

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4119/2013

ATAS/896/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 14 août 2014

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, représentée
par le Centre Social Protestant

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____1956, de nationalité suisse, célibataire, mère de deux enfants nées en 1982 et 1990, a exercé une activité d'agente de voyage et de secrétaire pour divers employeurs dont B_____ de juin 1993 à décembre 2000 et, suite à l'intégration de celle-ci chez C_____, comme huissière à 50 % pour C_____ depuis le 1^{er} janvier 2001.
2. L'assurée a été en incapacité de travail totale depuis le 18 août 2010, hormis du 16 décembre 2010 au 30 janvier 2011 où la capacité était de 80 %.
3. Le 16 avril 2012, le Dr D_____, FMH rhumatologie, a attesté d'un probable syndrome douloureux diffus chronique (type fibromyalgie), cervicalgies et lombalgies (troubles dégénératifs et statiques) et gonarthrose gauche avec chondrocalcinose. L'assurée se plaignait d'une symptomatologie de douleurs diffuses chroniques et exacerbée depuis plusieurs mois. Ces douleurs évoluaient dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs du rachis et d'une gonarthrose gauche associée radiologiquement à une chondrocalcinose. Les douleurs diffuses que présentait l'assurée, aggravées depuis plusieurs mois, étaient donc vraisemblablement à intégrer dans le contexte d'un syndrome douloureux diffus chronique type fibromyalgie. Cette situation évoluait dans le cadre d'un état dépressif actuellement traité et suivi.
4. Le 15 mai 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
5. Le 15 juin 2012, le Dr E_____, FMH psychiatrie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a attesté des diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) avec traits de personnalité dépendante ; anxiété généralisée (F41.1) ; épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) ; côlon irritable psychogène (F45.32) ; syndrome douloureux diffus chronique de type fibromyalgie (F45.4) ; cervicalgies et lombalgies (troubles dégénératifs et statiques) et gonarthrose gauche avec chondrocalcinose. Elle présentait un syndrome anxiodépressif masqué avec troubles cognitifs et douleurs physiques.
6. Le 17 juillet 2012, le Dr D_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis juin 2003 et d'une incapacité de travail totale depuis 18 mois. Il a posé les diagnostics de lombalgies et cervicalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs et statiques (scoliose lombaire) ; gonarthrose gauche tricompartimentale sévère (et status après ancienne rupture du ligament croisé antérieur) ; chondrocalcinose ; maladie de Kienböck du poignet droit (ancienne ostéonécrose du semi-lunaire droit) ; état dépressif sévère et syndrome de douleurs diffuses chroniques. Les problèmes rhumatologiques (rachis, genou gauche et poignet droit), associés à un état dépressif grave et chronicisé, avaient conduit depuis 18 mois à une incapacité de travail dans une activité « légère ».
7. Le 17 août 2012, le Dr F_____, FMH interniste, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué un trouble de la personnalité type borderline (F60.31) ;

anxiété généralisée (F41.1) ; syndrome douloureux diffus et état dépressif depuis 2007. Il suivait l'assurée depuis le 4 octobre 2007. L'état d'anxiété et la dépression s'étaient aggravés en 2009. Le pronostic était mauvais. L'incapacité de travail était totale.

8. Par communication du 31 octobre 2012, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a renoncé à des mesures de réadaptation professionnelle.
9. Le 4 mars 2013, le Dr D_____ a attesté d'une péjoration des lombalgies et un bilan IRM lombaire du 27 février 2013 montrant des troubles dégénératifs marqués avec signes de discarthrose inflammatoire. La situation handicapait fortement l'assurée.
10. Le 24 avril 2013, à la demande de l'OAI, les Drs G_____ et H_____, de la clinique Corela, ont rendu un rapport d'expertise de 159 pages fondé notamment sur une consultation de l'appareil locomoteur et de psychiatrie du 4 avril 2013. L'assurée se plaignait d'un ralentissement dans la vie quotidienne, de troubles du sommeil, de fatigue, de douleurs du poignet, des lombaires, du genou gauche, du rachis cervical, des deux membres supérieurs, de douleurs dans tout le corps continues et internes, de céphalées, de troubles de la concentration, d'oublis, de perte de motivation, d'anxiété, de fragilité, de tension nerveuse, de manque de soutien et d'évitement passif.

Les experts ont posé les diagnostics somatiques, sans incidence sur la capacité de travail, de :

- Discopathie cervicales C4-C5/C5-L6 et étagées en L2-L3, L3-L4, L4-L5 et L5-S1.
- Maladie de Kienböck du poignet droit en phase stabilisée.
- Gonarthrose fémoro-tibiale interne gauche avec chondrocalcinose, en phase de maintenance.
- Fibromyalgie et psychiatrie sans répercussion sur la capacité de travail.
- Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.

S'agissant de la fibromyalgie, elle ne remplissait pas les critères de gravité de la jurisprudence : il n'existait pas de comorbidité psychiatrique, ni d'affections corporelles chroniques, ni de perte d'intégration sociale ; la situation pouvait évoluer grâce à un traitement bien conduit et à sa bonne volonté ; les efforts de l'assurée n'étaient pas démontrés et il existait une part de surcharge psychologique, faite d'amplification et de plaintes.

