

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3560/2017

ATAS/396/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mai 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

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

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), ressortissante portugaise née le _____ 1971, est arrivée en Suisse en 2000. Mariée, elle est mère de deux enfants. À compter du 1^{er} octobre 2005, elle a travaillé en qualité d'aide-jardinière à temps plein, soit 45 heures par semaine depuis le mois de mars 2012, dans l'entreprise de son époux. Son salaire mensuel était de CHF 5'100.- de janvier à avril 2009, CHF 5'200.- de mai 2009 à juin 2010, CHF 5'251.- de juillet 2010 à juillet 2011 et CHF 5'303.- dès le mois d'août 2011.
2. Le 4 décembre 2011, l'assurée a été victime d'une agression au cours de laquelle sa tête a été cognée contre le sol à plusieurs reprises.
3. Le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a régulièrement attesté de son incapacité de travail, laquelle a passablement fluctué au fil des mois.
4. Le 13 avril 2012, l'assurée a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations pour adultes. Elle a annoncé une perte d'audition du côté droit, une atteinte psychologique et une perte de cheveux derrière le côté droit, depuis le 4 décembre 2011.
5. Le 16 mai 2012, la SUVA a transmis à l'OAI une copie du dossier en sa possession, lequel contenait notamment :
 - une déclaration de sinistre du 12 décembre 2011 au sujet de l'agression du 4 décembre 2011 ;
 - un rapport du 23 février 2012 établi par le docteur C_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL), lequel a retenu les diagnostics de cupulolithiase droite post-traumatique et d'hyperacousie de type perception légère avec hiatus de 35 dB à 1000 Hz à droite avec acouphènes droits. En raison de la persistance des symptômes, la reprise de l'activité habituelle n'était pas encore recommandée ;
 - un rapport du 15 mars 2012 établi par le Dr B_____, qui a posé les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance, de vertiges, troubles de la mémoire et cervicalgies, d'hyperacousie et d'état de stress post-traumatique. Une reprise du travail à 25% avait eu lieu le 6 mars 2012 ;
 - un rapport du même jour de la docteure D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retenant les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de dépression moyenne. Ces troubles trouvaient leur origine dans les tensions de l'assurée avec sa belle-famille et l'agression subie le 4 décembre 2011. Elle présentait des angoisses flottantes, une tachycardie, des vertiges, des maux de tête et des troubles du sommeil ;
 - une appréciation médicale du 27 mars 2012 du docteur E_____, spécialiste FMH ORL et en chirurgie cervico-faciale, et médecin-conseil de la SUVA,

lequel a relevé qu'il était très vraisemblable que l'assurée souffre d'une légère dysfonction de l'oreille interne droite consécutive à l'accident, associée à un nystagmus positionnel paroxystique (dysfonction du canal semi-circulaire postérieur droit), ainsi que d'une atteinte auditive médico-cochléaire droite minime. En outre, l'intéressée présentait apparemment des troubles psychiatriques. Du point de vue ORL, l'aptitude au travail de l'assurée pourrait s'accroître très nettement au cours des mois de mars et avril 2012, de sorte que le Dr E_____ recommandait de confier un mandat de réexamen au Dr C_____ à la fin du mois d'avril 2012 ;

- une note téléphonique du 10 avril 2012 indiquant que l'assurée se sentait mieux, qu'elle avait repris son travail à 50% et que son moral était toujours fluctuant.
6. Le 12 juillet 2012, la SUVA a transmis à l'OAI les nouveaux documents en sa possession, soit notamment :
- un rapport du 24 mai 2012 adressé au Dr E_____ par le Dr C_____, lequel a relevé une évolution favorable avec une disparition complète des vertiges. Des difficultés de mémoire subsistaient, selon l'époux de l'assurée. Par contre, une baisse d'audition droite persistait et restait inchangée avec des acouphènes bilatéraux constants et une sensation d'hyperacousie. L'intéressée avait repris le travail à 100% le 1^{er} mai 2012, ce qui était compatible avec son état de santé ORL ;
 - un rapport du 20 juin 2012 du Dr B_____ relevant un retour des vertiges et cervicalgies le 11 juin 2012 ;
 - un rapport du 22 juin 2012 de la Dresse D_____ faisant état d'une évolution favorable sur le plan psychiatrique. Le trouble de stress post-traumatique était en rémission et l'état psychique de l'assurée stable.
7. Le 17 septembre 2012, l'OAI a informé l'intéressée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était indiquée.
8. Le 30 septembre 2012, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 décembre 2012, suite à la fermeture de l'entreprise de son époux.
9. Le 30 octobre 2012, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle circulait au volant d'une camionnette, elle a été heurtée sur le flanc gauche par un automobiliste.
10. Le 6 décembre 2012, la SUVA a transmis à l'OAI les nouveaux documents en sa possession, en particulier un rapport d'examen du 5 octobre 2012 du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Il avait examiné l'assurée le 2 octobre 2012, dix mois après l'agression qui avait provoqué de multiples contusions, en particulier au niveau cervical. L'activité habituelle avait pu être reprise à 100% à compter du 1^{er} mai 2012, mais avait à nouveau été arrêtée le 8 juin 2012 suite à un travail contraignant avec hyper-tension de la nuque. Les douleurs persistaient. Il existait également des douleurs à la

sollicitation au niveau de l'épaule gauche et de la hanche du même côté. Ni l'examen clinique, ni les investigations radiologiques ne permettaient d'objectiver une pathologie pouvant expliquer la persistance de la symptomatologie douloureuse. Il était probable que des facteurs de non-organicité jouent un rôle dans la persistance des douleurs signalées.

11. Le 23 avril 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant des cervicalgies, un coccyx à 90 degrés et des troubles de la vue, suite à l'agression du 4 décembre 2011 et à l'accident de la route du 30 octobre 2012. Elle était en incapacité totale de travail depuis cette dernière date.
12. Le 6 mai 2013, la SUVA a communiqué à l'OAI les nouveaux documents ajoutés à son dossier, soit notamment :
 - un rapport du 18 décembre 2012 du Dr B_____, lequel a posé les diagnostics d'angulation du coccyx, de traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance et de contusions multiples. Le pronostic était bon ;
 - une appréciation médicale du 8 janvier 2013 de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, laquelle a relevé que sur le plan physique, aucune lésion ne justifiait une incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail de 50% ne se justifiait pas. Il convenait toutefois de s'adresser à la Dresse D_____ pour obtenir des informations complémentaires ;
 - un rapport du 31 janvier 2013 de la Dresse D_____ indiquant que l'assurée ne présentait plus de stress post traumatique important après l'accident du 4 décembre 2011. Elle était considérée comme guérie ;
 - une appréciation médicale du 4 février 2013 de la Dresse H_____ relevant que compte tenu du rapport du 2 octobre 2012 du Dr F_____ et du rapport du 31 janvier 2013 de la Dresse D_____, notamment, la capacité de travail était de 100% s'agissant de l'accident du 4 décembre 2011 ;
 - un courrier du 5 février 2013 de la SUVA adressé à l'assurée mettant fin aux prestations à partir du 11 février 2013 s'agissant de l'accident du 4 décembre 2011. La prise en charge de l'événement du 30 octobre 2012 était maintenue ;
 - une appréciation médicale du 13 février 2013 du docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a relevé que les investigations pratiquées à l'hôpital après l'accident du 30 octobre 2012 n'avaient objectivé aucune lésion structurelle cervicale imputable à cet événement et susceptible d'entraîner des troubles durables. Sur cette base, quatre mois après l'accident d'octobre 2012, plus aucun effet sur la santé de l'assurée ne lui était imputable, dès le 13 février 2013 ;

- un courrier du 13 février 2013 adressé à la SUVA par l'assurée, laquelle contestait la teneur du courrier du 5 février 2013, estimant que ses atteintes physiques l'empêchaient de retrouver une pleine capacité de travail ;
- une décision du 19 février 2013 de la SUVA mettant fin aux prestations en lien avec l'accident du 4 décembre 2011, avec effet au 10 février 2013, sur la base de l'appréciation du 4 février 2013 de la Dresse G_____.

