

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, mariée et mère de trois enfants majeurs, originaire du Monténégro, est arrivée en Suisse en 1985. Elle a toujours travaillé comme femme de ménage, en dernier lieu, du 29 mai 2006 au 31 janvier 2008 à raison de 20 heures par semaine avant d'être licenciée par son employeur en raison de son incapacité de travail.
2. Le 22 février 2010, elle a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente. Elle a fait état de problèmes lombaires existants depuis le mois d'octobre 2007 qui entraînaient une incapacité de travail de 100 %.
3. Dans un rapport du 17 mars 2010, la doctoresse B_____, généraliste FMH, a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, notamment des lombalgies chroniques présentes depuis 2007 avec canal lombaire étroit et arthrose étagée. L'incapacité de travail dans la dernière activité exercée avait été de 100 % du 28 août 2007 au 19 janvier 2008, de 50 % du 15 février 2008 jusqu'au 31 mars 2008 et à nouveau de 100 % du 16 au 30 avril 2008.
4. Dans un rapport du 15 avril 2010, la doctoresse C_____, rhumatologue FMH, a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail des lombosciatalgies bilatérales fluctuantes sur canal lombaire étroit, prédominant en L5-S1. L'assurée présentait des lombalgies depuis 2007, devenant de plus en plus invalidantes. L'incapacité de travail dans l'activité de nettoyeuse était de 100 % depuis le mois de juin 2008, mais l'assurée pourrait en théorie exercer une activité plus légère respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir l'incapacité à effectuer des travaux lourds et à porter des charges ou à se pencher en avant.
5. Sur demande de l'OAI, l'assureur perte de gain lui a transmis son dossier, le 30 avril 2010, notamment un rapport du docteur D_____, généraliste FMH et médecin-conseil, daté du 12 février 2008 et consécutif à son examen du 4 février 2008. Selon ce dernier, il existait de nombreux points douloureux aux ceintures scapulaire et pelvienne ainsi qu'au tronc. L'assurée présentait une manifestation subdépressivo-anxieuse avec pleurs au cours de l'anamnèse et lors de l'évocation de souvenirs tristes. L'examen clinique était compatible avec le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux sur lequel pouvait s'ajouter le diagnostic de syndrome dépressif post-traumatique. Le médecin-conseil considérait que l'assurée avait une capacité de travail de 50 % dès le 18 février 2008 et de 100 % dès le 3 mars 2008.
6. Le 14 juin 2010, le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, ainsi que médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a examiné l'assurée en présence d'un traducteur. Dans son rapport du 22 juin 2010, il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies bilatérales, non déficitaires, dans un contexte de canal lombaire étroit étagé, prédominant en L3-L4, de type mixte et une

tendinite de Quervain au poignet droit. Les radiographies standards et une IRM de 2007 mettaient en évidence une composante de canal lombaire multi-étagé de L3-L4 jusqu'à la charnière lombo-sacrée et une anomalie transitionnelle avec une lombalisation de S1. Les nouveaux clichés du 22 juin 2010 ne montraient pas d'évolution significative. Il n'était pas possible d'exclure une participation de cette pathologie aux symptômes présentés par l'assurée. De ce fait, il se ralliait à l'avis de la Dresse C_____ retenant une incapacité entière dans l'activité habituelle d'employée d'entretien. Les limitations fonctionnelles avaient trait à l'épargne du dos en évitant le maintien prolongé des postures debout ou assise, les positions en porte-à-faux, les mouvements répétitifs de flexion-extension, le port répété de charges de plus de 10 kg, l'absence de mouvements répétitifs du pouce droit et l'absence de port de charges en monomanuel droit de plus de 2 kg. La capacité de travail exigible, déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques, était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles depuis le mois d'octobre 2007. Elle était à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

7. Le 22 octobre 2010, une infirmière du service extérieur de l'OAI a procédé à une enquête ménagère au domicile de l'assurée. Elle a relevé que celle-ci vivait dans un appartement de six pièces avec son mari, son fils, sa belle-fille et trois petits enfants. Dans son rapport du 4 novembre 2012, elle a retenu que l'assurée avait travaillé à 50 % dans une entreprise de nettoyage et qu'elle aurait continué son activité au même taux sans handicap. Concernant les empêchements dans les travaux habituels, l'enquêtrice a retenu des empêchements pondérés de 19 %, à savoir 0 % dans la conduite du ménage représentant le 5 % des activités, 10 % dans l'alimentation représentant le 40 % des activités, 50 % dans l'entretien du logement représentant le 20 % des activités, 5 % pour les emplettes et courses diverses représentant le 10 % des activités, 15 % pour la lessive et l'entretien des vêtements représentant le 20 % des activités, ainsi que 10 % pour les tâches diverses représentant le 5 % des activités.
8. Par décision du 28 janvier 2011, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et nié le droit à la rente. Le degré d'invalidité total de 10 % calculé selon la méthode mixte, à savoir de 0 % dans l'activité professionnelle et de 19 % dans l'activité ménagère, était insuffisant pour donner droit à des prestations. Sur le plan professionnel, le revenu avec invalidité était supérieur au revenu sans invalidité, compte tenu de la prise en compte des éléments statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2008 et d'un abattement sur le salaire statistique de 10 % en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge.
9. À la suite du recours formé le 28 février 2011 contre ladite décision, par arrêt du 12 avril 2012 (ATAS/510/2012), la chambre de céans a annulé la décision du 28 janvier 2011 et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision. Elle a considéré que l'appréciation du Dr E_____ revêtait une pleine valeur probante et que l'assurée présentait une incapacité de travail entière

dans l'activité habituelle de nettoyeuse. Étant donné que l'OAI n'avait pas fait appel au spécialiste en réadaptation préconisé par le SMR pour définir le type d'activité exigible, il avait violé son obligation d'instruction d'office. Par conséquent, il y avait lieu de lui renvoyer le dossier pour qu'il sollicite l'avis d'un spécialiste en réadaptation et, au besoin, mette sur pied une observation professionnelle.