Au niveau rachidien, il existait des discopathies dégénératives cervicales en C4-C5 et C5-C6, mais également des discopathies lombaires, lesquelles étaient étagées en L2-L3, L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Ces discopathies étaient à l'origine de douleurs mécaniques déclarées quasi-permanentes. Toutefois, il était difficile de faire la part des choses entre les douleurs émanant des discopathies dégénératives et celles

émanant de la fibromyalgie où on retrouvait à l'examen clinique sur les 12 points douloureux retrouvés, des points au niveau du rachis cervical et rachis lombaire. Lors de l'expertise de l'appareil locomoteur, la présence d'une certaine lenteur aux réponses et d'un certain ralentissement psychomoteur avait été constatée, pouvant rentrer dans le cadre de ce diagnostic.

En ce qui concernait l'atteinte du genou gauche, il existait des douleurs plutôt mécaniques avec des épisodes de gonflement liés d'une part à des lésions arthrosiques fémoro-tibiales internes, mais également liés à la présence d'une chondrocalcinose associée, pouvant parfaitement expliquer les épisodes d'épanchement itératifs.

Concernant les douleurs du poignet, elles étaient à rattacher à une maladie de Kienböck ancienne, laquelle n'avait toutefois entraîné aucune déformation des contours osseux et n'ayant donc pas de conséquences pathologiques nettes ou de nécessités chirurgicales.

Sur le plan psychiatrique, dès 2003, il était apparu une souffrance morale, dans le cadre de difficultés liées au poste de travail. Cependant, eu égard à sa capacité de résilience, l'assurée avait pu s'adapter à sa situation. Par la suite, en 2010, la découverte de l'existence de l'enfant que son compagnon avait eu avec une autre femme avait été à l'origine d'une décompensation de cet équilibre. Ses plaintes actuelles restaient centrées sur le choc de cette nouvelle, la blessure narcissique et les troubles du registre de la dépression qui en avaient découlé. Or, une même blessure narcissique pouvait être évoquée au niveau professionnel quand l'assurée avait subi les restructurations, sans avoir de prises sur elles. Il y avait au niveau personnel un rejet de la situation antérieure professionnelle, expliquant probablement sa difficulté à assumer le tout. Un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (ICD-10, F43.21) pouvait être anamnesticquement retenu, le facteur de stress psychosocial identifiable correspondait à la découverte de l'existence de cet enfant dans sa vie.

La capacité de travail était totale dans l'ancienne activité, hormis d'août à octobre 2010, en raison du trouble psychiatrique.

11. Le 26 septembre 2013, la Dresse I _____ du SMR a estimé que le lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'incapacité de travail médicalement attestée par les médecins-traitants depuis août 2010 ne pouvait être retenu. Il existait les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la station debout et assise prolongée, la position en porte-à-faux cervicale et lombaire, le port de charges moyennes jusqu'à 25kg et occasionnellement 5 à 12 kg, si port de charge répété, pas plus de 5kg en permanence. Pas de flexion-extension du rachis cervical, pas d'écriture prolongées, frappe prolongée intensive au clavier, pas de marche prolongée ni de position accroupie, à genoux ni de monter sur échafaudage, sur des échelles ou escaliers et la capacité de travail était totale hormis du 1^{er} août au 31 octobre 2010.

12. Par projet de décision du 3 octobre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations, vu l'absence d'atteinte à la santé physique et psychique.
13. Le 7 novembre 2013, l'assurée a observé qu'elle n'avait été examinée que deux fois une heure par les experts et ses médecins-traitants posaient des diagnostics différents. Elle a transmis les documents suivants :
 - Un avis du 4 novembre 2013 de Mme J_____, psychologue – spécialiste FSP, selon lequel elle suivait l'assurée depuis le 25 avril 2013, laquelle présentait une personnalité de type borderline, aggravée par un état anxieux et dépressif chronique et s'étonnait d'un refus de prise en charge AI.
 - Un avis du 30 octobre 2013 du Dr D_____ selon lequel les troubles dégénératifs significatifs au niveau du genou et du rachis lombaire montrés par des examens radiologiques rendaient toute à fait plausible une symptomatologie douloureuse importante ; la fibromyalgie amplifiait les douleurs d'origine mécanique ; les troubles psychiatriques nécessitaient un traitement médicamenteux et son suivi psychiatrique qui était en contradiction avec la réfutation / banalisation de la situation par l'expert psychiatre. La capacité de travail était diminuée par les douleurs, même dans une activité légère, adaptée ; les troubles psychiatriques diminuaient les ressources pour faire face à cette situation de douleurs chroniques. Les experts n'avaient pas intégré le cumul des problèmes médicaux.
 - Un avis du 4 novembre 2013 du Dr K_____, FMH médecine interne, selon lequel il suivait l'assurée régulièrement depuis un an et notait une péjoration des troubles somatiques sous forme de douleurs articulaires et musculaires ainsi que l'aggravation de l'état anxieux et dépressif entraînant une incapacité totale de travailler.
14. Le 15 novembre 2013, le Dr L_____ du SMR a estimé que les avis des Drs D_____ et K_____ n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux.
15. Par décision du 2 décembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
16. Le 20 décembre 2013, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision du 2 décembre 2013 auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation, à l'audition de ses médecins et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise médicale indépendante au motif que les experts n'avaient pas intégré tous ses problèmes médicaux et banalisé ses troubles psychiatriques.
17. Le 23 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise était probante et que la recourante se bornait à suggérer l'existence d'une atteinte psychique plus importante que celle retenue, sans l'étayer par un élément au dossier.
18. Le 14 février 2014, la recourante a transmis les pièces médicales suivantes :