13. Dans un rapport du 17 octobre 2013, le docteur J_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu l'atteinte principale à la santé d'agression avec traumatisme crânio-cérébral et perte de connaissance. L'assurée présentait des vertiges, des cervicalgies, des acouphènes, un état de stress post-traumatique et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'incapacité de travail avait été de 100% du 4 décembre 2011 au 23 mars 2012, de 50% du 27 mars au 29 octobre 2012, de 100% du 30 octobre 2012 au 1^{er} mars 2013 et nulle dès le 2 mars 2013. Actuellement, l'intéressée ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Sa capacité de travail était donc de 100% dans toute activité. Le début de l'aptitude à la réadaptation pouvait être fixé au 27 mars 2012, soit à la date à laquelle elle avait repris son travail à 50%. Le second accident avait causé une incapacité de travail totale du 30 octobre 2012 au 1^{er} mars 2013.
14. Dans une note interne du 8 novembre 2013, l'OAI a récapitulé les périodes d'incapacité et de capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle. Dans la mesure où l'intéressée avait repris son activité habituelle à 100% du 1^{er} mai au 11 juin 2012, le délai de carence d'une année débuté le 4 décembre 2011 avait été interrompu.

Incapacité de travail	Début	Fin	Source
100%	04.12.2011	05.02.2012	Feuille-accident LAA du Dr B_____
75%	06.02.2012	12.02.2012	Feuille-accident LAA du Dr B_____
100%	13.02.2012	05.03.2012	Feuille-accident LAA du Dr B_____
75%	06.03.2012	22.03.2012	Feuille-accident LAA du Dr B_____
50%	23.03.2012	30.04.2012	Feuille-accident LAA du Dr B_____
0%	01.05.2012	11.06.2012	Appréciation médicale du 4 février 2013 de la Dresse H_____, rapport employeur du 22 mai 2012 pour la reprise, feuille-accident LAA du Dr B_____ et avis du 24 mai 2012 du Dr C_____

Incapacité de travail	Début	Fin	Source
50%	12.06.2012	30.10.2012	Rapport employeur du 21 mai 2013 et feuille-accident du Dr B_____
100%	31.10.2012	01.03.2013	Rapport employeur du 21 mai 2013 et avis du 17 octobre 2013 du SMR

15. Dans un projet de décision du 27 janvier 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée de 2012. Selon les documents médicaux en sa possession, il apparaissait que l'incapacité de travail avait débuté le 4 décembre 2011. Du 1^{er} mai 2012 au 11 juin 2012, l'intéressée avait retrouvé sa pleine capacité de travail, ce qui avait interrompu le délai de carence d'une année. Par la suite, elle avait à nouveau été incapable de travailler du 12 juin 2012 au 1^{er} mars 2013. Toutefois, cette incapacité de travail n'avait pas duré une année.
16. Par courrier du 5 février 2014, l'assurée s'est, par l'intermédiaire de son conseil, opposée à ce projet. Elle présentait une incapacité de travail depuis le 12 juin 2012, pour une durée indéterminée. Elle a joint à son envoi divers documents, dont :
- une feuille-accident remplie par le Dr B_____, lequel attestait d'une incapacité totale de travail du 30 octobre 2012 au 21 mars 2013 ;
 - une attestation du 21 février 2013 établie par le Dr B_____, lequel précisait que l'accident de la circulation du 30 octobre 2012 avait provoqué un traumatisme cranio-cérébral avec perte de connaissance et des contusions ostéoarticulaires et musculaires multiples. L'assurée avait subi une entorse cervicale et une fracture angulation du coccyx. Depuis cette date, elle était en arrêt de travail à 100%. Elle se plaignait principalement de douleurs invalidantes au niveau cervico, dorsolombaire et coccygien. L'incapacité de travail était de durée indéterminée ;
 - une attestation du 15 mars 2013 du Dr B_____, lequel a indiqué suivre l'intéressée depuis 2007. Jusqu'à l'agression du 4 décembre 2011, elle n'avait pas eu de problèmes de santé. Depuis cet événement, elle souffrait de céphalées, de vertiges et de cervicalgies. Ces problèmes s'étaient améliorés jusqu'à l'accident de circulation du 30 octobre 2012. S'agissant des atteintes liées à cet accident et de leurs conséquences sur l'état de santé de l'assurée, le Dr B_____ a repris les termes de son attestation du 21 février 2013 ;
 - deux certificats médicaux du Dr B_____ attestant d'une incapacité totale de travail du 1^{er} janvier au 28 février 2014.
17. Dans un avis du 20 août 2014, le Dr J_____ a considéré que les attestations médicales des 21 février et 15 mars 2013 du Dr B_____ n'apportaient aucun élément nouveau qui permettrait de modifier ses conclusions du 17 octobre 2013.

-
18. Par décision du 26 août 2014, l'OAI a maintenu son projet de décision du 27 janvier 2014 et rejeté la demande de prestations de l'assurée. Pour le surplus, il a précisé que les documents produits n'apportaient aucun élément médical nouveau susceptible de modifier ses précédentes conclusions.
19. Par acte du 26 septembre 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant principalement à son annulation, à la constatation de son incapacité de travail et à l'octroi des mesures de réadaptation nécessaires à sa réorientation professionnelle, subsidiairement au versement d'une rente d'invalidité, sous suite de frais et dépens.

L'OAI considérait que son incapacité de travail avait duré moins d'une année, soit du 12 juin 2012 au 1^{er} mars 2013. Or, les pièces versées à la procédure démontraient le contraire. En effet, son incapacité de travail avait été de 50% dès le 12 juin 2012, puis de 100% du 30 octobre 2012 au 15 avril 2014, suite à son accident de la circulation. Depuis cette date, son incapacité de travail était de 50%, pour une durée indéterminée, de sorte qu'elle était en droit de bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité. Son état de santé l'empêchait de reprendre son activité habituelle. Elle demeurait cependant capable d'exercer une activité professionnelle moins contraignante physiquement, telle que celle d'assistante de vie auprès des personnes âgées, formation qu'elle désirait suivre. Si la chambre de céans considérait que sa capacité de gain ne pouvait être rétablie, une rente d'invalidité lui serait due.

