours d'une ou deux consultations. Il avait communiqué ces éléments à l'experte, mais il constatait qu'elle n'en avait tenu aucun compte dans son rapport.

Le psychiatre a indiqué que le drame qui allait entraîner l'exil et le trouble dont la recourante souffrait, avait été causé par l'irruption de la guerre civile en Somalie 1991, notamment par le meurtre de son jeune frère devant ses yeux et celui de sa sœur dans la maison voisine. La version banalisante, relatée dans le rapport d'expertise, de ce que la recourante avait vécu sur le plan psychique était fautive sur le fond (absence de menace et de trauma) et dans les détails; elle ne correspondait pas à ce qu'il avait recueilli: lorsque les troupes rebelles sont entrées dans la ville, le mari de l'assurée était alors un haut fonctionnaire du régime, gouverneur du port. Ses voisines sont venues lui dire de s'enfuir car les hommes armés violaient les femmes et les torturaient en introduisant des électrodes dans leur vagin. Certaines de ses amies avaient été violées. Son mari était parti avec leurs deux enfants cadets (l'aîné se trouvait dans une autre ville) et lui avait donné rendez-vous sur la plage. La recourante était alors enceinte, ce qui était un autre facteur de stress. Les hommes en armes ont abattu son jeune frère et la recourante a réussi à s'enfuir « en tremblant de peur ». Elle les entendait dire « Où est la sœur ? On va la violer ». Elle avait couru vers la mer, la plage était pleine de monde car toute la population fuyait par là et elle avait retrouvé son mari, malgré l'angoisse de le perdre. Grâce à lui, elle avait pu quitter le pays avec ses deux enfants (et non trois comme indiqué dans le rapport d'expertise), laissant l'aîné en Somalie. Elle était arrivée au Kenya, où elle a accouché de sa fille cadette, puis avait émigré en Suisse où elle avait obtenu le statut de réfugiée.

Selon le psychiatre traitant, au vu de ces faits, on ne pouvait conclure, comme l'avait fait l'experte, que la recourante n'avait été ni menacée, ni maltraitée dans son vécu. L'angoisse, la menace et, sur le plan psychiatrique, le trauma, c'était la guerre et le fait d'être en danger de mort.

En Suisse, la recourante ne s'était pas bien adaptée. La Dresse I_____ rendait compte de ce problème, mais uniquement en termes de difficulté d'acculturation. La différence de culture et la nostalgie de son pays avaient contribué, pour une certaine part, aux troubles psychopathologiques actuels. Mais le traumatisme était de nature à provoquer un émoussement de la vie affective (sentiment de détachement, restriction des affects) qui avait rendu plus difficile l'adaptation. Le rapport d'expertise décrivait bien la journée passive et inactive de la recourante qui, 15 ans plus tôt, était pleine de joie et de courage.

S'agissant des plaintes, la recourante se référait à son état somatique. Elle avait par contre honte de ses difficultés psychologiques, de son angoisse notamment nocturne, de ses reviviscences et de ses cauchemars. Elle avait également honte des troubles de mémoire et de son inattention et il lui avait fallu plus de temps pour pouvoir en parler et les décrire. Selon le rapport d'expertise, la recourante avait dit à la Dresse I_____ que «sa tête pensait trop ». Le psychiatre traitant se disait étonné que l'experte ne se soit pas inquiétée de savoir ce que cela signifiait, ni à quoi pensait la recourante. Celle-ci lui avait également dit, avec réserve, qu'elle était trop occupée dans sa tête. Le psychiatre avait appris que c'était bien les événements traumatiques qui étaient remémorés consciemment le jour et revécu pendant la nuit et la recourante avait peur d'être presque folle. Il y avait l'assassinat de son frère sous ses yeux, le surgissement des horreurs de la guerre dans Mogadiscio, le viol de ses amies, la mort de sa sœur, la panique de la foule, la perte de son pays, le fait d'être dans l'incapacité de retourner en Somalie à cause de la violence qui continuait et récemment, le décès de son mari. Pendant longtemps, elle l'avait attendu, espérant qu'il pourrait la rejoindre, puis elle n'avait plus eu de nouvelles de lui. Elle avait ensuite appris qu'il était en Allemagne, hospitalisé et dans le coma. Il était décédé le _____ 2012. Cette mort, l'absence presque complète de contact avec son fils aîné vivant en Somalie, les nouvelles des attentats meurtriers, ininterrompus, commentés par la diaspora, étaient aussi autant de causes de réactualisation du trauma sur le plan neuropsychiatrique et d'incapacité à faire les deuils nécessaires à une nouvelle vie en Suisse, sur le plan psychologique.