- Un avis du Dr K_____ du 14 février 2014 attestant avoir observé ces derniers mois une exacerbation des douleurs lombaires, cervicales et du genou gauche et une péjoration de l'état dépressif. Un avis orthopédique en vue d'une prothèse du genou était prévu.
- Un avis du Dr M_____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, du 13 février 2014 attestant d'un suivi régulier depuis le 13 janvier 2014 et de diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrent entraînant une incapacité de travail totale.
- Des radiographies du genou gauche du 8 janvier 2014, concluant à une gonarthrose débutante fémoro-patellaire et gonarthrose marquée fémoro-tibiale interne et une chondrocalcinose.
- Une IRM de la colonne cervicale du 13 décembre 2013 concluant à une « sténose sévère du canal centra l de C3 et C6, la plus sévère au niveau C4-C5 mesurée à 0,9 cm en antéropostérieur, en relation avec une protrusion discale circonférentielle. La moelle épinière est homogène sans anomalie de signal ou de prise de contraste suspecte. par ailleurs, on mentionnera une sténose neuroforaminale modérée au niveau C3-C4 et C4-C5 des deux côtés en relation avec un complexe disco-ostéophytaire bilatéral entrant en conflit avec la racine sortant C4 et C5 des deux côtés ».

19. Le 3 mars 2014, la Cour de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré :

« J'ai des douleurs permanentes aux jambes, au dos, aux épaules, aux cervicales, aux mains et aux hanches, également durant la nuit. Je dors très mal, je me réveille souvent la nuit, je dois me lever et changer de position. Je mets beaucoup de temps à faire les choses. Le matin, en plus des douleurs, je suis ankylosée et bloquée. Je débute donc par un bain chaud pour atténuer les douleurs. J'arrive à faire mes courses et à sortir un peu, mais je n'arrive presque plus à conduire ma voiture à cause de mes problèmes aux genoux. Ma fille vit avec moi et c'est elle qui s'occupe des tâches ménagères. J'ai travaillé à 50 % avant d'être en incapacité de travail. J'avais fait ce choix pour m'occuper de mes filles. En plus de ce travail, j'assumais une activité de maman gardienne. J'étais agréée et rémunérée pour ce travail. Je ne me rappelle plus du nom de l'organisme qui s'occupait de cela, je crois que c'était Pro Juventute. Je suis suivie par la Dresse K_____, qui est mon médecin généraliste, par le Dr D_____, rhumatologue, et par Mme J_____, qui est psychologue et fait de la semi-hypnose pour essayer de traiter les douleurs. Je suis également suivie depuis le mois de janvier 2014 par le Dr M_____, psychiatre, que je vois tous les quinze jours. J'alterne les consultations avec la Dresse J_____ et le Dr M_____. J'ai un traitement médicamenteux important. Je précise que je souffre également de troubles intestinaux, par cycles. Je prends du Cymbalta, Lyrica, Trittico pour dormir, Stilnox et Seresta. Je suis restée à la clinique Corela de

9h00 à 18h00. L'expertise ne s'est pas très bien passée. J'ai d'abord été entendue par la Dresse G_____, qui m'a posé beaucoup de questions, mais je n'avais pas vraiment le temps de répondre. J'ai été bousculée. J'ai ensuite été vue par la Dresse H_____, qui n'était pas aimable et qui m'a brusquée notamment lorsque j'ai dit que j'avais de la difficulté à me coucher sur un lit plat. Elle m'a appuyé fortement sur certains points et lorsque j'avais mal, elle me disait d'arrêter de crier. J'ai vu dans le rapport qu'elle a noté que je gémissais. Son intervention ne m'a pas semblé sérieuse, notamment lorsqu'elle m'a dit qu'il n'y avait pas de fibromyalgie car je n'avais que neuf points douloureux, pour m'annoncer quelques instants après que finalement oui. Le rapport mentionne finalement que tous les points de fibromyalgie sont présents. Le rapport mentionne également que je n'ai pas de difficulté à me relever de la position accroupie, alors que cela fait des années que je ne peux pas me mettre en position accroupie. L'entretien avec la Dresse G_____ et celle avec la Dresse H_____ ont duré chacun une heure. Je me sens actuellement encore totalement incapable de travailler. Je passe mes journées à gérer mes douleurs. En particulier, lorsqu'on me dit que je peux scinder mon travail, je relève que si je tape sur un ordinateur cinq minutes, j'ai très mal au poignet et que même si je cesse cette activité, la douleur se maintient, de sorte que je n'arrive pas à reprendre le travail de frappe avec une douleur déclenchée. Une prothèse de genou est envisagée et je dois voir le Dr N_____ mercredi prochain. J'ai également rendez-vous avec le Dr O_____, qui est radiologue et spécialiste de la douleur, pour pratiquer d'éventuelles injections aux hanches. J'avais vu le Dr N_____ il y a quatre ans et j'ai vu récemment le Dr O_____. Nous demandons une expertise judiciaire psychiatrique et rhumatologique. Je relève que dans l'expertise psychiatrique, un même paragraphe, qui revient quatorze fois, est erroné, car mon compagnon, atteint dans sa santé, n'est pas revenu vivre chez moi. Nous nous sommes séparés en 2009 et n'avons plus jamais vécu ensemble depuis. Il est donc totalement erroné de dire que j'aurais eu peur qu'il me quitte à nouveau et que je me retrouve dans une situation financière difficile de ce fait. Par ailleurs, j'ai toujours dit que je fumais un paquet et demi de cigarettes par jour. Il est donc erroné de dire que j'aurais caché ce fait à l'une des deux expertes. Enfin, un diagnostic d'obésité a été mentionné à plusieurs reprises, en insinuant qu'il suffirait de perdre du poids pour régler mes problèmes. Je relève également qu'une suspicion d'alcoolisme a été évoquée, alors que je ne bois qu'un à deux verres de vin le soir ».