10. Par communication du 17 juillet 2012, l'OAI a pris en charge un stage d'observation professionnelle à 50 % dispensé par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 3 septembre au 3 décembre 2012. L'assurée a débuté ledit stage à 50 % le 3 septembre 2012, puis a été en arrêt de travail à 100 % dès le 10 septembre 2012 en raison d'une aggravation de ses lombalgies chroniques et de douleurs aux membres inférieurs. Au vu de cette situation, les EPI ont mis un terme à l'observation professionnelle à partir du 4 octobre 2012 et n'ont pas établi de rapport de stage.
11. Dans un rapport du 16 novembre 2012 faisant suite à son examen de la veille, le docteur E_____, neurochirurgien FMH, a estimé que le canal lombaire étroit ne suffisait pas à expliquer l'état douloureux général qui était certainement à rattacher à un problème plus global, vraisemblablement en relation avec l'immigration en Suisse. Du point de vue physique, il y avait uniquement une contre-indication à exercer un travail nécessitant une position statique debout ou de marcher. Il proposait de procéder à une évaluation psychiatrique.
12. Par communication du 28 février 2013, l'OAI a estimé qu'une expertise psychiatrique et rhumatologique était nécessaire. Il mandatait à cette fin le docteur F_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ainsi que la doctoresse G_____, rhumatologue FMH. Il a transmis à l'assurée les questions qu'il entendait poser aux experts, en lui impartissant un délai pour faire part d'éventuelles questions complémentaires et motifs de récusation.
13. Dans son rapport d'expertise du 25 avril 2013 consécutif à son examen clinique du 11 avril 2013, la Dre G_____ a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail, des lombalgies dans le contexte d'une discopathie L4-L5 avec phénomène inflammatoire MODIC I en janvier 2013 et de Baastrup avec inflammation des épineuses et sciatalgies gauches sans déficit radiculaire, des discopathies protrusives L3-L4 et L4-L5, une arthrose des articulations postérieures de L3 à S1 réduisant les trous de conjugaison bilatéralement avec épanchements en L2-L3 à gauche et L5-S1 à droite, un canal lombaire étroit surtout en L3-L4 et L4-L5 avec rétrécissement étagé des foramens, une rupture transfixiante de la partie distale du tendon supraépineux gauche, une tendinopathie calcifiante de l'infra-épineux gauche, un épanchement gléno-huméral et une bursite sous-acromio-deltoïdienne à gauche, une déchirure longitudinale du faisceau antérieur du sous-épineux droit, une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire droite et une bursite sous-acromio-deltoïdienne à droite. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué notamment une fibromyalgie, une arthrose en phase inflammatoire des

sacro-iliaques, une arthrose débutante des mains avec probable rhizarthrose droite, un hémangiome de L2 et une lombalisation de S1. Lors de son examen clinique, elle a fait état d'un comportement démonstratif de l'assurée qui refusait de rester allongée en décubitus dorsal pour l'examen. Elle a noté la présence de quatorze points de fibromyalgie sur dix-huit et de trois signes de Waddell sur cinq. L'absence de douleur généralisée à la palpation des membres ou des dorsales semblait exclure la présence d'un trouble somatoforme douloureux, mais il y avait lieu de vérifier cette hypothèse avec l'expert psychiatre. L'assurée présentait également des troubles dégénératifs sévères des deux épaules principalement à gauche avec un état inflammatoire chronique. Ce dernier nécessiterait une évaluation par un chirurgien-orthopédiste. Les limitations fonctionnelles concernaient les mouvements répétitifs du rachis lombaire en flexion/extension ou rotation, le maintien de la position statique assise ou debout plus de trente minutes, la station en porte-à-faux du buste, le soulèvement de charges de plus de 6 kg occasionnellement, de 3-4 kg de manière répétitive, ainsi que le travail des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale de manière répétitive ou prolongée. L'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible. Depuis l'examen du Dr E_____ en juin 2010, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé sur le plan lombaire en juillet 2011 et sur le plan des épaules en été 2012. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 70 % depuis juillet 2011 et de 50 % depuis l'été 2012. Il y avait une diminution de rendement de 10 % selon l'activité entreprise, qui pouvait être amélioré par le traitement des épaules, mais cela prendrait une année environ.

14. Dans son rapport d'expertise du 2 août 2013 consécutif à son examen du 24 juillet 2013, le Dr F_____ a relevé que l'assurée présentait clairement une détresse psychologique en lien avec ses douleurs dès lors que tout son discours était centré sur les douleurs et qu'elle y faisait allusion tout au long de l'examen. Par contre, elle ne présentait ni conflits émotionnels, ni problèmes psychosociaux. Par conséquent, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne pouvait pas être retenu. Au demeurant, l'assurée ne souffrait pas de pathologie psychiatrique grave, le trouble n'était pas cristallisé au sens strict, les possibilités de potentialisation du traitement étaient nombreuses et l'assurée ne vivait pas de manière particulièrement isolée. L'expert psychiatre a diagnostiqué, sans incidence sur la capacité de travail, un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F 32.00). Les limitations fonctionnelles consistaient en diminution de l'énergie, augmentation de la fatigabilité et diminution de l'activité. On pouvait raisonnablement exiger de l'assurée un effort de volonté pour surmonter ses douleurs et exploiter sa force de travail résiduelle.
15. Dans un avis du 13 septembre 2013, le SMR a considéré que les experts avaient effectué une étude fouillée du dossier et un examen clinique détaillé, de même qu'ils avaient étudié de manière claire les points litigieux, de sorte que leurs expertises étaient convaincantes. Il existait une aggravation de l'état de santé de

l'assurée sur le plan rhumatologique depuis juillet 2011. Par conséquent, sa capacité de travail était de 70 % dès cette date et de 50 % dès juin 2012.