La symptomatologie psychiatrique (angoisse, insomnie, terreurs, reviviscences, etc.) existait depuis la guerre et l'exil, même si au début du séjour en Suisse, ces troubles s'étaient tempérés. Mais ils s'étaient aggravés dans les années 2002-2003, soit avant et indépendamment de l'apparition des douleurs identifiées en 2012 comme une fibromyalgie. La recourante expliquait très clairement que ses souvenirs étaient revenus peu à peu, toujours plus insistants, accompagnés de phénomènes typiques de reviviscence qu'elle décrivait avec une certaine gêne. Souvent, la recourante se présentait comme lasse et indifférente (aboulique), apathique, parfois triste. Elle pleurait en disant qu'il lui était encore difficile

d'imaginer qu'elle était venue vivre en Suisse. L'apathie et l'aboulie prédominaient, mais n'atteignaient pas l'importance qu'elles peuvent avoir dans les pathologies psychotiques. Leur niveau était celui que l'on peut observer effectivement dans les pathologies où la personnalité est laminée par le traumatisme. C'était d'ailleurs la cause de son inertie bien décrite par l'experte.

Le psychiatre a expliqué que la recourante venait toujours accompagnée aux rendez-vous. La communication était difficile, elle maîtrisait peu le français. Ses amies qui interprétaient, le faisaient avec plus ou moins de neutralité et de fidélité, ce qui compliquait la situation. C'était uniquement en présence de sa fille, qui traduisait, que la recourante avait pu parler des symptômes nocturnes. Le psychiatre pensait qu'elle avait eu honte de le faire devant les autres femmes qui avaient traduit précédemment. Sa fille, pendant la nuit, la calmait et la rassurait dans les moments d'angoisses intenses et de reviviscences. Elle était donc au courant des troubles de sa mère. Régulièrement, la recourante se réveillait en sursaut vers 3h00 du matin, parfois elle voyait son frère ou bien il y avait quelqu'un en face d'elle, quelqu'un qui faisait peur, qui était au-dessus d'elle. Elle entendait les bruits des balles, des gens criaient, elle croyait entendre un voisin frapper à la porte. Elle appelait sa fille qui la tranquillisait. Le psychiatre a expliqué que la fille de la recourante lui a confirmé que sa mère l'appelait la nuit parce qu'elle avait entendu frapper à la porte ou tirer.

Afin d'évaluer la capacité de la recourante à organiser une tâche et sa mémoire qu'elle disait défaillante, le psychiatre lui avait présenté un test cognitif non verbal, les Standards progressive matrice de Raven (SPMR), qui mesure une composante essentielle de l'intelligence, la capacité inductive. La recourante avait fait vingt-et-une erreurs sur vingt-quatre questions. Le psychiatre avait aussi voulu lui faire compter de petites sommes d'argent, mais elle avait refusé, très inquiète et disant qu'elle en était incapable. Sa fille lui avait confirmé que depuis toujours, c'étaient les enfants qui s'occupaient de tout achat ou paiement. Le psychiatre savait que la recourante n'avait pas été scolarisée; le test des SPMR avait toutefois été étalonné pour des populations non scolarisées du monde entier et il l'avait fait passer à nombre de personnes sourdes analphabètes. Le psychiatre pensait donc que l'experte s'avançait imprudemment quand elle affirmait sans preuve que la recourante était une "personne munie de bonnes capacités intellectuelles" (p. 6 et 8 du rapport d'expertise). Même si durant les entretiens, la recourante répondait de manière adéquate aux questions simples que posait un médecin, dans la vie, elle était manifestement une personne dépendante de son entourage pour de nombreuses tâches qu'elle ne pouvait accomplir elle-même. Enfin, quelles que soient les causes de ce déficit, il était évident qu'il avait une incidence sur sa réelle capacité de travail.