La représentante de l'OAI a déclaré :

« A ma connaissance, la Dresse H_____ exerce comme rhumatologue indépendante. Nous considérons que l'expertise de la clinique Corela a valeur probante. Je relève que les pièces médicales versées au dossier sont postérieures à la décision ».

20. A la demande de la Cour de céans, la clinique Corela a indiqué le 4 mars 2014 que les Drs G_____ et H_____ disposaient d'un droit de pratique dans le canton de

Genève selon attestation du directeur général de la santé jointe en annexe et transmis leur curriculum vitae.

21. Le 1^{er} avril 2014, la chambre de céans a requis des renseignements complémentaires auprès de la Dresse G_____.
22. Le 8 avril 2014, la Dresse G_____ et M. P_____, administrateur de la clinique Corela, ont répondu qu'il convenait d'écrire au centre d'expertise et non pas au cabinet privé de la Dresse G_____.
23. Le 29 avril 2014, la chambre de céans a réitéré sa demande de renseignements adressée à la Dresse G_____, auprès de la clinique Corela.
24. Le 15 mai 2014, l'assurée a transmis, d'une part, un courrier du Dr N_____ au Dr K_____ mentionnant qu'elle présentait une exacerbation de la gonarthrose gauche et qu'il convenait de mettre en place une prothèse totale du genou gauche, d'autre part, un compte-rendu opératoire du Dr N_____ indiquant une arthroplastie prothétique totale pratiquée le 4 avril 2014.
25. Le 22 mai 2014, la chambre de céans a envoyé un rappel à la Dresse G_____.
26. Le 28 mai 2014, la Dresse G_____ a écrit que le courrier de la chambre de céans du 22 mai 2014 avait retenu sa meilleure attention.
27. Le 3 juin 2014, l'assurée a transmis un rapport d'IRM lombaire et du bassin du 4 mars 2014 concluant à : « IRM lombaire : lombarthrose inter somatique étagée associant dessiccation discale et débords discaux de l'étage L2-L3 à l'étage L5-S1. En L2-L3, MODIC de grade 1 sévère du côté droit avec inflammation sous chondrale et inflammation discale droite avec rétrécissement foraminaux relatifs. A l'étage L4-L5 et L5-S1, débord discal circonferentiel. En L5-S1, rétrécissement foraminaux gauche. IRM du bassin : L'étude du bassin retrouve l'intégrité des sacro-iliaques. Involution graisseuse des muscles moyens fessiers avec périarthrite de hanche et tendino-bursite des petits fessiers, prédominant du côté droit avec déchirure partielle tendineuse. Souffrance inflammatoire plus modérée trochantérienne postérieure au niveau de l'insertion proximale du moyen fessier prédominant du côté gauche ».
28. Le 6 juin 2014, la Dresse G_____ a donné des renseignements complémentaires.
Elle a indiqué qu'elle avait elle-même requis un dosage du taux de CDT de l'assurée car les consommations inappropriées d'alcool et les prises de drogues étaient statistiquement surreprésentées en expertise médicale AI et l'abus ou la dépendance à l'éthanol étaient sous-estimés par les patients lors de l'examen clinique ; elle avait discuté discrètement avec l'assurée de sa consommation d'alcool, sans interrogatoire en règle, lequel amenait trop peu de réponses fiables, ce qui était mentionné dans l'expertise p. 123. Il était normal, dans une expertise pluridisciplinaire, que le chapitre « habitudes » ne parle pas des consommations d'alcool car le psychiatre se chargeait d'investiguer celles-ci. Le diagnostic était chez l'assurée non significativement contributif pour répondre aux questions

principales du mandat. La limite de 2,5 % du dosage CDT indiquée par Unilab correspondait à une consommation de 1,5 l de bière ou 1 litre de vin par jour ; compte tenu de BMI de l'assurée, le taux de 1,97 % n'était probablement pas une situation tout à fait normale. Elle avait choisi de ne pas s'étendre sur ce point. Elle avait elle-même rédigé le rapport d'expertise sous réserve des critères diagnostiques de l'ICD-10, déjà formulé d'entente avec ses collègues psychiatres et le Dr Q_____, responsable des synthèses d'expertises pluridisciplinaires en LAI ;

29. Le 12 juin 2014, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr R_____ et au Dr S_____ et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
30. Le 17 juin 2014, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation et transmis l'avis du SMR du 16 juin 2014 selon lequel les explications de l'experte G_____ du 6 juin 2014 étaient claires et convaincantes.
31. La recourante n'a pas formé d'observations.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS 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. a) 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 345 consid. 3).
- b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 15 mai 2012 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et celles du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

-
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
 4. 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).
 5. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

b) 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.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48 al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

6. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'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), de 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 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et les références).

7. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 *in fine*), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne

régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

8. 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 LPG), 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 125 V 351 consid. 3).
- c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).
- d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions

contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) 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. Etant 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).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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. cc).

h) 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

9. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié 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 les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et les références).

c) 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 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

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

al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas

particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de

l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

e) Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

11. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail

de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATFA non publié I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (ATF non publié 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2).

12. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise de la clinique Corela du 24 avril 2013 pour motiver sa décision de refus de toute prestation en considérant que la recourante était pleinement capable de travailler, hormis du 1^{er} août au 31 octobre 2010.