16. Dans un rapport du 11 novembre 2013 consécutif à la nouvelle enquête ménagère effectuée le 28 octobre 2013 au domicile de l'assurée, l'infirmière de l'OAI a précisé que celle-ci habitait toujours dans le même appartement avec son époux, son fils, sa belle-fille et sa petite-fille. Elle rencontrait des difficultés supplémentaires à entretenir son ménage surtout s'agissant de la préparation des repas. Le mari et la belle-fille qui ne travaillait pas aidaient pour les activités ménagères et la préparation des repas. Les empêchements pondérés dans la sphère ménagère étaient de 31 %, à savoir 0 % dans la conduite du ménage représentant le 5 % des activités, 30 % dans l'alimentation représentant le 45 % des activités, 55 % dans l'entretien du logement représentant le 20 % des activités, 5 % pour les emplettes et courses diverses représentant le 10 % des activités, ainsi que 30 % pour la lessive et l'entretien des vêtements représentant le 20 % des activités. Le statut restait inchangé depuis la précédente enquête, à savoir mixte avec activité professionnelle de 50 % et activité ménagère de 50 %.
17. Dans un rapport du 21 mars 2015, la Dresse B_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé depuis six mois avec recrudescence des douleurs aux épaules et au bassin accompagnée d'une importante (illisible) et surtout de troubles de l'humeur ainsi que du sommeil. Une reprise du travail n'était pas possible actuellement chez une patiente multiplaintive et polyarthralgique. Elle a joint un rapport d'ortho-IRM de l'épaule gauche du 17 décembre 2013 qui mettait en évidence un important conflit antéro-supérieur engendré par une arthrose acromio-claviculaire sévère et un acromion crochu de type III exerçant une empreinte sur le tendon supra-épineux, une importante bursite sous acromio-deltaïdienne, ainsi qu'une déchirure partiellement transfixiante des tendons supra- et infra-épineux.
18. Dans un avis du 24 septembre 2015, le SMR a estimé qu'il convenait de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'était notablement aggravé depuis 2013 et d'analyser les répercussions de la composante fibromyalgique sur la capacité de travail en se basant sur les indicateurs standards retenus par la nouvelle jurisprudence. Dans ce contexte, il convenait de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique.
19. Par communication du 24 mars 2016, l'OAI a estimé qu'une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique était nécessaire auprès du Centre d'expertises médicales (ci-après : le CEMed). Il a transmis à l'assurée les questions qu'il entendait poser aux experts, en lui impartissant un délai pour faire part d'éventuelles questions complémentaires et motifs de récusation.
20. Le 15 avril 2016, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise aurait lieu le 16 juin 2016 auprès du docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, et de la doctoresse I_____, rhumatologue FMH.

-
21. Dans un rapport du 25 mai 2016, Madame J_____, psychologue-psychothérapeute FSP auprès d'Appartenances, a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis le 23 septembre 2015, à raison d'une séance tous les quinze jours en présence d'une interprète. L'assurée avait été adressée à Appartenances par la Dresse B_____ en raison d'un important état dépressif. Après son mariage, elle était partie vivre au Kosovo dans la famille de son mari, très engagée politiquement dans la défense du peuple kosovar, ce qui avait coûté la vie à deux frères de son mari et des mois d'emprisonnement à ce dernier. À sept mois de grossesse, elle avait fait une fausse couche d'un bébé déjà mort depuis trois mois, ce qui l'avait particulièrement traumatisée. Le déménagement à Genève, neuf ans après son arrivée en Suisse, avait été particulièrement douloureux. L'assurée avait tenu bon pendant de longues années, parvenant à s'occuper de ses enfants et de sa maison, à soutenir son mari dans son combat politique et à travailler à l'extérieur jusqu'à ce qu'elle s'effondrât en 2008. Depuis, les douleurs avaient pris le contrôle de sa vie. Elle s'isolait et n'avait plus de plaisir en rien. Elle se montrait très déprimée et pleurait énormément. La vie n'avait plus aucun sens pour elle. Les souffrances du passé, non élaborées, s'étaient cristallisées au niveau du corps et les douleurs évitaient à l'assurée de penser à son passé. Ses enfants et petits-enfants, qui lui apportaient plaisir et joie quelques années auparavant, la laissaient indifférente aujourd'hui, ce qui la remplissait de culpabilité.
22. Dans le rapport d'expertise du 29 juillet 2016 effectuée en présence d'un interprète, la Dresse K_____ a relevé que l'assurée était très démonstrative avec plusieurs phénomènes d'autolimitation ou de majoration puisqu'elle avait effectué certains mouvements avec des mobilités articulaires clairement restreintes lors de l'examen d'une région particulière, alors qu'elles étaient normales une fois l'attention captée sur un autre sujet. Elle a conclu à des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs mineurs et à des douleurs des deux épaules sur discret conflit sous-acromial. La capacité de travail dans une activité de nettoyeuse était d'environ 50 % et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Celles-ci consistaient en l'absence de travail en hauteur au-dessus du niveau des épaules, de mouvements répétitifs des membres supérieurs, de port de charges au-delà de 10 kg et de flexion antérieure répétée du tronc. Sur le plan psychique, le Dr H_____ a diagnostiqué un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F 32.00). Depuis l'expertise du Dr F_____, il n'y avait pas eu d'aggravation notable de cette affection. La principale modification se situait au niveau de la représentation par l'assurée de ses problèmes de santé. Sur la base des différents symptômes, la question d'un syndrome douloureux somatoforme persistant se posait. Lors de l'expertise de 2013, une telle affection n'avait pas été retenue et l'examen somatique de la présente évaluation ne décrivait pas une extension des zones algiques. Il mettait en évidence dix-huit points algiques sur dix-huit mais cela pouvait aussi s'inscrire dans le cadre d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), soit le diagnostic qu'il retenait sur la base de l'examen somatique. Il concluait à une absence d'incapacité de travail au vu de
-