Le psychiatre traitant avait ainsi diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'autres troubles psychotiques non organiques (F28). Il a expliqué que l'on pouvait s'étonner qu'après un trauma si caractéristique, survenu vingt-deux ans auparavant au cours d'une guerre où la vie de la patiente avait été directement menacée, qu'il ne retienne pas uniquement le premier diagnostic. Il y avait deux raisons à cela. La première était que la modification de la personnalité (F62.0) concernait essentiellement une symptomatologie du détachement et du retrait. Ces symptômes "négatifs" étaient présents chez la recourante, à un degré qui affectait gravement sa capacité de travail et qui réduisait sa vie sociale, mais ne l'empêchait pas. Il n'avait pas relevé d'hypervigilance diurne qui faisait aussi partie des symptômes typiques. La deuxième raison était surtout que le diagnostic F62.0 seul ne prenait pas en compte les symptômes positifs que présentait la recourante: les reviviscences hallucinatoires et l'état d'anxiété, témoins de la catastrophe qu'elle avait traversé. Ces symptômes s'étaient peu à peu, mais nettement aggravés dès 2002-2003. C'était en raison de cette réactivation secondaire tardive qu'il n'était pas possible de s'en tenir au diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1). Le psychiatre a encore précisé notamment que la psychopathologie était préexistante à l'atteinte somatique. Par ailleurs, cette psychopathologie était une des causes des difficultés d'acculturation ou de l'incapacité de progresser en français. D'autre part, l'absence de scolarisation ne suffisait pas à expliquer l'échec au test SPMR. Des facteurs cognitifs et affectifs (peur de l'échec dans une situation nouvelle) pouvaient intervenir et ils péjoraient la capacité de travail.

S'agissant du traitement, les conclusions diagnostiques n'avaient été tirées que très progressivement de ses entretiens avec la recourante. Si bien que dans un premier temps, il n'avait prescrit aucune médication. Au cours de l'automne 2013, devant la pathologie insomniacque qu'il n'avait pas encore identifiée à sa juste valeur, il avait proposé un antidépresseur, le Ciprallex, qui n'avait eu aucun effet. Il lui avait maintenant prescrit un neuroleptique atypique (médicament antipsychotique), de la risperidone, ainsi qu'un somnifère. Il n'avait pas le recul nécessaire pour apprécier l'efficacité du nouveau traitement.

En conclusion, la recourante présentait une psychopathologie grave qui était la conséquence des graves traumatismes subis pendant la guerre dans son pays. Ils avaient entraîné une modification de sa personnalité. Elle avait été, selon sa fille (par oui-dire et d'après des photographies) et selon son opinion propre, une femme joyeuse et vive. Elle était aujourd'hui souffrante, angoissée et sujette à une pathologie hallucinoïde de reviviscences nocturnes et de cauchemars évoquant l'assassinat de son frère et la guerre en général. Après le stress de l'exil, ces troubles avaient pris une telle ampleur dans les années 2002-2003, alors qu'elle était en

sécurité en Suisse mais aussi sans espoir de retour étant donné la violence qui continuait dans son pays. Elle avait eu peu de contacts avec son mari, maintenant décédé. L'aîné des enfants vivant en Suisse avait quasiment rompu la relation. Quant aux membres de sa famille restés en Somalie ou exilés aux USA ou en Ethiopie, les relations étaient aussi très rares. Sur le plan psychiatrique, la psychopathologie entraînait à elle seule et en comorbidité avec les affections organiques, une capacité de travail nulle. Un traitement psychiatrique bien conduit pourra améliorer la symptomatologie positive (reviviscences, trouble du sommeil) mais certainement pas sa personnalité et de ce fait probablement pas la capacité de travail non plus.