13. Cependant, la chambre de céans constate que l'expertise de la clinique Corela du 24 avril 2013 et son complément du 6 juin 2014 n'emportent pas la conviction.

a) Du point de vue psychiatrique tout d'abord, l'anamnèse du rapport d'expertise contient des constatations que la recourante conteste de façon convaincante ; en particulier le fait, élément central de l'expertise psychiatrique, selon lequel l'ami de la recourante serait, suite à la survenance d'une grave maladie, revenu vivre auprès de cette dernière en 2011. Or, la recourante a expliqué lors de l'audience de comparution personnelle du 3 mars 2014 qu'elle s'était séparée de son compagnon en 2009 et que celui-ci n'était plus jamais revenu vivre avec elle, fait non contesté par l'intimé.

A cet égard, cette explication revient à de multiples reprises dans le rapport d'expertise.

Ce dernier mentionne ainsi que la maladie de l'ami de la recourante survenue il y avait 18 mois aurait réuni le couple (expertise p. 21), que depuis 18 mois la recourante avait à charge son compagnon (expertise p. 27), que depuis 15 jours la recourante était encore plus triste, fatiguée, désemparée et complètement en détresse car l'état de santé de son compagnon s'était amélioré et qu'elle craignait qu'il s'en aille (expertise p. 27), qu'elle s'était occupée de tout, malgré ses douleurs, dont son compagnon, lequel était malade (expertise p. 86), que son ami était revenu vivre chez elle depuis 18 mois suite à des problèmes de santé (expertise p. 86), que la recourante avait eu des idées de mort suite à l'annonce de la guérison de son ami, ce rétablissement pouvant signifier que ce dernier pourrait repartir (expertise p. 87), que les symptômes de la recourante (ralentissement psychomoteur, dissociation effective avec choc) s'étaient adoucis et avaient

disparus depuis que son ami était revenu chez elle, il y avait 18 mois environ (expertise p. 88), qu'elle évoquait un apaisement concomitant à la maladie de son compagnon et au retour de celui-ci vers elle (expertise p. 89), que la recourante était préoccupée par le fait qu'une fois que son compagnon irait vraiment mieux, il pourrait partir à nouveau (expertise p. 92), que la symptomatologie s'était vite apaisée dès que le compagnon de la recourante était revenu dans sa vie, de sorte que les troubles persistants pourraient être liés à une surconsommation de boissons éthanolées (expertise p. 92), qu'une rémission de signe clinique du trouble de l'adaptation était déjà largement atteinte depuis 18 mois, période à laquelle son compagnon était revenu à domicile (expertise p. 93), que le Cymbalta avait été introduit alors même que la recourante déclarait avoir été en rémission, son compagnon étant venu chez elle dès l'automne 2011 en raison de sa maladie (expertise p. 94), que la recourante était préoccupée par l'état de santé de son compagnon et notamment de l'avenir du couple, maintenant que son ami allait mieux (expertise p. 95), qu'il persistait actuellement de l'inquiétude par rapport à l'avenir de son couple (expertise p. 96), qu'il s'agissait de préoccupations conjugales (expertise p. 96), que suite à l'annonce de la guérison de son ami elle avait présenté des idées de mort ponctuelles car ceci pouvait vouloir dire qu'il pouvait repartir et l'abandonner (expertise p. 97), qu'en présence d'un diagnostic de fibromyalgie, l'irritabilité persistante pouvait exister en face d'un partenaire revenu simplement car il avait un cancer, sans tenir compte de l'état de la recourante (expertise p. 98), que la recourante avait été très présente pour son compagnon, près de lui et qu'elle s'était toujours occupée de tout (expertise p. 100), qu'elle était le soutien familial de référence (expertise p. 100), que le questionnement serait toujours présent, soit sur ce qu'il adviendrait une fois que son compagnon serait complètement rétabli (expertise p. 100), que ses préoccupations concernaient sa fille cadette et son compagnon (expertise p. 102), qu'une fois son compagnon revenu vers elle, dans le cadre de problèmes somatiques, les troubles psychiatriques de l'assurée s'étaient améliorés mais que celle-ci craignait maintenant, vu l'amélioration de l'état de santé de son ami, qu'il la quitte à nouveau (expertise p. 107), qu'elle craignait de ne pas obtenir la certitude d'une vie commune sans interruption avec son compagnon, après tout son investissement personnel durant sa maladie (expertise p. 108), qu'il pouvait être questionné la volonté de vouloir rester avec son ami, renvoyant à un choix lié à un bénéfice personnel qui était passé sous silence (expertise p. 108), qu'elle avait été très présente, en étant près de son compagnon et en s'étant toujours occupée de tout (expertise p. 109), que l'éventualité qu'elle puisse profiter de son arrêt de travail en vue de s'occuper de sa famille, en particulier de son compagnon, ne pouvait être écartée (expertise p. 113), que la recourante avait pu s'occuper de son compagnon (expertise p. 118), que la question du bénéfice primaire pourrait vraiment posée dans le sens d'un bénéfice financier à vouloir rester avec le père de ses enfants (expertise p. 118), que la situation de retraité de son conjoint, devant subvenir à l'éducation d'un nouvel enfant, était de nature à créer une anxiété chez l'assurée, qu'un bénéfice pouvait

être présent pour expliquer la volonté de vouloir rester à tout prix avec cet homme (expertise p. 125), que la recourante avait choisi d'orienter tout son discours sur sa vie de couple alors qu'il apparaissait qu'elle pourrait bien copier les symptômes de la pathologie de son enfant (expertise p. 126), que l'ami de la recourante serait revenu dans sa vie 18 mois avant l'expertise, de sorte que les symptômes de la recourante se seraient amendés depuis ce retour (expertise p. 127), que la situation du compagnon de l'assurée avait permis au couple de se rapprocher à nouveau, que le pronostic pour une éventuelle reprise de travail était assez réservé en raison d'une fragilité émotionnelle de l'assurée laquelle craignait que son compagnon ne la quitte à nouveau (expertise p. 128), que depuis que son compagnon était revenu dans sa vie, il y avait 18 mois, les symptômes de l'assurée s'étaient amendés (expertise p. 131).