la légèreté du trouble psychique. Les taux sanguins au monitoring thérapeutique étaient en-dessous de la mesure pour le Tramadol, l'Ibuprofène et le Cipralex. Dans leurs réponses consensuelles aux questions, les experts ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un conflit sous-acromial chronique bilatéral surtout gauche depuis 2007. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés depuis une date inconnue, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). L'activité exercée jusqu'ici n'était pas adaptée. La capacité de travail résiduelle était de 50 % dans l'activité antérieure depuis 2007 probablement, sans diminution de rendement. Une activité adaptée à l'invalidité pouvait être exercée à temps plein.

23. Dans un rapport du 23 septembre 2016, le SMR a relevé que, selon l'expertise du CEMed, il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis 2013, notamment sur le plan psychiatrique. Par conséquent, l'évaluation de la capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée résultait d'une appréciation différente d'un même état de fait par rapport à l'expertise des Drs L_____ et F_____. Ainsi, les conclusions du SMR du 13 septembre 2013 restaient entièrement valables. Au vu de la présence manifeste d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques mise en évidence dans l'expertise du CEMed, la capacité de travail résiduelle devait être appréciée en fonction des atteintes et limitations fonctionnelles objectives.
24. Le 14 mars 2017, le service extérieur de l'OAI a procédé à une nouvelle enquête ménagère au domicile de l'assurée en présence de son mandataire, son mari et sa fille. L'assurée et son mari vivaient dans l'appartement en compagnie de leurs fils, belle-fille et deux petits-enfants âgés l'un de trois ans et demi et l'autre de sept mois. Dans leur rapport du 20 mars 2017, les enquêtrices ont retenu parmi les atteintes à la santé notamment une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. S'agissant de l'alimentation, l'assurée admettait pouvoir cuisiner pour deux personnes des plats simples. Elle semblait en conflit avec sa belle-fille dans la tenue du ménage et son organisation, ce qui ne devait pas être pris en compte dans les empêchements. Les empêchements pondérés avec exigibilité s'élevaient à 20,75 %, à savoir 0 % dans la conduite du ménage représentant le 5 % des activités, 20,25 % dans l'alimentation représentant le 45 % des activités, 17 % dans l'entretien du logement représentant le 20 % des activités, 4,5 % pour les emplettes et courses diverses représentant le 10 % des activités, ainsi que 9 % pour la lessive et l'entretien des vêtements représentant le 20 % des activités. Le statut était à déterminer par le gestionnaire au vu des éléments apportés.
25. Par projet de décision du 27 mars 2017, l'OAI a nié le droit de l'assurée à d'autres mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Il a retenu un statut mixte, à savoir d'une personne exerçant une activité professionnelle à 50 % et se consacrant à ses travaux habituels à 50 %. La capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 100 % depuis octobre 2007, de 70 % dès juillet 2011 et de 50 %

avec une baisse de rendement de 10 % depuis juin 2012. En comparant le revenu obtenu en 2008 dans le dernier emploi exercé à 50 % avec un revenu de 50 % défini selon l'ESS 2008 TA1 avec baisse de rendement de 10 % et après abattement de 10 % pour tenir compte de l'âge et de la seule possibilité d'exercer une activité légère, la perte de gain s'élevait à 0 %. Par conséquent, le degré d'activité résultant des deux domaines s'élevait à 10 % $([0 \times 50] + [19 \times 50])$ et ne donnait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

26. Dans un rapport du 29 mai 2017 adressé à l'OAI, la Dresse B_____ a certifié que l'état de santé de l'assurée s'était nettement détérioré. Celle-ci présentait des lombalgies chroniques sur trouble dégénératif lombaire et rétrécissement du canal lombaire en L2-L3 et L4-L5 plus marqué en L3-L4. Malgré le traitement anti-inflammatoire et la physiothérapie, les douleurs s'étaient aggravées progressivement. L'assurée souffrait également de douleurs chroniques à l'épaule droite liées à une tendinopathie du tendon supra-épineux, de gonarthrose débutante bilatérale plus marquée à gauche, d'une arthrose débutant à l'index et au majeur droits, ainsi que d'un état dépressif moyen à sévère. Dans ce contexte complexe avec pathologies chroniques nombreuses et aggravation malgré une prise en charge multidisciplinaire ainsi qu'un traitement médicamenteux, l'assurée était incapable d'exercer un quelconque travail physique actuellement et au long cours.
27. Par courrier du 22 juin 2017, l'assurée a fait part de ses observations. Elle a relevé que l'objectivité de l'expertise bidisciplinaire du CEMed était douteuse au regard de l'insistance des experts quant à ses prétendues exagérations et simulations. De plus, ses conclusions étaient en contradiction avec le dossier en tant que les experts concluaient à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée alors que dans leur expertise de 2013, les Drs L_____ et F_____ retenaient une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. L'assurée a contesté le diagnostic d'épisode dépressif léger retenu par les Drs F_____ et H_____ au motif que, dans son rapport du 19 juin 2017, le docteur M_____, psychiatre et psychothérapeute FMH ainsi que médecin d'Appartenances, posait un diagnostic de trouble dépressif sévère. Ce médecin retenait également une incapacité d'exercer une quelconque activité et une capacité de 20 % dans les activités quotidiennes. Sur le plan rhumatologique, la Dresse I_____ n'expliquait pas pourquoi elle estimait que les lombalgies chroniques n'étaient pas invalidantes alors que la Dresse L_____ était d'un avis contraire. L'appréciation de l'expert du CEMed était en contradiction avec celle de la Dresse B_____. Si l'OAI considérait que les appréciations des Drs M_____ et B_____ n'étaient pas suffisantes, il y avait lieu de poursuivre l'instruction en déterminant les diagnostics précis et en évaluant leur caractère invalidant. Par ailleurs, bien que la Dresse L_____ ait diagnostiqué une fibromyalgie, le Dr H_____ examinait la question du syndrome douloureux somatoforme persistant, alors qu'il s'agissait de deux troubles différents, l'un étant une maladie rhumatologique alors que l'autre était une problématique classée dans les troubles mentaux et du comportement. Par conséquent, l'expertise du 29 juillet