23. Par réponse du 6 mars 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Il a ajouté se rallier aux observations du SMR à qui le certificat du Dr J_____ avait été soumis. Par avis du 24 février 2014, le Dr G_____ a relevé que les deux récits de vie des deux spécialistes en psychiatrie étaient strictement similaires, seule l'interprétation qui en était faite, était différente. A la lecture du rapport du Dr J_____, le Dr G_____ avait du mal à comprendre les raisons de l'incapacité de travail complète pour toute activité. On ne pouvait pas considérer que le trouble de la personnalité soit décompensé (en particulier, il n'y avait ni des répercussions sur les actes de la vie courante, ni un parcours de vie chaotique après l'arrivée de la recourante en Suisse). Les troubles psychotiques étaient seulement nocturnes, et ne pouvaient, par conséquent, être incapacitants. A l'évidence, il s'agissait d'une interprétation différente d'un même état psychique et on ne pouvait pas être convaincu par le rapport du psychiatre traitant. En effet, l'interprète présent lors des consultations était un proche de la recourante, n'ayant pas la neutralité d'un traducteur professionnel. En outre, le Dr J_____ n'avait pas pris en compte les critères jurisprudentiels de gravité dans l'évaluation de la fibromyalgie. Il convenait donc de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise de la Dresse I_____. L'intimé a encore ajouté notamment que la demande de prestations remontait au 20 octobre 2009 et que depuis cette date, le Dr D_____ n'avait jamais mentionné l'existence possible d'un trouble psychiatrique. Il était étonnant que le psychiatre puisse conclure à une psychopathologie grave ayant entraîné une modification de la personnalité sur la base d'une simple photographie de la recourante et des dires de sa propre fille. Le rapport ne pouvait donc être probant, étant manifestement empreint d'empathie. S'agissant de troubles rhumatologiques, l'intimé renvoyait aux conclusions de l'expertise. S'agissant de l'enquête ménagère, la recourante n'apportait aucun élément susceptible de faire douter des constatations faites par l'infirmière à domicile.
24. Par réplique du 9 avril 2014, la recourante a relevé que l'intimé ne répondait pas à ses griefs ni sur le plan rhumatologique, ni concernant l'enquête ménagère. Sur le

plan psychiatrique, elle se référait au complément établi par le psychiatre traitant le 30 mars 2014, qu'elle produisait. Le Dr J_____ relevait notamment que contrairement à ce qu'indiquait le SMR, les faits relatés dans les deux rapports n'étaient pas similaires et il avait décrit les éléments importants ignorés par l'experte. Celle-ci avait notamment indiqué que la recourante n'avait pas été maltraitée "dans son vécu de guerre de Pays". Les termes utilisés par l'experte déniaient la réalité de la menace de mort et de viol contre la recourante. Il était évident que ce que la recourante avait vécu à Mogadiscio relevait d'actes de maltraitance et que les menaces dont elle avait été l'objet quand elle était enceinte avaient laissé des traces cliniques, celle d'un vécu subjectif post-traumatique ayant modifié sa personnalité. Ce n'était pas qu'une question d'interprétation. Par ailleurs, le SMR estimait que le trouble de la personnalité n'était pas décompensé, car il n'y avait pas de répercussion sur les actes de la vie courante, ni de parcours de vie chaotique en Suisse. Le psychiatre a rappelé avoir expliqué que la recourante se présentait comme lasse et indifférente (aboulique), apathique, parfois triste. Il a expliqué que l'aboulie et l'apathie étaient des symptômes "négatifs", mais décompensés du trouble F62.0. Quant à parler de l'absence d'un parcours de vie chaotique dans ce contexte, cela était absurde, car un tel chaos n'était pas du tout une caractéristique du trouble diagnostiqué. Par ailleurs, il n'était en rien étonnant qu'un médecin généraliste, dont les soins et l'attention étaient retenus par des problèmes somatiques, ne prenne pas en compte un diagnostic psychiatrique. Cela n'infirmerait en aucune façon l'existence des troubles ainsi passés sous silence, probablement dissimulés par l'évidence de la pathologie physique (endocrinienne, articulaire). Il était rare que des patients racontent à leur généraliste le type d'épisodes vécus par la recourante, car ils avaient peur d'être pris pour fous. Il lui était en outre reproché de ne pas avoir mentionné des symptômes diurnes susceptibles de limiter la capacité de travail de la recourante. Le psychiatre a indiqué avoir fait mention de deux types de symptômes, permettant de poser deux diagnostics différents. Les uns étaient négatifs et en rapport avec le trouble de la personnalité qui résultait du vécu traumatique de la recourante: le retrait, l'apathie, l'aboulie, etc. et qui étaient continus et non seulement nocturnes. Les seconds étaient des hallucinations qui survenaient effectivement quand la vigilance s'affaiblissait et que tout était tranquille. Cela témoignait d'ailleurs de ce que ces flashes visuels et auditifs, ou ces interprétations pleines d'angoisses ne constituaient certainement pas une maladie psychique autonome. Mais ces expériences nocturnes rendaient la patiente d'autant plus somnolente la journée, ce qui contribuait à ses difficultés. Le Dr J_____ a expliqué que les échanges avec la recourante avaient eu lieu avec diverses interprètes, dont sa fille cadette. Aucune n'était effectivement une interprète professionnelle. Ces personnes avaient plus ou moins bien rempli leur tâche compliquée et il en avait tenu compte dans son appréciation car il