L'expertise psychiatrique analyse ainsi les plaintes de la recourante et les constatations cliniques en partant du principe que la recourante a repris la vie commune avec son compagnon une année et demi auparavant et qu'elle vit dans la crainte, depuis que l'état de santé de son ami s'est amélioré, que celui-ci la quitte à nouveau et la prive d'un soutien financier. Cette conclusion, comme il a été exposé ci-dessus, revient dans le rapport d'expertise à plus de 30 reprises. Or, la recourante a indiqué, de façon crédible, en audience de comparution personnelle qu'elle s'était séparée de son ami en 2009 et qu'elle n'avait plus repris de vie commune avec lui depuis. Ce fait n'a pas été contesté par l'intimé. Ainsi, l'explication centrale de l'expertise psychiatrique, c'est-à-dire l'amendement des plaintes de la recourante au jour où la vie commune avait repris avec son compagnon et son insistance à obtenir une rente de l'assurance-invalidité par peur de la perte du soutien financier de ce dernier tombe à faux.

Pour cette seule raison déjà, l'expertise n'a pas de valeur probante.

b) Par ailleurs, l'expertise insinue que la recourante consomme des quantités d'alcool importantes, ce qui expliquerait une partie des plaintes. Il est mentionné que cette consommation pourrait expliquer la fatigue matinale dont elle se plaint, vu l'effet asthéniant connu de l'éthyle (expertise p. 86), les troubles persistants telle l'irritabilité, vu qu'une surconsommation de boissons éthanolées participe aux troubles du caractère (expertise p. 92) et les difficultés de concentration (expertise p. 98). En outre, il est relevé qu'une abstinence totale à l'éthyle est recommandée au motif qu'une telle consommation contribue à entretenir et exacerber les symptômes anxieux dont la recourante se plaint (expertise p. 102). Les experts relèvent ainsi que l'éventualité de la participation d'une prise excessive d'éthyle dans le tableau clinique dépeint ne peut être écartée (expertise p. 88).

A cet égard, la chambre de céans constate que malgré la conclusion de l'expertise quant à l'absence de signes cliniques d'imprégnation aiguë, de signes cliniques physiques ou chroniques et des critères CAGE négatifs, l'expertise retient qu'une positivité des critères pour le dépistage d'une dépendance ne peuvent être écartés, car le taux de CDT testé est de 1,97 % alors que dès 1,9 % il correspondrait à une

consommation d'éthanol à surveiller. Constatant que le taux précité est à la limite inférieure de la norme, les experts en concluent que de faux négatifs existent chez les personnes en surpoids ou aux longues habitudes d'éthyle et que la recourante, modérément obèse, peut sûrement ingérer des quantités supérieures à ce que le résultat CDT suggère, ce qui expliquerait les plaintes comme l'irritabilité, les troubles du sommeil, la fatigue et les autres symptômes (expertise p. 124) et permettrait d'émettre l'hypothèse que les symptômes décrits seraient entretenus, voire produits, par une prise excessive d'éthyle (expertise p. 130).

A cet égard, il est à constater que l'anamnèse n'a pas relevé de consommation d'alcool, cette question ne ressortant en particulier pas du chapitre habitudes (expertise p. 24). On ne sait, dans ces conditions, si cette question a même été abordée par les experts et si la recourante a été questionnée sur ce sujet. A la demande de la chambre de céans, la Dresse G_____ a expliqué qu'elle avait discuté « discrètement » avec l'assurée de sa consommation d'alcool, ce qui ressortait du rapport p. 123. Or, ledit rapport mentionne à cet endroit uniquement l'absence de signe clinique en rapport avec une dépendance et les résultats négatifs des critères CAGE, sans précision quant aux propos tenus par l'assurée sur sa propre consommation.

Entendue en audience de comparution personnelle des parties par la chambre de céans, la recourante a relevé qu'elle buvait seulement un ou deux verres de vin le soir. Or, l'expertise est orientée, sans fondement sérieux, sur une hypothèse de dépendance de la recourante à l'alcool, laquelle expliquerait la majorité des plaintes. Le taux de CDT testé le 10 avril 2013 est même précisé en ce sens qu'une norme de « consommation d'éthyle à surveiller » située entre 1,9 et 2,5 % est ajoutée par les experts dans leur motivation alors qu'elle n'apparaît pas sur le rapport d'analyse d'Unilab, celui-ci se contentant de mentionner qu'un taux supérieur à 2,5 % correspond à une consommation d'éthanol de plus de 60g par jour durant plus de deux semaines. Le taux de la recourante, lequel est situé au bas de la fourchette précitée, soit à 1,97 % est ensuite qualifié de faux négatif afin d'appuyer l'hypothèse d'une surconsommation d'alcool. La chambre de céans constate que cette construction n'est pas plausible et ne repose sur aucun fondement, ce d'autant que ni l'anamnèse, ni l'examen clinique ou encore le test CAGE effectué n'ont amené d'élément qui justifiait même la recherche d'une surconsommation d'alcool. Questionnée à ce sujet, la Dresse G_____ n'a pas expliqué le taux de 1,9 % – 2,5 % qualifié de consommation d'éthanol à surveiller mentionné dans le rapport d'expertise alors qu'il n'apparaît pas dans le rapport d'Unilab. Elle a émis l'hypothèse que le surpoids de l'assurée permettrait à celle-ci d'absorber « plus que la moyenne » tout en relevant qu'elle ne connaissait pas de critère fiable pour déterminer la valeur limite précise de l'assurée. Cette indication entre aussi en contradiction avec la norme précise fixée dans le rapport d'expertise de 1,9 % à 2,5 % suggérant que l'assurée présente un résultat d'analyse de CDT au-dessus de la normale. Enfin, la Dresse G_____ semble minimiser la situation