2016 était incomplète, ce d'autant plus qu'elle n'examinait pas l'incidence de ces troubles sur la capacité de travail selon les critères développés par la jurisprudence. S'agissant de l'enquête ménagère, elle retenait une incapacité ménagère de 19 % alors que lors de l'enquête précédente, une telle incapacité avait admise à raison de 31 %, que lors des deux enquêtes un taux d'exigibilité de 30 % avait été retenu, que les taux de pondération étaient restés identiques et que les taux d'empêchement avaient augmenté depuis l'enquête précédente. Aussi, la diminution de l'incapacité ménagère était contradictoire et ne s'expliquait pas. L'assurée a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Dans son rapport du 19 juin 2017, le Dr M_____ a diagnostiqué un épisode dépressif sévère (F32.2), de l'anxiété généralisée (F41.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (fibromyalgie; F45.4). Il a contesté le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les constats du Dr H_____ étaient en contradiction avec ses observations depuis le début de sa prise en charge, à savoir que l'assurée pleurait la plupart du temps lors des séances, elle présentait une émotivité à fleur de peau, des affects émoussés, une aboulie, un retrait massif tant au niveau des activités que de la vie sociale, était découragée et n'avait plus aucune envie de vivre. À l'inventaire de Beck, le score de trente points correspondait à un trouble dépressif sévère. S'agissant du tableau anxieux, le score de vingt-cinq points était à la limite de la dimension sévère. L'assurée se plaignait particulièrement de palpitations, rougeurs, troubles de la digestion, sentiment de vide et d'une importante nervosité. Au vu de la qualité des symptômes, il retenait un diagnostic d'anxiété généralisée. Les bénéfices du travail psychothérapeutique entrepris depuis 2015 étaient encore très minces malgré la régularité de l'assurée aux entretiens et la compliance au traitement. Le tableau clinique actuel s'était très largement péjoré par rapport aux observations médicales précédentes, malgré un contexte de suivi régulier. Sans amélioration notable, il représentait un état psychique cristallisé avec un retrait majeur de la vie active et sociale selon les critères de Mosimann.

28. Dans un avis du 7 août 2017, le SMR a estimé que la gonalgie et la gonarthrose débutante n'étaient pas invalidantes. Il a rappelé qu'il avait considéré, au vu des conclusions de l'expertise du CEMed, que l'assurée avait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle. Les derniers rapports du médecin et du psychiatre traitant procédaient à une évaluation médicale différente d'un même état de fait. Par conséquent, son avis du 23 septembre 2016 restait valable.
29. Par décision du 31 août 2017 reçue par l'assurée le 4 septembre 2017, l'OAI a confirmé sa position. Il a considéré que les conclusions de l'expertise du CEMed devaient être suivies et que l'avis contraire des médecins traitants n'était pas susceptible de mettre en doute la valeur probante de ce rapport d'expertise. Au regard des nouveaux indicateurs de la jurisprudence, la majoration des symptômes ainsi que la non compliance au traitement médicamenteux devaient être signalées par les experts et prises en compte par l'OAI. Selon la jurisprudence, les

deux troubles (fibromyalgie et trouble somatoforme douloureux) devaient être assimilés. S'agissant de l'enquête ménagère, la situation familiale avait évolué dès lors que l'assurée avait confirmé qu'elle effectuait plus de tâches quotidiennes qu'auparavant, de sorte que les empêchements dans le ménage avaient baissé. Les empêchements mentionnés dans le rapport de 2013 devaient être compris en additionnant l'empêchement constaté et l'exigibilité des membres de la famille.

30. Par acte du 4 octobre 2017, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle a conclu à l'octroi d'au moins un trois-quarts de rente d'invalidité avec intérêts à 5 % l'an dès le 22 août 2010. Subsidiairement, elle a également conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire multidisciplinaire en psychiatrie et rhumatologie évaluant la répercussion des diagnostics posés sur sa capacité de travail et sa capacité à accomplir les tâches ménagères, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le montant sera fixé en fonction des conclusions de ladite expertise avec intérêts à 5 % l'an dès le 22 août 2010. Plus subsidiairement, elle a conclu au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a contesté les diagnostics retenus, le caractère non-invalidant de ceux-ci et la détermination de ses capacités ménagères. Elle a repris l'argumentation formulée dans le cadre de ses observations du 22 juin 2017. Au surplus, elle a relevé que la décision entreprise retenait une incapacité ménagère de 19 % alors que le rapport d'enquête concluait à une incapacité de 20,75 %. Les experts du CEMed n'expliquaient pas comment ils concluaient à une capacité de travail supérieure à celle retenue par les Drs L_____ et F_____ alors que son état de santé s'était aggravé. Bien que l'intimé ait décidé d'écarter les conclusions de l'expertise du CEMed, il s'y référait tout de même à divers égards dans la décision litigieuse, en particulier s'agissant de son comportement durant l'expertise et en retenant même que les conclusions de l'expertise du CEMed devaient être suivies. L'attitude contradictoire de l'intimé remettait déjà en doute le bien-fondé de la décision. Par ailleurs, il y avait lieu de retrancher ladite expertise du dossier. L'intimé avait instruit le dossier de manière lacunaire puisque les experts n'avaient pas examiné le caractère invalidant de la fibromyalgie diagnostiquée au regard des nouveaux critères jurisprudentiels, alors même que le SMR avait préconisé la mise en œuvre de l'expertise à cette fin dans son avis du 24 septembre 2015.