À l'appui de ses écritures, l'assurée a notamment produit :

- une feuille-accident LAA du 5 mars 2012, relative à l'accident du 4 décembre 2011, remplie par le Dr B_____, qui faisait état des périodes d'incapacité de travail suivantes : 100% du 4 décembre 2011 au 5 février 2012, 75% du 6 au 12 février 2012, 100% du 13 février au 5 mars 2012, 75% du 6 au 22 mars 2012, 50% du 23 mars au 30 avril 2012, 0% du 1^{er} mai au 7 juin 2012, 100% du 8 juin au 11 juin 2012 et 50% du 12 juin 2012 au 21 janvier 2013 ;
- une feuille-accident LAA non datée, relative à l'accident du 30 octobre 2012, remplie par le Dr B_____, qui faisait état d'une incapacité de travail de 100% du 30 octobre 2012 au 22 mai 2013 ;
- plusieurs certificats médicaux établis par le Dr B_____, attestant des incapacités de travail suivantes : 100% du 1^{er} au 30 avril 2013, 100% du 21 mai 2013 au 31 mars 2014, 50% du 15 avril au 10 juin 2014, 100% du 11 au 26 juin 2014, 50% du 27 juin au 31 juillet 2014 et 100% du 1^{er} août au 30 septembre 2014 ;
- un résumé de séjour du 30 octobre 2012 de la doctoresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), laquelle a retenu le diagnostic de traumatisme crânien sans signe d'atteinte de l'encéphale, dans le contexte d'un accident de la circulation. Aucune lésion osseuse n'avait été constatée ;

- une décision de la SUVA du 18 février 2013, concernant l'accident du 30 octobre 2012 clôturant le cas au 15 mars 2013, sur la base de l'appréciation du 13 février 2013 du Dr I_____ ;
 - une opposition du 19 mars 2013 de l'assurée à l'encontre de cette décision, les douleurs invalidantes au niveau de son rachis étant, selon elle, liées aux accidents qu'elle avait subis ;
 - une décision sur opposition du 15 avril 2013 de la SUVA, rejetant l'opposition et niant tout lien de causalité entre l'accident du 30 octobre 2012 et les troubles présentés au-delà du 15 mars 2013 ;
 - un arrêt du 7 avril 2014 de la chambre de céans (ATAS/472/2014) rejetant le recours de l'assurée à l'encontre de cette décision.
20. Dans un avis du 20 octobre 2014 la doctoresse L_____, médecin du SMR, a relevé que l'assurée n'avait pas repris son activité habituelle depuis l'accident du 30 octobre 2012, date à laquelle elle avait subi un polytraumatisme avec traumatisme crânio-cérébral et des contusions multiples. Demeuraient des séquelles, soit une coccydynamie probablement en lien avec une angulation de 90 degrés des vertèbres à ce niveau. Selon le Dr B_____, il persistait des douleurs au niveau du rachis, des vertiges et des céphalées dont l'étiologie restait peu claire. Les examens effectués à ce jour n'avaient pas permis d'objectiver l'ensemble de la symptomatologie douloureuse. Le suivi psychiatrique de la Dresse D_____ ne mentionnait pourtant pas de trouble somatoforme douloureux ou apparenté. Un complément d'instruction était souhaitable sur les plans psychiatrique et ORL.
21. Par courrier du 23 octobre 2014, l'OAI a conclu à ce que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire.
22. Par arrêt du 24 novembre 2014 (ATAS/1203/2014), la chambre de céans a admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 26 août 2014 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.
23. Dans un rapport du 17 juin 2015, le Dr B_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rachialgies à la suite de l'accident du 30 octobre 2012 et de douleurs (« mal partout »). Il a également posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de thymie basse, de somatisation avec gastralgies et coliques, de vertiges, de troubles de la vue fluctuants et d'œdèmes des membres inférieurs. Il constatait une entorse cervicale, une angulation du coccyx et une vue floue. Le pronostic était défavorable en raison de la persistance des rachialgies. L'assurée n'était plus en mesure de travailler dans le domaine de la jardinerie. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité légère, la capacité de travail était à évaluer.
24. Les 22 juin et 24 novembre 2015, la SUVA a communiqué à l'OAI l'intégralité de son dossier. Aucun nouveau document médical n'y figurait.

25. Dans un rapport du 24 juin 2015, le Dr C_____ a retenu le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de vertiges post-traumatiques. À la suite de son accident du 30 octobre 2012, les acouphènes de l'assurée s'étaient péjorés. Pour le surplus, le Dr C_____ a renvoyé à son rapport du 23 février 2012.
26. Dans un avis du 27 août 2015, la doctoresse M_____, médecin du SMR, a formulé des questions complémentaires à l'attention du Dr B_____.
27. Par courrier du 7 septembre 2015, le Dr B_____ a répondu à ces questions. L'assurée de plaignait de rachialgies et de douleurs au bassin suite à l'accident du 30 octobre 2012. Elle signalait également des douleurs diffuses, une baisse de la thymie, des douleurs au ventre, des vertiges et des acouphènes. Il avait constaté des douleurs à la mobilisation et de l'angoisse. Les limitations fonctionnelles consistaient en une baisse de la flexion, de l'extension et de la rotation, des douleurs et une fragilité. Aucun suivi psychiatrique n'était envisagé. L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle.
28. Dans une expertise du 16 février 2016 réalisée dans le contexte de la procédure pénale ayant suivi l'accident du 30 octobre 2012, les docteurs N_____ et O_____, chirurgiens en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, ont rappelé le contexte de l'expertise, précisé s'être fondés sur deux examens de l'assurée les 22 octobre et 7 décembre 2015 et le dossier fourni par le Ministère public, exposé l'anamnèse de l'intéressée, et résumé les examens cliniques réalisés, avant de discuter le cas et de répondre aux questions qui leur étaient posées. L'angulation des vertèbres coccygiennes à 90 degrés par rapport au sacrum pouvait en théorie être la cause d'un ancien accident. Cependant, objectivement, l'IRM ne montrait aucun stigmate d'une ancienne fracture, d'une pseudarthrose ou d'un état inflammatoire. Un scanner réalisé le 28 novembre 2012 ne mettait en évidence aucune fracture du sacrum ou du coccyx, pas plus qu'une luxation sacro-coccygienne. En l'occurrence, cette angulation pouvait découler d'une variante physiologique de la norme. En tous les cas, elle n'était pas de nature à expliquer la persistance des douleurs. Une infiltration test « radioguidée » à but antalgique avec un anesthésique local pouvait définir plus précisément encore l'origine des douleurs et affiner une partie du diagnostic sur une possible irritation musculaire et/ou intentionnelle. En cas de résultat positif, l'ablation du coccyx devait être présentée comme une possibilité à l'intéressée. L'angulation du coccyx ne provoquait pas d'incapacité de travail en soi, sauf pour un travail de bureau avec une position assise prolongée, comme le secrétariat par exemple, dans le cadre d'une coccydynie. Par contre, subjectivement, les symptômes généraux décrits dans la discussion pouvaient avoir un impact sur la capacité de travail de l'assurée. Dans cette optique, une évaluation multidisciplinaire dans un centre adapté était recommandée.
29. Par courrier du 4 mars 2016, l'assurée a indiqué que les conclusions de l'expertise étaient partagées par le professeur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sous réserve de la

proposition d'une infiltration test ou d'une éventuelle ablation du coccyx, qu'il déconseillait totalement. Elle était favorable à l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail par une équipe multidisciplinaire, étant rappelé qu'elle n'était plus en mesure de faire des travaux de jardinage, de force, ou en position assise.