qu'elle qualifie de « pas tout à fait normale » par rapport au taux de CDT testé de 1,97 % en indiquant qu'elle avait choisi de ne pas en faire un chapitre à part et de ne pas s'étendre sur ce point dès lors placé en toute fin d'analyse par diagnostics (courrier du 6 juin 2014 p. 3), alors même que, comme exposé ci-dessus, la surconsommation d'alcool suggérée par l'experte est avancée à plusieurs reprises dans le rapport d'expertise pour expliquer une partie des plaintes de l'assurée.

Pour cette raison également, l'expertise psychiatrique n'a pas de valeur probante.

c) Les experts soulignent aussi le fait que l'assurée évoque la nécessité financière d'obtenir une rente (expertise p. 85), qu'elle est très demanderesse d'une rente AI (expertise p. 118), qu'elle recherche un soutien financier de l'AI (expertise p. 125), qu'elle collabore de façon moyenne en orientant ses réponses (expertise p. 85), qu'il existe une tendance massive à un apitoiement sur soi (expertise p. 89), que la vie sociale et l'organisation journalière de l'assurée sont conservées (expertise p. 93), que l'assurée exige d'être crue sur parole (expertise p. 115), que l'assurée présente une hyper-réaction, avec gémissements exagérés (expertise p. 116), qu'elle présente une tendance à la majoration des plaintes (expertise p. 130), un côté un peu manipulateur (expertise p. 131), que de manière tout à fait étonnante elle ne décrit aucune anxiété en lien avec la situation de sa fille, laquelle dépend de l'Hospice général (expertise p. 96) ou que les descriptions de l'assurée quant à ses craintes ne sont pas convaincantes (expertise p. 99).

Or, ces affirmations semblent être formulées sans constatation objective, ni motivation, donnant l'impression que l'expertise est fondée sur la présomption que l'assurée, par peur de perdre le soutien financier de son compagnon, cherche le bénéfice d'une rente d'invalidité, par le biais d'une majoration de ses plaintes et de la manipulation des experts, alors qu'en réalité les symptômes psychiques dont elle se plaint se seraient amendés au jour où elle a repris la vie commune avec son compagnon (expertise p. 92) et seraient expliqués, en grande partie, par une surconsommation d'alcool.

Or, comme il a été vu ci-dessus, ces conclusions sont fondées sur des prémices ou constatations qui ne sont pas motivées de façon crédible et ne sauraient, pour cette raison, avoir une quelconque valeur probante.

d) En outre, les experts se demandent également si, finalement, les diagnostics posés par le psychiatre traitant ne sont pas plus orientés vers une pathologie de la fille de l'assurée, laquelle aurait mal partout, dont la recourante copierait les symptômes (expertise p. 126) ; cette affirmation, qui est énoncée sans que l'on sache quelle pathologie la fille de l'assurée présenterait et sans motivation aucune quant à la réalité du processus de « copiage » de la pathologie supposée de cette dernière, ne saurait être considérée comme probante.

e) Enfin, les constatations et conclusions de l'expertise psychiatrique sont en contradiction avec les avis des médecins-traitants soit le Dr E_____ (avis du 15 juin 2012), lequel a posé les diagnostics, notamment, de trouble de la

personnalité émotionnellement labile type borderline avec trait de personnalité dépendante, anxiété généralisée et épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, le Dr D_____ (avis du 17 juillet 2012), lequel a également posé le diagnostic d'état dépressif sévère et syndrome de douleurs diffuses chroniques, le Dr F_____ (avis du 17 août 2012), lequel a posé le diagnostic de trouble de la personnalité type borderline, anxiété généralisée, syndrome douloureux diffus et état dépressif, Mme J_____ (avis du 4 novembre 2013), laquelle a mentionné une personnalité de type borderline et un état anxieux et dépressif chronique, le Dr K_____ (avis des 4 novembre 2013 et 14 février 2014), lequel mentionne un état anxieux et dépressif et, enfin, le Dr M_____ (avis du 13 janvier 2014), lequel a posé le diagnostic d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrent.

14. Du point de vue rhumatologique ensuite, il convient également de constater que le rapport d'expertise n'emporte pas la conviction.

Le rapport tente de démontrer que la recourante se contredit et qu'elle majore ses plaintes.

S'agissant tout d'abord des discopathies cervicales, le rapport mentionne une discordance dans la mesure où d'après les plaintes spontanées les douleurs limiteraient les mouvements du cou alors que l'auto-questionnaire indique que les algies ne sont pas exacerbées par la mobilisation cervicale (rapport p. 33). Cette constatation se fonde sur une croix posée à côté d'un « NON » à la question est-ce que les symptômes augmentent avec les mouvements de votre cou (rapport p. 135) ; or, les douleurs mentionnées dans le questionnaire étaient plus générales, soit celles au cou mais aussi au bras et à l'épaule.