Elle a produit dans la procédure deux nouveaux rapports médicaux, l'un de la Dresse B_____ et l'autre du Dr M_____. Dans son rapport du 27 septembre 2017, ce dernier a contesté les conclusions du SMR et a maintenu les diagnostics posés dans son précédent rapport. Le SMR réfutait les diagnostics d'épisode dépressif sévère, d'anxiété généralisée et de fibromyalgie eu égard à la démonstrativité importante ainsi qu'aux phénomènes d'autolimitation et de majoration invoqués par les experts du CEMed, malgré les résultats des inventaires de Beck et la gravité fonctionnelle de ces troubles. Les ressources de la recourante étaient épuisées ou inutilisables par évitement, honte, auto-dévalorisation, sentiment d'échec et déception, soit des éléments que le Dr M_____ avait

personnellement constatés et qui n'apparaissaient pas dans l'expertise du CEMed. La recourante présentait un état régressif cristallisé. Il y avait une cohérence du bilan fonctionnel négatif entre l'inactivité dans la sphère privée (80 %) et l'incapacité complète de travail ainsi que de gain (100 %). Des erreurs ou des oublis de prise médicamenteuse étaient ponctuels et relevaient de défauts d'attention et de troubles de la mémoire, mais non pas de résistance au traitement.

Dans son rapport du 28 septembre 2017, la Dresse B_____ a confirmé la teneur de son précédent rapport. En outre, la recourante présentait également des douleurs aux chevilles dans le contexte d'une tendinite d'Achille prédominante à gauche et une symptomatologie de périarthrite de la hanche gauche.

31. Par décision du 5 octobre 2017, la Vice-Présidente du Tribunal civil a mis la recourante au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 4 octobre 2017.
32. Dans sa réponse du 7 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que l'expertise du CEMed ne faisait nullement état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la précédente expertise. Contrairement à ce qui figurait dans le contenu de la décision litigieuse, les conclusions médicales que retenait l'intimé étaient celles constatées lors des expertises de 2013. Le simple écoulement du temps entre ces expertises et la décision entreprise ne suffisait pas à remettre en cause leur valeur probante. Par conséquent, il avait suivi leurs conclusions à juste titre. Les rapports des Drs B_____ et M_____ produits dans le cadre du recours n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation. L'enquête ménagère avait été effectuée par une personne spécialisée dans ce genre d'examen. Son évaluation se fondait sur les déclarations et les comportements de la recourante. Par conséquent, elle remplissait toutes les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Depuis l'enquête de 2013, le mode d'organisation de la famille s'était modifié puisque la belle-fille s'occupait actuellement de son mari et de ses enfants. Étant donné que la recourante s'était adaptée à cette nouvelle organisation ménagère en exerçant plus de tâches ménagères qu'auparavant, il était normal que ses empêchements aient connu une baisse. L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, de sorte que la nouvelle expertise requise ne se justifiait pas.

Il a produit dans la procédure un nouvel avis du SMR daté du 30 octobre 2017, selon lequel les empêchements relevés par le Dr M_____ dans son rapport du 27 septembre 2017 relevaient pour la plupart de l'anamnèse et n'étaient pas suffisants pour admettre un épisode dépressif sévère. Ce médecin retenait l'absence de résistance au traitement ce qui signifiait que la dépression répondait au traitement psychotrope prescrit. Le rapport de la Dresse B_____ confirmait les diagnostics rhumatologiques déjà connus.

33. Dans sa réplique du 29 janvier 2018, la recourante a contesté l'avis du SMR du 30 octobre 2017. Elle a produit dans la procédure un nouveau rapport du

Dr M_____ qui se prononçait à ce sujet et a repris les critiques de celui-ci. Elle a répété ses griefs s'agissant de l'absence d'examen du caractère invalidant du diagnostic de fibromyalgie. Elle a interpellé l'intimé sur les modifications apportées à son degré d'invalidité par l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 du nouveau mode de calcul en cas de statut mixte. Selon elle, il convenait d'examiner cette question dans le cadre de la présente procédure par souci d'économie de procédure et de célérité. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes.

Dans son rapport du 22 décembre 2017, le Dr M_____ a observé qu'en estimant que les résultats obtenus n'étaient pas objectifs, le SMR contestait la validité des questionnaires utilisés, à savoir l'inventaire de Beck et un questionnaire psychométrique largement utilisé pour la mesure et l'intensité de la dépression. Ledit inventaire était une référence internationale en matière d'évaluation de la dépression. La recourante exprimait une idéation auto-dépréciative et d'auto-exclusion qu'elle ruminait sur son passé et qui se transposait sur le plan somatique. Il s'agissait, selon ce médecin, de réminiscences traumatiques. Si ces derniers éléments étaient effectivement anamnestiques, ils avaient déjà été reconnus par les Drs N_____ et D_____ en termes de syndrome somatoforme douloureux et dépressif post-traumatique alors même qu'ils parlaient également d'attitude démonstrative. Dans son expertise de 2016, le Dr F_____ n'était pas plus explicite et ses observations tout autant anamnestiques. De plus, il ne mentionnait pas même l'usage d'un questionnaire alors qu'il relevait que le diagnostic était difficile à poser.