30. Le 21 mars 2016, l'assurée s'est adressée à l'OAI, relevant que la procédure durait depuis trois ans et que sa situation financière était difficile. Elle avait hâte de faire une formation et de pouvoir exercer un nouveau métier, afin de retrouver son autonomie.
31. Dans un avis du 12 avril 2016, la doctoresse Q_____, médecin du SMR a rappelé le contexte des accidents des 4 décembre 2011 et 30 octobre 2012 et brièvement rappelé les conclusions médicales y relatives. Le syndrome douloureux chronique persistant de l'assurée rendait nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie. En cas de diagnostic de syndrome douloureux somatoforme ou apparenté, elle demandait aux experts d'analyser la situation à la lumière des nouveaux critères jurisprudentiels. Il appartenait également aux experts de prendre position par rapport à l'expertise des Drs N_____ et O_____.
32. Le 21 avril 2016, l'OAI en a informé l'assurée et lui a transmis la liste des questions posées aux experts. Elle avait la possibilité de lui adresser sa propre liste de questions, si elle le souhaitait.
33. Par courrier du 24 août 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée que l'expertise avait été confiée au Centre d'Expertise Médicale (CEMed) et qu'elle comporterait des examens de médecine interne générale, de psychiatrie et psychothérapie et de rhumatologie, conduits respectivement par les docteurs R_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et T_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale.
34. Le 2 septembre 2016, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle n'avait aucun motif de récusation à l'encontre des experts désignés.
35. Par courrier du 12 décembre 2016, l'assurée a notamment transmis à l'OAI un rapport du 6 décembre 2016 établi par le docteur U_____, spécialiste FMH en médecine du travail, pneumologie et médecine interne générale. Ce dernier retenait le diagnostic de rhinite chronique d'origine indéterminée, ainsi qu'une gastrite et une hernie hiatale à titre de comorbidités, et les antécédents de status post septo-rhinoplastie, turbinectomie moyenne et ethmoïdectomie antérieure bilatérale en 2001, de status post kystectomie hépatique en 2006, de status post agression avec traumatisme crânien en 2011 et de status post accident de la voie publique avec coup du lapin en 2012. Sa symptomatologie était compatible avec une rhinite chronique. Une spirométrie simple permettait d'exclure une atteinte des voies respiratoires inférieures. En l'absence d'une telle atteinte, l'assurée ne présentait aucune limitation particulière à la reprise d'une activité professionnelle.

36. Le 22 décembre 2016, les Drs R_____, S_____ et V_____ du CEMed ont rendu leur rapport d'expertise. Les experts ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant à prédominance de lombosacralgies chroniques, de probable côlon irritable, de status après résection hépatique partielle du segment VI pour kystes (2006), d'épigastralgies à répétition et d'hémorroïdes de stade II. L'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan physique. Sur le plan psychique, elle ne présentait pas de limitation fonctionnelle significative. La capacité de travail dans l'activité habituelle était entière et sans diminution de rendement. De novembre 2011 à avril 2012, puis de novembre 2012 au 9 janvier 2013, l'état de stress post-traumatique de l'intéressée avait eu un certain impact sur sa capacité de travail, conformément à ce qu'avait retenu la Dresse D_____ à l'époque. L'état psychique s'était amélioré et n'était plus incapacitant depuis le 9 janvier 2013. Toute activité était envisageable, à plein temps, sans diminution de rendement, en tout temps du point de vue somatique et depuis le 9 janvier 2013 sur le plan psychique.

Les experts ont précisé la méthode appliquée à la réalisation de l'expertise et rappelé le contexte du mandat qui leur avait été confié. Ils ont établi la liste des pièces médicales et procédurales consultées et des médecins ayant eu à connaître du cas de l'intéressée, résumé les faits pertinents tirés desdites pièces et fait état des plaintes de l'assurée de manière détaillée (elle a notamment indiqué des troubles de la vue ayant conduit à la découverte d'une hypermétropie qui pourrait nécessiter une opération, une pression dans l'oreille et des acouphènes permanents et prédominants à droite depuis le second accident). Ils ont ensuite exposé son anamnèse personnelle, familiale et socioprofessionnelle, avant de livrer leurs constatations objectives, de discuter le cas et de répondre aux questions posées.

Sur le plan de la médecine interne, hormis une sensibilité à la palpation du côté droit de l'abdomen, l'examen était normal. Le diagnostic différentiel des plaintes abdominales comportait une origine psychosomatique, suite aux accidents sur base de côlon irritable, ou des adhérences abdominales suite à l'opération du foie en 2006. Il n'y avait pas d'affection pouvant limiter la capacité de travail.

Du point de vue rhumatologique, l'assurée décrivait des douleurs intenses, présentes toute la journée et limitant fortement ses activités quotidiennes. L'examen clinique était peu contributif, puisque toutes les mobilités articulaires étaient normales sous réserve d'une discrète tuméfaction du versant interne de l'articulation tibio-tarsienne, laquelle pouvait s'expliquer par des sollicitations mécaniques dans l'activité habituelle, lorsque l'intéressée portait des chaussures de sécurité. Les examens radiologiques étaient également rassurants, ne montrant ni rétrécissement du canal médullaire, tant cervical que lombaire, ni compression radiculaire. L'examen neurologique était d'ailleurs dans les normes. Il y avait donc de toute évidence une discordance entre les déclarations de l'assurée et l'examen clinique actuel, ainsi que les examens radiologiques faits ces dernières années. L'ensemble du tableau évoquait plutôt un trouble somatoforme douloureux centré

sur la région lombosacrée, d'emblée douloureuse suite au second accident et qui le restait. Durant l'entretien, l'expert rhumatologue avait relevé des éléments de revendication et un sentiment d'injustice par rapport à ce qui s'était passé. L'intéressée avait répété à plusieurs reprises qu'elle n'avait pas été entendue dans ses plaintes et que la SUVA n'avait reconnu qu'une partie de ses troubles encore présents et causés par l'accident de 2012. Elle faisait une obsession par rapport à l'inclinaison à 90 degrés de son coccyx. Après discussion avec le Prof. P_____, l'expert s'opposait également à la proposition d'opération des Drs N_____ et O_____. En résumé, il ne retenait aucune incapacité de travail prolongée pour raison somatique, tant présente que passée, et quelle que soit l'activité.