Ensuite, l'expert estime que tant au niveau cervical que lombaire, les douleurs dues aux discopathies dégénératives peuvent être contrôlées, sous traitement bien conduit. Or, le traitement actuel a, dans le même temps été considéré comme adéquat, avec une prescription d'anti-inflammatoires dix jours par mois sous couverture d'une IPP. L'expert n'explique pas en quoi les douleurs au rachis cervical et au rachis lombaire, persistantes malgré le traitement, n'auraient plus aucun lien avec le diagnostic de discopathie dégénérative objectivée (rapport p. 45) et ne relèveraient que de la fibromyalgie (rapport p. 41).

Enfin, le Dr D_____ (avis des 17 juillet 2012, 4 mars et 30 octobre 2013) a communiqué que la recourante présentait des troubles dégénératifs lombaires marqués avec signe de discarthrose inflammatoire, des troubles dégénératifs cervicaux, aux genoux et au poignet provoquant une symptomatologie douloureuse importante et objectivable, la fibromyalgie amplifiant les douleurs. Le Dr K_____ a également fait état d'une exacerbation de douleurs lombaires, cervicale et du genou gauche (avis des 4 novembre 2013 et 14 février 2014) et la recourante a produit une IRM du 13 décembre 2013 postérieure au rapport des experts attestant de diverses atteintes. Enfin, une prothèse du genou gauche a été posée le 4 avril 2014 par le Dr N_____.

Il convient dans ces conditions d'ordonner également une expertise rhumatologique.

15. Pour toutes ces raisons, l'expertise psychiatrique de la clinique Corela doit être écartée et une expertise judiciaire bidisciplinaire sera ordonnée, laquelle sera confiée au Dr R_____, FMH en psychiatrie, à Chêne-Bourg et au Dr S_____, FMH en rhumatologie, à Lausanne, les experts psychiatre et rhumatologue étant requis de procéder une appréciation consensuelle du cas.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale. La confie aux Drs S_____ et R_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

Du point de vue rhumatologique :

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme A_____, en particulier les Drs D_____, K_____ et N_____.
 - c. Examiner Mme A_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelles sont les plaintes de Mme A_____ ?
 - g.
 1. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme A_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 2. En particulier, Mme A_____ présente-t-elle une fibromyalgie ?
 - h. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - i. Mme A_____ suit-elle un traitement adéquat ?
 - j. Quelles sont les limitations fonctionnelles relativement à chaque diagnostic ?
 - k. Compte tenu de vos diagnostics, Mme A_____ pourrait-elle exercer une activité lucrative ?
 - 1) Si oui, à quel taux et depuis quelle date ?

En particulier les anciennes activités de secrétaire et huissière sont-elles exigibles ? Si oui, à quel taux ?
 - 2) Si non, depuis quelle date Mme A_____ présente-t-elle une incapacité de travail totale ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 3) Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est-elle exigible ? Si oui, à quel taux, depuis quelle date et quel type d'activité ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - l. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
-

- m. Mme A_____ présente-t-elle des limitations dans l'exécution des tâches ménagères ?
- n. Etes-vous d'accord avec les avis du Dr D_____ des 16 avril, 17 juillet 2012, 4 mars et 30 octobre 2013 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle depuis 2011 ? Si non, pourquoi ?
- o. Etes-vous d'accord avec l'expertise de la clinique Corela (Dresse H_____) du 24 avril 2013 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail totale dans l'ancienne activité ? Si non pourquoi ?
- p. Quel est le pronostic ?
- q. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 2 décembre 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- r. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- s. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

Du point de vue psychiatrique :

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme A_____, en particulier le Dr M_____, ainsi qu'auprès de Mme J_____.
- c. Examiner Mme A_____.
- d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
- e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
- f. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
- g. 1) Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme A_____ d'un point de vue psychiatrique ?
2) Quels sont les diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail ?
3) Depuis quelle date sont-ils présents chez Mme A_____ ?
4) L'atteinte a-t-elle évolué ?
5) Quelles sont les limitations fonctionnelles relativement à chaque diagnostic ?
- h. Quel traitement est-il indiqué ? Mme A_____ suit-elle un traitement adéquat ?
- i. Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
- j. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ?
Si oui :

- 1) Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?
 - 2) Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 - 3) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - 4) Mme A_____ subit-elle une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 - 5) Existe-t-il chez Mme A_____ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
 - 6) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
 - 7) Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ?
 - 8) Dans quelle mesure peut-on exiger de Mme A_____ qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
 - 9) En d'autres termes, Mme A_____ dispose-t-elle et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
- k. Compte tenu de votre diagnostic, Mme A_____ pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui :
- 1) Laquelle ?
 - 2) A quel taux ?
 - 3) Depuis quelle date ?
 - 4) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- l. Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- m. Etes-vous d'accord avec l'experte G_____ (rapport de la clinique Corela du 24 avril 2013) ? En particulier avec le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée n'entraînant aucune incapacité de travail hormis du 1^{er} août au 31 octobre 2010 ? Si non, pour quels motifs ?

- n. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr M_____ du 13 février 2014 ? En particulier avec le diagnostic d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrente entraînant une incapacité de travail totale ? Si non, pour quels motifs ?
- o. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité, soit le 2 décembre 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
- p. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- q. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

Appréciation consensuelle du cas :

Compte tenu des limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques, Mme A_____ est-elle capable de travailler ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

- 2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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