34. Dans sa duplique du 5 mars 2018, l'intimé a indiqué qu'il avait soumis le dernier rapport du Dr M_____ au SMR. Dans son avis du 27 février 2018, celui-ci a considéré que la majoration relevée par les experts était une expression excessive inconsciente de la symptomatologie douloureuse qui ne pouvait pas être prise en compte par l'assurance-invalidité. Par ailleurs, l'état de la recourante ne s'était pas modifié depuis l'expertise du CEMed. S'agissant de la modification réglementaire invoquée par la recourante, celle-ci devait déposer une nouvelle demande qui ferait l'objet d'une nouvelle procédure. L'intimé a persisté dans ses conclusions précédentes.
35. Dans son écriture du 2 mai 2018, la recourante a précisé que le docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait remplacé le Dr M_____. Dans sa prise de position du 16 avril 2018, il contestait la position du SMR qu'il estimait insoutenable. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes.

EN DROIT

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

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

2. A 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. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B LPA-GE).

4. Est litigieux le droit de la recourante à au moins un trois-quarts de rente d'invalidité, plus particulièrement l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et de ses empêchements dans le ménage.

5. a. 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 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).

b. 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).

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

6. 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 admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 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).

7. 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 légitimement 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 chargés 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.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4), ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue)

(ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

8. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281 du 3 juin 2015), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

9. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la

personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

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).

À l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure des troubles psychiques en tant que comorbidités d'un trouble somatoforme douloureux, doivent être pris en considération pour examiner le caractère invalidant d'un tel trouble. Il a précisé que même si ces troubles psychiques, pris séparément, ne sont pas invalidants en application de la nouvelle jurisprudence publiée aux ATF 141 V 281, ils sont pertinents dans l'appréciation globale de la capacité de travail d'une personne atteinte d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, cette appréciation doit tenir compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources.

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

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

10. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

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

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

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. 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).

e. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui – eu égard également aux critères pertinents – lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

f. Un rapport du SMR 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière

déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

g. 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).

12. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

13. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du CEMed et de l'expertise psychiatrique du Dr F_____. En revanche, elle ne conteste pas la valeur probante de l'expertise rhumatologique de la Dresse G_____ qui n'est pas davantage remise en question par l'intimé. Toutefois, en tant que la Dresse G_____ pose un diagnostic de fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail alors que les critères jurisprudentiels ayant cours au moment de la décision litigieuse n'ont pas été pris en compte pour apprécier le caractère incapacitant de la fibromyalgie, son expertise est incomplète sur cette question. Par conséquent, la

chambre de céans ne peut pas se baser sur ses conclusions relatives à l'absence d'incidence sur la capacité de travail de la fibromyalgie pour trancher le présent litige.

En revanche, s'agissant des lombalgies avec sciatalgies gauches intermittentes sur troubles dégénératifs, canal lombaire étroit et foramens rétrécis, la Dresse G_____ explique que la description des douleurs est plausible, notamment l'irradiation dans le membre inférieur gauche, au vu de l'état inflammatoire chronique, attesté par le phénomène de MODIC I et les épanchements dans les massifs articulaires postérieurs, qui peuvent très bien générer les douleurs décrites par la recourante. Elle relève également que celle-ci présente des troubles dégénératifs sévères des deux épaules mais plus particulièrement à gauche avec un état inflammatoire chronique qui nécessite une évaluation par un chirurgien-orthopédiste. Au vu de ces explications, ses conclusions quant aux diagnostics lombaires et à la capacité de travail de la recourante sont motivées, tiennent compte des plaintes de la recourante ainsi que d'un examen clinique de rhumatologie, de l'anamnèse et reposent sur les pièces médicales du dossier. De plus, aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé et aucune appréciation d'un médecin traitant ne permet de douter de leur pertinence. Par conséquent, elles ont une valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail dans une activité adaptée au maximum de 70 % depuis juillet 2011 et de 50 % depuis l'été 2012 avec une diminution de rendement de 10 %, sous réserve de l'examen de l'effet incapacitant de la fibromyalgie au regard des nouveaux critères jurisprudentiels et d'un examen par un chirurgien-orthopédiste quant aux troubles des épaules.

Quant au rapport d'expertise du Dr F_____, ce dernier retient un diagnostic non incapacitant d'épisode dépressif léger (F 32.00) sans syndrome somatique. La recourante conteste ce diagnostic eu égard au trouble dépressif sévère diagnostiqué par le Dr M_____ dans son rapport du 19 juin 2017. En l'occurrence, le Dr F_____ considère que la recourante ne souffre pas d'une pathologie psychiatrique grave et qu'un traitement antalgique de fond de type antidépresseur ainsi qu'un suivi psychothérapeutique de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC) auront très vraisemblablement un effet bénéfique au moins partiel sur le ressenti de la symptomatologie douloureuse. En l'occurrence, le fait que la recourante ne suit un traitement psychothérapeutique que depuis le 23 septembre 2015 rend plausible qu'à l'époque de l'examen du Dr F_____, soit le 24 juillet 2013, son état de santé psychique n'était pas suffisamment important pour nécessiter un tel traitement et que le diagnostic était celui d'épisode dépressif léger. Dans son rapport d'expertise, le Dr F_____ prend en compte les plaintes de la recourante et l'anamnèse, se base sur le status clinique existant lors de son expertise ainsi que sur le dossier médical et explique pourquoi il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, aucun rapport médical au dossier datant de la même époque ne procède à une évaluation psychiatrique

divergente. Par conséquent, ce rapport d'expertise remplit tous les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

S'agissant du rapport d'expertise du CEMed du 29 juillet 2016, les parties s'accordent en définitive quant à son absence de valeur probante, même si dans la décision litigieuse, l'intimé a tout d'abord considéré qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions avant de se rétracter dans son mémoire de réponse.