travaillait souvent avec des interprètes. S'il avait été mandaté comme expert ou s'il avait été en hôpital, il aurait fait appel à un interprète, mais en privé, cela était difficile car le service n'était pas remboursé par l'assurance-maladie. En l'occurrence, la personne la plus compétente et plus respectueuse de la parole échangée avait certainement été L_____, la fille de la recourante. Il avait pu en outre s'adresser à elle comme témoin des crises nocturnes. A ce moment, les rôles d'interprète et de témoin avaient toujours été clairement différenciés. Enfin, il était évident qu'il n'avait pas posé le diagnostic sur la base d'une photographie. Le reproche d'empathie envers un psychiatre traitant n'était pas pertinent. Un psychothérapeute est empathique, mais devait rester neutre et respecter l'objectivité scientifique de sa discipline. A son sens, c'était l'état de santé psychique de la recourante qui avait conditionné, et qui conditionnait encore, son incapacité de travail et non son statut de réfugiée et la différence de cultures.

25. Par pli du 8 mai 2014, l'intimé a produit l'avis du SMR du 23 avril 2014 auquel il se référerait. Selon le Dr G_____, il était difficile de comprendre des différences d'appréciation aussi importantes, en particulier s'agissant des diagnostics. Dans les descriptions faites, on ne retrouvait ni le retrait social, ni l'attitude hostile et méfiante envers le monde. De même, une incapacité de travail totale était difficilement explicable seulement par une apathie, une aboulie et une somnolence. Il paraissait nécessaire que l'experte se détermine sur ces différences.
26. A la demande de la chambre de céans, la Dresse I_____ s'est prononcée le 11 août 2014 sur les conclusions du Dr J_____. L'experte a expliqué que la présentation du certificat détaillé du 6 janvier 2014 du Dr J_____ se rapprochait de celle d'un rapport d'expertise. Etant donné toutefois que l'intimé avait adressé le mandat d'expertise à elle et non au psychiatre traitant, le document du Dr J_____ apparaissait comme superfétatoire, de sorte qu'elle le considérait comme étant un certificat médical. Le psychiatre traitant estimait absurde de retenir que la recourante n'avait pas été menacée, ni maltraitée dans son vécu. L'experte a indiqué qu'il s'agissait pourtant des termes que la recourante avait reconnus pendant l'entretien. Elle avait dit n'avoir subi aucune attaque directe dans le contexte de la guerre, et au moment où son frère avait été tué, elle n'aurait pas été vue par les agresseurs, ce qui lui aurait permis de s'enfuir. Si on se limitait aux faits relatés, aucune menace directe, ni maltraitance n'avait été identifiée; ceci n'excluait aucunement la possibilité de réactions de terreur chez l'expertisée. S'agissant du fait que celle-ci avait eu de la peine à se soumettre au test SPMR, l'experte a relevé que la recourante n'avait pour ainsi dire jamais été en contact avec des informations données sur papier, puisqu'elle n'était pas allée à l'école et que son travail dans un supermarché à Mogadiscio consistait à accueillir les clients et à garnir les rayons. De plus, au vu du déconditionnement actuel de l'expertisée et de l'absence de

préparation spécifique, il apparaissait comme difficile pour une personne sans diplôme de psychologue de déduire de ce test que la recourante n'était pas munie de bonnes capacités intellectuelles.