Sur le plan psychique, l'assurée se plaignait essentiellement de symptômes somatiques et neurovégétatifs. Elle énumérait une longue liste de problèmes, étant précisé que la plainte principale consistait en des douleurs corporelles ubiquitaires, omniprésentes, diurnes et nocturnes, ressenties comme invalidantes. Elle ne citait que deux articulations épargnées, soit les coudes et les poignets. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, évoqué par plusieurs médecins ayant eu à connaître du cas, pouvait être retenu. L'examen montrait une femme plutôt tonique, alerte, vive, spontanée, possédant une très bonne expression verbale et présentant quelques touches histrioniques. Sa présentation corporelle était en décalage avec les douleurs intenses qu'elle décrivait, à l'exception d'une gêne du côté du bassin qui l'avait conduite, assise, à bouger plutôt discrètement d'un côté à l'autre. D'autre part, l'assurée était euthymique, assez souvent souriante, plutôt de bonne humeur, de bonne résonance affective, avec une énergie vitale bien présente et palpable. Elle n'avait été proche des larmes qu'à une seule reprise, lorsqu'elle avait évoqué les limitations financières pénibles de sa famille. Aucun trouble cognitif ou formel de la pensée n'avait été constaté. Il n'y avait pas d'autres particularités psychiques ni d'indices pour un trouble de la personnalité. Ainsi, malgré quelques éventuelles fluctuations dysthymiques à l'anamnèse, aucune atteinte psychiatrique significative n'avait été constatée. En application des critères jurisprudentiels, cette absence d'atteinte psychiatrique significative pouvait être relevée. L'assurée n'avait d'ailleurs aucun traitement psychiatrique en cours, tant médicamenteux que psychothérapeutique. Elle prenait occasionnellement des somnifères en raison d'une diminution de la qualité de son sommeil liée aux douleurs. Par conséquent, les experts n'avaient retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique. Le déroulement du quotidien, établi en détail, ne relevait pas de dysfonctionnement significatif. Au contraire, l'intéressée disait assumer correctement toute la partie domestique. En outre, elle était désireuse de reprendre une activité professionnelle ; elle avait exprimé son désir de bénéficier d'une orientation professionnelle, puis éventuellement d'un reclassement, voire d'une réinsertion professionnelle. Quelques divergences avaient été constatées entre les symptômes décrits et les observations en examen. Aucun diagnostic psychiatrique n'ayant été retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux restait donc purement descriptif. À

l'heure actuelle, il n'y avait aucune incapacité de travail ni diminution de rendement à constater.

37. Par courrier du 9 février 2017, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 23 janvier 2017 établi par la doctoresse W_____, spécialiste FMH en ophtalmologie. L'intéressée présentait des opacités cristalliniennes et des corps flottants vitréens, probablement en relation avec une contusion cérébrale survenue en 2012, et des maux de tête et une vision floue fluctuante, pouvant être mise sur le compte de spasmes accommodatifs qui pouvaient être partiellement corrigés par le port d'une correction optique. Lors du dernier contrôle, le 21 septembre 2016, l'assurée lui avait signalé une vision floue survenue après une contusion cérébrale ayant pour origine une chute de sa hauteur sur l'occiput en juillet 2016. Le status ophtalmologique du 21 septembre 2016 était identique à celui du 3 juin 2016.
38. Dans un avis du 23 février 2017, la Dresse Q_____ du SMR a résumé les conclusions de l'expertise du CEMed et relevé qu'elles confirmaient les conclusions du SMR des 17 octobre 2013 et 20 août 2014. La capacité de travail de l'assurée était donc entière dans toute activité. Du fait d'une atteinte psychique, l'intéressée avait été en arrêt de travail, en raison d'un possible trouble de stress post-traumatique de novembre 2011 à avril 2012, puis d'octobre 2012 à janvier 2013. L'atteinte psychique était considérée comme guérie dès le mois de janvier 2013, selon la Dresse D_____.
39. Dans un projet de décision du 9 mars 2017, l'OAI a refusé à l'assurée une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, sur la base de l'expertise du CEMed et de l'avis du SMR du 17 octobre 2013.
40. Par courrier du 20 avril 2017, l'intéressée a, par l'intermédiaire de son nouveau conseil, contesté ce projet de décision. En effet, celui-ci était principalement fondé sur l'expertise du CEMed, laquelle était entachée de graves défauts réduisant à néant sa valeur probante.

L'anamnèse et les diagnostics n'étaient pas complets, puisqu'elle souffrait de problèmes oculaires depuis plusieurs années, tel que cela ressortait du rapport du 23 janvier 2017 de la Dresse W_____. Elle souffrait également de problèmes au niveau de l'oreille interne, lesquels avaient été ignorés par les experts. L'expertise ne mentionnait pas son accident du 20 janvier 2015, pour lequel la SUVA l'avait prise en charge durant neuf mois.

Le CEMed n'avait pas pris en compte ni l'ensemble du tableau des plaintes exprimées, ni leur effet global.

Bien que l'expert psychiatre ait retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, il n'avait analysé que très sommairement et de manière insuffisante les critères établis par le Tribunal fédéral en juin 2015. À la lecture de l'expertise, il était très difficile de savoir quels critères étaient remplis ou non, l'expert se contentant de conclure qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail.

Compte tenu de ces éléments, l'expertise était insuffisamment motivée. Dès lors, une nouvelle expertise psychiatrique, rhumatologique, ophtalmologique et ORL devait être mise en œuvre.

41. Le 27 avril 2017 l'OAI a reçu le dossier de la SUVA relatif à un accident du 20 janvier 2015, lequel contenait notamment les documents suivants :

- une déclaration de sinistre du 26 janvier 2015 à teneur de laquelle l'assurée avait reçu un coup de pied sur le coccyx ;
- des certificats et feuilles-accident remplies par le Dr B____ et faisant état d'une incapacité totale de travail du 20 janvier au 31 octobre 2015 ;
- un rapport du 16 mars 2015 du Dr B____, lequel retenait le diagnostic de contusion traumatique volontaire du coccyx. Il avait constaté un hématome et une tuméfaction, avec des douleurs importantes spontanées et lors de la palpation du coccyx. L'incapacité de travail était de 100%, pour une durée indéterminée ;
- une décision du 10 août 2015 de la SUVA mettant fin au droit aux prestations de l'assurée avec effet au 15 août 2015, dans la mesure où les troubles qui subsistaient étaient exclusivement de nature malade ;
- un courrier du 27 août 2015 de l'assurée, laquelle contestait cette décision ;
- une appréciation médicale du 26 octobre 2015 établie par le docteur X____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. L'assurée présentait un état antérieur, soit une anomalie du coccyx déjà constatée en 2012. Le traumatisme du 20 janvier 2015 pouvait être à l'origine d'une déstabilisation temporaire de l'état clinique de l'assurée. Aucun élément nouveau ne permettait d'évoquer une modification déterminante de l'état antérieur. Compte tenu de ces éléments, un retour à cet état était proposé à six mois après l'événement traumatique ;
- une décision sur opposition du 27 octobre 2015 de la SUVA mettant fin au droit aux prestations de l'assurée avec effet au 15 novembre 2015, pour les mêmes motifs que dans la décision du 10 août 2015.

42. Dans un avis du 13 juin 2017, la Dresse L____ s'est prononcée au sujet du rapport du 23 janvier 2017 de la Dresse W____. Elle a relevé que, sur le plan ophtalmologique, l'assurée ne présentait aucune atteinte incapacitante, étant rappelé que le port d'une correction optique pouvait partiellement corriger les maux de tête et la vision floue fluctuante. Compte tenu de ces éléments, la Dresse L____ a maintenu les conclusions du SMR du 27 février 2017.