Dans leur rapport du 29 juillet 2016, les experts diagnostiquent, avec répercussion sur la capacité de travail, un conflit sous acromial chronique bilatéral gauche présent depuis 2007 probablement. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils diagnostiquent des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Pour justifier les diagnostics rhumatologiques, la Dresse K_____ relève que la recourante présente un état douloureux chronique ciblé sur la région lombaire et sur les épaules. Elle explique que dans la plupart des cas de syndrome douloureux chronique, on assiste plutôt à un phénomène d'extension de la douleur avec des douleurs généralisées et migratrices, ce qui n'est pas le cas chez la recourante qui décrit toujours clairement des douleurs uniquement au niveau lombaire et aux épaules, principalement à l'épaule gauche. Les développements de la Dresse K_____ ne permettent pas de comprendre pourquoi, à l'inverse de la Dresse G_____, elle ne diagnostique pas une fibromyalgie alors que précisément la recourante présente les dix-huit points douloureux sur dix-huit permettant de poser un tel diagnostic. Par ailleurs, elle n'explique à aucun moment pourquoi elle ne considère pas que les lombalgies chroniques sont incapacitantes au contraire de la Dresse L_____. Quant au Dr H_____, il n'explique pas pourquoi il retient le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques bien qu'il relève que l'examen somatique met en évidence dix-huit points algiques sur dix-huit, soit les points douloureux qui justifient un diagnostic de fibromyalgie. De plus, le diagnostic d'épisode dépressif léger est contesté par le Dr M_____, dans son rapport du 19 juin 2017, qui diagnostique un épisode dépressif sévère ainsi qu'une anxiété généralisée sur la base de ses observations, des tests de Beck ainsi que de son suivi clinique et fait état d'une importante péjoration de l'état psychique de la recourante malgré le travail psychothérapeutique depuis septembre 2015 et la compliance au traitement. Or, au vu des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail posés par le psychiatre traitant qui suit la recourante depuis septembre 2015 et a eu le recul temporel nécessaire pour se faire une idée précise de son état de santé sur la base de ses observations régulières, l'expert se devait de motiver son appréciation de façon particulièrement fouillée, ce qu'il n'a pas fait (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.3). Enfin, bien que la recourante ait exprimé plusieurs plaintes sur le plan psychique qui sont mentionnées dans le rapport d'expertise, notamment fatigue, absence d'envies et d'intérêts, troubles mnésiques importants apparus récemment, anxiété, impulsivité,

tristesse marquée, sentiments de dévalorisation et perte d'appétit, le Dr H_____ ne les retient pas dans son appréciation. Il explique qu'il n'a pas observé de troubles de la concentration tout en indiquant que la mémoire est extrêmement difficile à évaluer et que durant l'entretien, il n'a pas constaté de ralentissement psychomoteur ni de fatigue. Toutefois, tout en étant informé du suivi psychologique de la recourante par Appartenances, il n'a pas pris contact avec les thérapeutes alors que les observations de ceux-ci auraient pu lui permettre d'apprécier plus précisément la question des troubles mnésiques, de la tristesse et de la perte d'envie de vivre qui ont été constatés par le Dr M_____ lors de ses divers examens. Par conséquent, le rapport d'expertise est incomplet.

Il l'est d'autant plus que le Dr H_____ n'examine pas le caractère incapacitant des diagnostics psychiques posés au regard de la grille d'analyse établie par la jurisprudence. Ainsi, le rapport d'expertise ne met pas en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la recourante d'autre part. Il ne donne pas d'indications pertinentes sur le degré de gravité du trouble douloureux. Il n'est pas possible non plus de déterminer l'interaction entre le trouble douloureux et les autres diagnostics psychiques retenus, des indications précises sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante faisant défaut. Il n'est ainsi pas possible de savoir si les ressources personnelles de la recourante sont diminuées par l'existence de comorbidités psychiatriques justifiant la reconnaissance de limitations fonctionnelles ainsi que le Dr M_____ le retient dans son rapport du 27 septembre 2017. En effet, le rapport d'expertise ne contient aucune indication sur les ressources de la recourante et sa capacité à les mobiliser, au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activités dans les domaines comparables de la vie. Il n'aborde pas davantage les fonctions complexes du Moi, notamment le contrôle des affects et des impulsions bien que la recourante se plaigne d'impulsivité.

Par conséquent, au vu de ses lacunes et contradictions, le rapport d'expertise du CEMed n'a pas de valeur probante.

S'agissant des divers rapports du Dr M_____, celui du 19 juin 2017 analyse les critères de Mosimann au lieu de ceux de la nouvelle grille établie par le Tribunal fédéral. Celui du 27 septembre 2017 analyse les critères de la nouvelle jurisprudence, mais de façon insuffisamment approfondie pour permettre de trancher le présent litige sur cette base.

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ;

RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

En l'espèce, dans son avis du 24 septembre 2015, le SMR a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique afin d'analyser les répercussions de la composante fibromyalgique sur la capacité de travail en se basant sur les indicateurs standards requis par la nouvelle jurisprudence. Or, les experts du CEMed n'ont nullement procédé à une telle analyse, de sorte que cette question est restée complètement non instruite par l'intimé. De plus, dans son rapport d'expertise, la Dresse G_____ a préconisé que l'état inflammatoire chronique aux deux épaules soit analysé par un chirurgien-orthopédiste, sans que l'intimé ne diligente un tel examen, de sorte qu'il n'a également pas du tout instruit cette question.

Au vu de cette situation, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire rhumatologique, orthopédique et psychiatrique afin de compléter l'instruction sur les troubles inflammatoires des épaules, l'effet incapacitant de la fibromyalgie et des autres troubles psychiques au regard de la grille d'analyse du Tribunal fédéral. Ce renvoi rend superflue l'analyse des autres griefs soulevés par la recourante.

15. Il se justifie, en conséquence, d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 31 août 2017 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 31 août 2017
3. Renvoie le dossier à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire au sens des considérants, consistant notamment en la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire rhumatologique, orthopédique et psychiatrique.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante un montant de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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