L'experte a ajouté que s'agissant du diagnostic émis de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, personne ne contestait le fait que la personnalité de l'expertisée ait pu être modifiée suite à son vécu dans un pays en guerre. Le certificat du Dr J_____ ne donnait toutefois aucune limitation fonctionnelle, ni aucune explication à caractère strictement médical qui pourrait appuyer les modalités de l'incapacité de travail attestée. Elle reconnaissait que toute personne ayant été confrontée à la guerre, en a ressenti un vécu subjectif qui, la plupart du temps, traumatise et peut modifier la personnalité d'un individu. Cela ne signifiait pas que cet individu soit d'emblée et définitivement incapable de travailler. L'expertisée n'avait fait part d'aucun grave acte de maltraitance durant son vécu en Somalie, de sorte que les graves actes de maltraitance dont faisait état le psychiatre traitant n'avaient pas pu être objectivés. Par ailleurs, la notion de trouble de la personnalité définissait le mode relationnel qu'entretient un individu avec son entourage, voire avec son milieu. Lorsque le psychiatre traitant évoquait la lassitude, l'indifférence (aboulie), l'apathie et parfois la tristesse, il ne définissait pas un mode relationnel mais des caractéristiques propres d'une personne. Il était donc hors sujet. En outre, l'aboulie n'était pas une indifférence, mais une diminution de la volonté. Le fait que la recourante pleure en disant qu'il lui était encore difficile d'imaginer qu'elle était venue vivre en Suisse, était des signes d'acculturation que l'experte avait bien identifiés. Les conséquences de cette acculturation ne pouvaient être prises en compte pour déterminer la capacité de travail de l'assurée. En outre, bien que l'existence d'une modification durable de la personnalité soit en général difficile à prouver puisque l'on ignorait comment l'expertisée se serait présentée si elle était restée à Mogadiscio, elle seule ne réduisait pas l'exigibilité professionnelle d'un individu.

S'agissant du diagnostic d'autres troubles psychotiques non organiques, ceux-ci n'étaient pas clairement expliqués. Le psychiatre traitant s'était contenté d'une formulation de "réactivation secondaire tardive", dont aucune illustration n'était émise. L'experte soulignait d'ailleurs qu'un tiers de la population était considérée comme pouvant présenter des manifestations psychotiques lors de situations difficiles, ceci n'ayant aucun impact sur leur capacité de travail au long cours. S'agissant des symptômes nocturnes qui rendraient l'expertisée somnolente la journée, l'experte a relevé qu'il était fort possible que si les journées de l'expertisée étaient plus remplies, par exemple par l'exercice d'une activité professionnelle, cette femme dormirait mieux. Il était rare qu'une personne oisive la journée dorme bien. On devait aussi implicitement conclure, en l'absence de traitement de psychotrope,

que les symptômes nocturnes n'étaient pas d'une intensité, ni d'une fréquence telle qu'elle justifierait une prise médicamenteuse.

Selon l'experte, étant donné que la fille cadette de l'expertisée avait traduit les propos échangés lors des rendez-vous, aucune garantie de neutralité ni de rigueur dans la maîtrise de la langue somali ne pouvait être assurée, puisque cette jeune femme n'avait jamais vécu dans le pays natal de sa mère. Par ailleurs, prétendre qu'un médecin généraliste serait incapable de déceler un diagnostic psychiatrique grave était réducteur, alors qu'il avait suivi les mêmes cours de psychiatrie que les spécialistes durant leurs études universitaires.

Ce certificat n'apportait donc pas d'argument permettant d'attester de limitations fonctionnelles pouvant conduire à une incapacité de travail. Il n'y avait pas non plus d'information pouvant contredire ses propres conclusions, ni aucun élément nouveau qu'elle aurait pu avoir manqué.

En conclusion, il y avait un désaccord entre l'appréciation du Dr J_____ et la décision de l'intimé concernant l'impact de l'état de santé psychiatrique de la recourante sur son exigibilité professionnelle. Le Dr J_____ ne possédait pas de qualification spécifique concernant l'appréciation de la capacité de travail au sens des assurances sociales suisses. Il était le seul médecin, parmi ceux qui s'étaient penchés sur l'état de santé psychiatrique de l'expertisée, à la considérer comme incapable de travailler pour des motifs psychiatriques. Les rapports du Dr J_____ n'apportaient pas de preuve, ni d'explications convaincantes permettant de remettre en question les appréciations des autres médecins, ni la valeur probante de son expertise. Aucun élément nouveau n'avait été apporté permettant de reconsidérer la décision de l'intimé.

27. Par pli du 2 septembre 2014, l'intimé s'est rallié aux conclusions de la Dresse I_____ en se référant à l'avis joint du Dr G_____ du 29 août 2014. Il n'y avait aucun élément objectif ou nouveau permettant de mettre en doute l'appréciation de l'experte. Le Dr J_____ n'apportait aucun argument convaincant à l'appui de ses dires pour critiquer valablement les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse I_____.
28. Le 30 septembre 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions, et subsidiairement, elle a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle a produit un commentaire du Dr J_____ daté du 24 septembre 2014, dans lequel ce médecin relevait notamment que l'experte et lui étaient effectivement les seuls psychiatres à avoir examiné la recourante. La pathologie sociale (trouble de l'acculturation), puis somatique, avaient toujours fait écran à la reconnaissance d'une psychopathologie psychiatrique par des confrères dont ce n'était pas la spécialité. Pour la recourante, voir ou entendre son frère se faire tuer *in effigie*