43. Par décision du 26 juin 2017 reçue le 28 juin 2017, l'OAI a refusé à l'assurée une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.

Suite à l'arrêt de la chambre de céans du 24 novembre 2014, il avait repris l'instruction médicale. Une expertise pluridisciplinaire avait été conduite par le

CEMed. Sur cette base, le SMR estimait que son avis du 17 octobre 2013 devait être maintenu et que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité, dès le 1^{er} mars 2013. L'OAI a repris le tableau récapitulatif des incapacités de travail de l'assurée tiré de sa note interne du 8 novembre 2013 en y ajoutant que l'incapacité de travail était nulle depuis le 2 mars 2013.

La reprise effective du travail à 100% du 1^{er} mai au 11 juin 2012 dans l'activité habituelle avait interrompu le délai de carence d'une année. Par la suite, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable. Quant aux éléments médicaux produits dans le cadre de l'opposition au projet de décision du 9 mars 2017, le SMR estimait qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de son avis du 23 février 2017.

44. Par acte du 29 août 2017, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant au moins des volets psychiatrique, rhumatologique, ophtalmologique et ORL auprès du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (CURML) ou de l'unité d'expertises médicales de la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU), et principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 4 décembre 2011, sous suite de frais et dépens.

Elle contestait la valeur probante de l'expertise du CEMed du 22 décembre 2016, laquelle comportait plusieurs erreurs graves. L'anamnèse et les diagnostics n'étaient pas complets, dans la mesure où les experts n'avaient pas retenu de diagnostics en lien avec ses opacités cristalliniennes et ses corps flottants vitréens, mis en évidence dans le rapport du 23 janvier 2017 de la Dresse W_____, et ses problèmes d'oreille interne. En outre, l'expertise ne faisait aucune mention de son accident du 20 janvier 2015 pour lequel elle avait été prise en charge par la SUVA pendant dix mois. Les experts n'avaient pas non plus pris en compte l'ensemble des plaintes exprimées, ni l'effet global de toutes ses plaintes. Enfin, malgré le fait que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ait été retenu, l'examen des critères établis par la jurisprudence pour déterminer son influence sur la capacité de travail était trop bref et insuffisamment structuré. Compte tenu de ces éléments, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise était nécessaire.

45. Dans sa réponse du 28 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Ladite décision se fondait notamment sur l'expertise du CEMed du 22 décembre 2016 ainsi que sur une analyse approfondie du dossier par le SMR. L'expertise était basée sur une étude circonstanciée et des examens complets. Elle prenait en considération les plaintes de la recourante et avait été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation étaient claires et les conclusions dûment motivées. Ainsi, tant l'expertise que l'avis du SMR du 23 février 2017 devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Les experts avaient clairement retenu une capacité de travail entière dans toute activité et n'avaient posé aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail.

S'agissant de l'anamnèse, celle-ci ne constituait pas le récit objectif des événements déterminants de la vie de la recourante, mais une démarche subjective visant à retracer ses antécédents médicaux et l'historique de ses plaintes actuelles et d'en faire part à l'expert. Les problèmes oculaires ne faisaient pas partie des plaintes principales de la recourante lors de l'expertise. En outre, le rapport du 23 janvier 2017 de la Dresse W_____, produit postérieurement à l'expertise, avait été pris en compte par le SMR dans son avis du 13 juin 2017. Or, le SMR retenait clairement, à l'instar de la Dresse W_____, que l'atteinte oculaire n'était pas incapacitante.

Les experts avaient tenu compte de tous les éléments médicaux figurant au dossier, y compris les rapports du Dr C_____. Le fait qu'ils n'aient pas retenu de diagnostic relatif aux problèmes d'oreille interne de la recourante signifiait clairement que ceux-ci n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail.

Enfin, l'accident du 20 janvier 2015 ne ressortait d'aucun rapport médical figurant au dossier et n'avait pas été mentionné par la recourante lors de l'expertise.

Quant aux griefs relatifs au trouble somatoforme douloureux, une lecture attentive de l'expertise permettait clairement de retenir l'absence de caractère invalidant, étant précisé que l'appréciation des indicateurs prévus par la jurisprudence avait été prise en compte et traitée dans le corps de l'expertise, en particulier dans la situation actuelle, les conclusions et les questions.

Compte tenu de ces éléments, il n'existait aucun motif objectif permettant de remettre en question la valeur probante de l'expertise du CEMed ou de s'écarter de ses conclusions. Dès lors, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'avérait inutile.

46. Dans sa réplique du 23 octobre 2017, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Contrairement à ce que soutenait l'intimé, elle n'avait pas simplement prétendu que les experts auraient dû présenter des conclusions différentes. Elle avait exposé les éléments objectifs qui faisaient défaut à l'expertise. Force était de constater que les diagnostics retenus par les experts étaient incomplets. S'agissant de l'anamnèse, elle n'était pas un résumé subjectif, mais se devait d'être objective. Ayant pour but d'informer un médecin de tous les antécédents qu'il pourrait ignorer, elle devait être la plus complète possible. Si ses problèmes oculaires et de l'oreille interne ne faisaient effectivement pas partie de ses plaintes prédominantes, il n'en demeurait pas moins que c'était leur implémentation dans un contexte global qui pouvait avoir son importance. Si des éléments médicaux devaient être écartés en raison de leur manque de pertinence, il convenait à tout le moins que les experts expliquent pourquoi, ce qui n'était pas le cas de l'expertise du CEMed. Elle contestait ne pas avoir parlé aux experts de son accident du 20 janvier 2015. En tout état de cause, il appartenait à l'intimé de s'assurer que le dossier était complet et à

la SUVA de communiquer les documents nécessaires. Enfin, s'agissant du trouble somatoforme douloureux, il ne suffisait pas d'affirmer que les critères de la jurisprudence avaient été pris en compte. Seules leur discussion et la motivation y relative étaient pertinentes.

À l'appui de ses écritures, la recourante a produit les documents suivants :

- un certificat médical du 3 mai 2017 établi par le docteur Y_____, spécialiste FMH en gastroentérologie. Il avait vu la recourante le 13 mars 2017 pour l'évaluation de fortes douleurs récurrentes (depuis décembre 2013) de l'hypocondre droit. Ces douleurs nécessitaient la prise régulière d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs. La probabilité de dysfonction du sphincter d'Oddi était en évaluation, avec la probabilité également de micro lithiases vésiculaires à l'origine des crises de colique biliaire ;
- un rapport du 29 juin 2017 du docteur Z_____, médecin adjoint du service de gastro-entérologie et d'hépatologie des HUG, lequel a relevé que la recourante présentait des douleurs abdominales de localisation supra-ombilicale épigastrique et de l'hypocondre droit chroniques depuis fin décembre 2013. Un diagnostic de dysfonction du sphincter d'Oddi pouvait être évoqué. L'intéressée était manifestement épuisée psychologiquement par ses douleurs chroniques et très demandeuse d'une explication. Il lui avait indiqué que la présence de calculs vésiculaires visualisés lors de l'échoendoscopie indiquait théoriquement une cholécystectomie, étant précisé que cette intervention n'améliorerait probablement pas les douleurs. Il lui paraissait toutefois difficile de rester dans la situation actuelle, avec la présence de calculs millimétriques vésiculaires et sans traitement par acide ursodésoxycholique, dans la mesure où il existait un risque de migration et, éventuellement, de pancréatite aiguë. Une sphinctérotomie endoscopique ne devait théoriquement pas être considérée avant la cholécystectomie. En dehors de cette discussion chirurgicale, il conseillait à la recourante de consulter au Centre de la douleur, dans la mesure où elle présentait maintenant des douleurs chroniques au niveau épigastrique et de l'hypocondre droit ainsi qu'au niveau abdomino-pelvien. S'agissant de ces douleurs, il était peu probable qu'une intervention endoscopique ou chirurgicale puisse permettre une résolution ;
- un rapport du 11 juillet 2017 de la doctoresse AA_____, spécialiste FMH en urologie, laquelle a retenu les diagnostics de douleur pelvienne chronique invalidante et de trouble mictionnel obstructif léger, associé à une cystocèle de grade 1-2. L'assurée présentait des douleurs sus-pubiennes chroniques invalidantes exacerbées par les menstruations et associées à des troubles gastro-intestinaux avec une humeur dépressive. L'origine de la douleur restait indéterminée. Hormis une cystocèle de grade 1-2 pouvant péjorer les douleurs, le bilan urologique était dans la norme. Un lien avec l'angulation sacro-coccygienne de 90 degrés n'était pas exclu.

47. Dans sa duplique du 9 novembre 2017, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.

Au moment de l'expertise, le CEMed disposait de l'intégralité du dossier, dans sa teneur à ce moment-là. Dès lors, le fait que l'anamnèse ait été retranscrite par les experts sur la base des indications fournies par l'assurée ne signifiait pas qu'ils n'avaient pas pris en compte la globalité de la situation. Quant à l'accident de 2015, il n'avait pas été mentionné par la recourante lors de l'expertise, ni porté à la connaissance des experts par le biais du dossier. En effet, la SUVA n'avait transmis les documents y relatifs que le 27 avril 2017, étant précisé que la recourante n'avait jamais fait état de cet événement. Ces éléments n'étaient donc pas suffisants pour nier la valeur probante de l'expertise du CEMed.

En outre, il était évident que le traumatisme subi lors de l'accident de 2015 ne justifiait pas une incapacité de travail durable. En effet, selon le rapport du 26 octobre 2015 du Dr X_____, le médecin traitant de la recourante avait constaté un hématome avec des douleurs, sans mentionner de constatations radiologiques. Il n'avait d'ailleurs pas estimé nécessaire de procéder à des investigations en ce sens. De plus, le Dr X_____ avait retenu que le traumatisme lié à l'accident en question aurait pu être à l'origine d'une décompensation temporaire de l'état de santé, mais pas à une modification déterminante de l'état antérieur (anomalie du coccyx déjà en 2012). Les expertises des Drs O_____ et N_____ confirmaient également ce qui précédait. Ainsi, l'événement du 20 janvier 2015 n'était pas susceptible de modifier l'appréciation du cas.

L'intimé a joint à sa duplique un avis du 7 novembre 2017 de la Dresse L_____ auquel il renvoyait. Elle y rappelait le contexte de l'expertise du CEMed, les conclusions des experts ainsi que les précédentes conclusions du SMR en découlant. Elle résumait ensuite les documents établis par les Drs AB_____, Z_____ et AA_____. Elle considérait que les lithiases vésiculaires, la probable dysfonction du sphincter d'Oddi, les troubles mictionnels et l'existence d'une rectocèle étaient des atteintes qui pouvaient être corrigées ou améliorées par des traitements et des gestes médicaux usuels, et qui ne justifiaient pas en soi une incapacité durable de travail. Au vu des précédents avis du SMR et des différents rapports médicaux, le tableau clinique était clairement prédominé par les douleurs chroniques dont le substrat organique n'était pas suffisant pour les expliquer. Dès lors, les conclusions de l'avis du 27 février 2017 du SMR restaient d'actualité.

48. Le 7 février 2018, l'intimé a adressé à la chambre de céans deux nouveaux documents :

- un rapport du 15 décembre 2017 du Professeur AC_____, spécialiste FMH en chirurgie, lequel retenait le diagnostic principal de douleurs chroniques épigastriques et hypochondre droit et les diagnostics secondaires de suspicion de dysfonction du sphincter d'Oddi type 3 et de suspicion de lithiase vésiculaire. Les douleurs restaient toujours un problème très important pour l'assurée. Même

à la consultation de la douleur, le problème n'était pas résolu. En présence de douleurs chroniques, en l'absence de calculs prouvés et d'une cinétique suggérant une migration de calcul, une cholécystectomie n'était pas pertinente ;

- un rapport du même jour établi par le Professeur AD _____, spécialiste FMH en chirurgie, selon lequel la recourante présentait un cortège de troubles douloureux, d'origine probablement viscérale, dans les suites d'un accident de circulation. Elle était actuellement suivie par le Centre de la douleur. Elle présentait une rectocèle de type II pouvant la gêner dans son activité habituelle de jardinière. Une indication chirurgicale devait être longuement réfléchie, en raison des troubles algiques multiples qu'elle présentait. Pour l'instant, il avait proposé de la physiothérapie, que l'intéressée avait débuté, avec amélioration.

49. À la suite de quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Selon l'art. 29ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28, al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

8. 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 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).

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

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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

10. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la

capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

11. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

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

p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif

des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

12. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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).

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).

13. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de

procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. En l'espèce, l'intimé considère que la recourante présente une capacité de travail pleine et entière dans toute activité, de sorte qu'elle n'a droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité. Pour parvenir à cette conclusion, il se fonde principalement sur l'expertise du 22 décembre 2016 du CEMed ainsi que sur les différents avis émis par le SMR.

Pour sa part, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du CEMed. Selon elle, les diagnostics et l'anamnèse sont incomplets, le tableau des plaintes n'est pas pris en compte dans sa globalité et l'analyse des critères relatifs au trouble somatoforme douloureux est déficiente.

En l'occurrence, l'expertise du CEMed a été établie sur la base d'une étude du dossier et d'un examen clinique de la recourante en médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie. Les experts ont précisé la méthode appliquée à la réalisation de l'expertise et rappelé dans quel contexte ils avaient été mandatés. Ils ont listé les pièces médicales et procédurales consultées, ainsi que les médecins ayant eu à connaître du cas. Les faits pertinents, extraits desdites pièces, ont été résumés. L'anamnèse et les plaintes de la recourante ont été exposées de manière détaillée et approfondie. Quant à la discussion du cas et les diagnostics, ils sont clairs et découlent directement des constatations objectives, telles qu'elles ressortent de l'expertise. Les conséquences, ou non, des atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail sont motivées de manière complète et convaincante, étant précisé que le rapport a été établi conjointement par les experts après une discussion interdisciplinaire. Dès lors, cette expertise répond aux exigences de la jurisprudence et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en va de même pour les avis du SMR qui s'y rapportent et qui en valident le contenu.