(effigies: simulacre, image, fantôme), revivre le meurtre qu'elle avait vécu autrefois dans la réalité en Somalie, était une souffrance, mais pas un symptôme qui l'aurait amenée à consulter un psychiatre. Selon le psychiatre traitant, il apportait des éléments nouveaux contrairement à ce qu'indiquait l'experte, puisqu' il avait mis en évidence des symptômes hallucinatoires de reviviscence que l'experte n'avait pas reconnus dans son propre examen, probablement faute d'un interrogatoire soigneux. Prétendre, comme le faisait l'experte, qu'aucune maîtrise de la langue somali ne pouvait être assurée par la fille de la recourante car elle n'avait jamais vécu en Somalie, n'était pas défendable. Cela étant, l'experte ne semblait plus contester totalement la notion de "modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe", ou du moins elle n'en contestait plus la possibilité. Cependant, il constatait que cela n'infléchissait en rien les conclusions de la Dresse I_____. Le Dr J_____ a confirmé que la psychopathologie qu'il avait observée, décrite et nommée selon les critères de la classification CIM-10, entraînait une incapacité de travail totale en elle-même et en tant que comorbidité première, jointe aux troubles et douleurs somatiques et à la difficulté d'acculturation.

29. Par écriture du 20 octobre 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions. La démarche du Dr J_____ démontrait son manque de neutralité dans ce dossier. Le fait de subir des réminiscences nocturnes ne permettait pas d'affirmer l'impossibilité pour la recourante d'exercer une activité lucrative la journée. Le fait qu'aucun médicament n'ait jamais été proposé pour ces symptômes nocturnes était également un argument en défaveur d'une gravité sévère. Le Dr J_____ admettait par ailleurs que la fille de la recourante ne remplissait pas les conditions de neutralité exigée. Enfin, s'agissant des deux diagnostics posés par le Dr J_____, l'experte s'était positionnée ainsi: aucune limitation fonctionnelle ou explication médicale n'avait été exposée par le Dr J_____ pour expliciter les modalités de l'incapacité de travail attestée.
30. En date du 16 mars 2015, la chambre de céans a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise, leur a communiqué le nom de l'expert ainsi que les questions qu'elle entendait lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
31. Par courrier du 1^{er} avril 2015, l'OAI a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à invoquer à l'encontre de l'expert proposé, et n'avoir par ailleurs pas d'autres questions à lui poser.
32. L'assurée, quant à elle, ne s'est pas manifestée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
5. Selon les art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. Aux termes de l'art. 7 al. 1 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. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, précise que 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.
6. 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.

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).

7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

b. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 131 V 49; ATF 130 V 352), la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), le syndrome de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), l'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.9/07 du 9 février 2007 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

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 des assurances I.1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

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 des assurances 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).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment Horst DILLING / Werner MOMBOUR / Martin 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 des assurances I.497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1).

8. 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).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
- b. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

d. S'agissant de la valeur probante des 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. a. 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).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours 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).

11. En l'espèce, l'intimé a retenu qu'en raison des atteintes somatiques dont la recourante souffre, celle-ci a une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, en se fondant sur le rapport de la Dresse I_____, l'intimé est d'avis que la recourante ne présente aucune atteinte, ce que conteste la recourante en se référant à l'appréciation du Dr J_____.

A la lecture des pièces versées au dossier, force est de constater que les appréciations de l'experte et celles du psychiatre traitant sont diamétralement opposées. En effet, l'experte n'a retenu aucun trouble psychique (rapport d'expertise du 3 juillet 2013 et avis du 11 août 2014), alors que le psychiatre traitant a diagnostiqué une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'autres troubles psychotiques non organiques (F28) entraînant une incapacité de travail totale (rapport du 6 janvier 2014 et avis des 30 mars et 24 septembre 2014). Selon la Dresse I_____, la recourante ne présente pas de reviviscence répétée, ni de souvenirs envahissants, ni de cauchemars, ni d'émoussement émotionnel, ni de détachement par rapport aux autres, ni d'anhédonie, ni d'aboulie, ni d'anxiété (rapport d'expertise); alors que selon le Dr J_____, la recourante souffre de reviviscences hallucinatoires, de cauchemars, d'angoisses, de retrait, d'aboulie, d'apathie et d'insomnies (rapport et avis précités). Selon l'experte, les troubles de l'endormissement de la recourante s'expliquent par son oisiveté (p. 6 du rapport d'expertise), alors que pour le psychiatre traitant, l'inertie de la recourante s'explique par ses pathologies psychiatriques (p. 5 du rapport du 6 janvier 2014).