La recourante reproche tout d'abord aux experts d'avoir établi une anamnèse et une liste de diagnostics incomplètes. Elle souffrait en effet de troubles oculaires, tel que cela ressort du rapport du 23 janvier 2017 de la Dresse W_____, et de problèmes au niveau de l'oreille interne, qui avaient pourtant été ignorés par les experts. En outre, l'expertise ne mentionnait nulle part l'existence de son accident du 20 janvier 2015, lequel avait pourtant conduit à une prise en charge de plusieurs mois par la SUVA.

De manière générale, contrairement à ce que soutient la recourante, le fait que des experts ne retiennent pas un diagnostic ne constitue pas de facto un oubli de leur part, mais peut signifier simplement que les éléments en leur possession sont insuffisants pour le retenir.

Dans le cas particulier, s'agissant des troubles oculaires, force est de constater que leur nature n'a été définie qu'en janvier 2017, lorsque la Dresse W_____ a rendu son rapport. Avant cela, le dossier ne contenait que très peu d'informations à ce sujet. En tout état de cause et ainsi que le retiennent la Dresse L_____ du SMR dans son avis du 13 juin 2017 et le Dr B_____ dans son rapport du 17 juin 2015, les atteintes ophtalmologiques de la recourante sont sans effet sur sa capacité de travail. Or, il ne suffit pas d'établir l'absence de ces diagnostics ophtalmologiques. Encore faut-il que cette absence soit suffisamment importante pour remettre en cause les conclusions de l'expertise, en particulier sur la question de la capacité de travail, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

Quant aux troubles de l'oreille interne invoqués par la recourante, il semble que cette dernière fasse allusion à ses problèmes de vertige. Le fait que les experts n'aient retenu aucun diagnostic en rapport avec ces troubles ne saurait conduire à une remise en question de la valeur probante de l'expertise. En effet, il apparaît, au vu du rapport, qu'ils avaient connaissance de cette problématique, que l'examen neurologique était dans les normes et qu'ils ont tenu compte des conclusions des Drs C_____ et B_____, médecins traitants de l'intéressée, à ce sujet. En outre, dans son rapport du 17 juin 2015, le Dr B_____ a classé les vertiges de la recourante dans la catégorie des diagnostics sans effet sur la capacité de travail. À compter de cette date, lesdits vertiges sont passés au second plan par rapport à d'autres plaintes, en particulier les douleurs ressenties, et n'ont plus jamais été considérés comme incapacitants.

Comme le relève la recourante, son accident du 20 janvier 2015 n'est pas mentionné dans l'expertise. Cela s'explique par le fait que la SUVA n'a communiqué cette information à l'intimé que le 27 avril 2017. À cet égard et contrairement à ce que soutient l'intimé, peu importe que la SUVA ne lui ait pas communiqué ces informations en temps utile. Selon le principe de la vraisemblance prépondérante, il semble également que l'intéressée n'ait pas fait mention de cet accident aux experts. En effet, compte tenu de la précision et du soin manifestement apportés par ces derniers à l'élaboration de l'anamnèse, il est peu probable qu'ils aient mentionné les accidents du 4 décembre 2011 et 30 octobre 2012, mais passé sous silence l'accident du 20 janvier 2015. Toutefois, en l'occurrence, peu importe si les experts ont eu connaissance de cet accident ou non lors de la réalisation de l'expertise. En effet, à teneur de l'appréciation médicale du 26 octobre 2015 du Dr X_____, il apparaît que le traumatisme subi le 20 janvier 2015 a décompensé l'état clinique de la recourante au niveau de son coccyx sur une période de six mois, ce qui est en tous les cas insuffisant pour pouvoir être considéré comme une atteinte durable à sa capacité de travail. D'ailleurs, la recourante n'a pas remis en question cette appréciation médicale, ni la décision de fin de prestations de la SUVA qui s'en est suivie.

En second lieu, la recourante considère que les experts n'ont pas pris en considération le tableau des plaintes dans sa globalité. Ce grief ne résiste pas à

l'examen. Comme cela a déjà été relevé précédemment, les experts ont pris soin de dresser une liste précise des plaintes de la recourante et ont procédé à une discussion interdisciplinaire avant d'établir conjointement l'expertise. Ils ont ainsi pris leurs conclusions en toute connaissance du cas. À cela s'ajoute que la recourante ne précise pas quelles plaintes n'auraient pas été prises en compte par les experts et/ou dans quelle mesure cela aurait eu une influence sur la capacité de travail retenue.

Enfin, la recourante critique l'analyse des experts sur la question du trouble somatoforme douloureux qu'elle juge extrêmement sommaire.

S'agissant de ce diagnostic, les experts ont relevé les faits suivants : l'intéressée exprimait de nombreuses plaintes ; il y avait des divergences entre les symptômes décrits et les observations cliniques ; son apparence, sa gestuelle et son attitude étaient positives ; aucun trouble cognitif ou formel de la pensée n'était constaté ; il n'y avait pas d'indice pour un trouble de la personnalité ou d'atteinte psychiatrique ; aucun traitement psychiatrique n'était en cours ; la recourante ne présentait aucune limitation fonctionnelle psychique ; le déroulement du quotidien ne relevait pas de dysfonctionnement significatif, au contraire ; l'intéressée était désireuse de reprendre une activité professionnelle et avait exprimé son désir de bénéficier de mesures professionnelles ; dans la mesure où aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux restait purement descriptif ; aucune incapacité de travail ni diminution de rendement n'était à constater sur le plan psychique.

Compte tenu de ces éléments et contrairement à ce que soutient la recourante, la motivation des experts permet de comprendre les motifs qui les ont conduits à écarter toute influence du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail. En effet, il existe une discordance entre les plaintes de l'intéressée et les constatations cliniques et radiologiques, ce qui constitue habituellement un critère d'exclusion du diagnostic de trouble somatoforme douloureux. À cela s'ajoute l'absence de comorbidité psychiatrique, de perte d'intégration sociale, d'un état psychique cristallisé ou encore d'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, ce qui tend à démontrer que, même s'il fallait ne pas tenir compte de la discordance entre les plaintes et les constatations objectives, la recourante disposerait des ressources personnelles nécessaires pour surmonter ses douleurs.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans ne saurait s'écarter des conclusions de l'expertise du CEMed, ce d'autant plus qu'elles concordent avec celles du SMR et des médecins d'arrondissement de la SUVA. Dès lors, la conclusion de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise multidisciplinaire doit être écartée.

L'incapacité de travail de la recourante a fluctué du 4 décembre 2011 au 1^{er} mars 2013. Elle a repris le travail durant une durée supérieure à 30 jours, du 1^{er} mai au

7 juin 2012, ce qui a eu pour effet d'interrompre le délai de carence d'une année ayant débuté le 4 décembre 2011. Ainsi, au-delà du 30 avril 2012, les périodes d'incapacité de travail de la recourante n'ont jamais atteint la durée d'une année, condition nécessaire à l'octroi d'une rente d'invalidité.

S'agissant des mesures professionnelles, elles doivent également lui être refusées, en l'absence d'un quelconque degré d'invalidité. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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