Il ne suffit certes pas que les médecins traitants expriment une opinion divergente de celle d'un expert pour faire douter des conclusions de celui-ci. Cela étant, la

chambre de céans constate que l'appréciation de la Dresse I_____ n'emporte pas la conviction, notamment pour les motifs qui suivent.

La Dresse I_____ a noté que s'agissant des plaintes strictement psychiatriques, la recourante avait indiqué que "sa tête pense trop". Etonnamment, l'experte n'a pas cherché à savoir ce que la recourante entendait exprimer par cette plainte. Par ailleurs, dans son avis du 11 août 2014, la Dresse I_____ a écarté le caractère intense et fréquent des symptômes nocturnes retenus par le Dr J_____ en se fondant sur l'absence d'un traitement psychotrope, alors que le psychiatre traitant a expressément indiqué, dans son rapport du 6 janvier 2014, avoir prescrit à la recourante un médicament antipsychotique, de la rispéridone. Qui plus est, l'experte, dans son avis du 11 août 2014, ne semble pas contester que la personnalité de la recourante ait pu se modifier suite à son vécu dans un pays en guerre, ce qui entre en contradiction avec la teneur de ses propres conclusions émises dans son rapport d'expertise du 3 juillet 2013.

Compte tenu de ces éléments, force est de constater que les conclusions auxquelles a abouti la Dresse I_____ n'emportent pas la conviction de la chambre de céans.

Par ailleurs, dans la mesure où l'on ne saurait statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations du psychiatre traitant, il s'ensuit que la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur l'existence de troubles psychiques, notamment sur l'existence d'une atteinte psychiatrique et sur leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante.

12. En conséquence, la chambre de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé et qu'il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle est confiée au Dr K_____.
13. L'examen de l'aspect rhumatologique est réservé.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A_____, en présence d'un interprète de langue somali, après s'être entouré de tous les éléments utiles, notamment après avoir pris contact avec le Dr J_____, et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 2. Quelles sont les plaintes de l'assurée ?
 3. Quelles sont les constatations objectives ?
 4. Quel est le status détaillé et son évolution ?
 5. Quels sont les diagnostics ?
 6. Quel est le degré de gravité de chaque trouble (faible, moyen, grave) ?
 7. Ces troubles ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
 8. Depuis quelle date sont-ils présents ?
 9. Comment ont-ils évolué ?
 10. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ?
 11. Quel traitement est-il indiqué ? L'assurée suit-elle un traitement adéquat ?
 12. Y-a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 13. En ce qui concerne la fibromyalgie :
 - a) Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive à la fibromyalgie, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?

- b) Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - c) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - d) L'assurée subit-elle une perte d'intégration et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration et celles sans perte d'intégration) ?
 - e) Existe-t-il chez l'assurée un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - f) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?
 - g) Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle surmonte ses douleurs et qu'elle intègre le monde du travail ?
 - h) En d'autres termes, l'assurée dispose-t-elle, et si oui, dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
 - i) Existe-t-il une surestimation des plaintes en vue d'obtenir un bénéfice secondaire ?
14. Quelles sont les conséquences des diagnostics posés sur la capacité de travail de l'assurée en pour-cent ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et depuis quand ?
15. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
16. La limitation partielle ou totale de la capacité de travail prend-elle en considération des facteurs psychosociaux et socio-culturels ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure ?
17. L'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
18. Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

19. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
 20. Etes-vous d'accord avec l'expertise de la Dresse I_____ (rapport du 3 juillet 2013) et avec son avis du 11 août 2014 ? Motiver
 21. Etes-vous d'accord avec le rapport du Dr J_____ du 6 janvier 2014 et ses avis des 30 mars et 24 septembre 2014 ? Motiver
 22. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'office de l'assurance-invalidité, soit le 10 janvier 2014 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
 23. Formuler un pronostic global.
 24. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
3. Commet à ces fins le Dr K_____.
 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
 5. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le