

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4119/2013

ATAS/2/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 janvier 2016

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, avec élection
de domicile c/o Me Jana BURYSEK

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), 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 dans l'Hospice général, comme huissière à 50% 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 docteur C_____, 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 docteur D_____, 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 marqué avec troubles cognitifs et douleurs physiques.
6. Le 17 juillet 2012, le Dr C_____ 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 docteur E_____, 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 C_____ 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 doctoresses F_____ et G_____, 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 doctresse H_____, 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 Madame I_____, 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 C_____ 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 un 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 de la doctoresse J_____, FMH médecine interne, selon lequel elle 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 docteur K_____, du SMR, a estimé que les avis des Drs C_____ et J_____ 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 :

- 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 ».
- Un avis de la Dresse J_____ 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 docteur L_____, 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.

19. Le 3 mars 2014, la chambre 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 J_____, qui est mon médecin généraliste, par le Dr C_____, rhumatologue, et par Mme I_____, 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 L_____, psychiatre, que je vois tous les quinze jours. J'alterne les consultations avec la Mme I_____ et le Dr L_____. 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 F_____, 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 G_____, 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 F_____ et celle avec la Dresse G_____ 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 la Dresse M_____ mercredi prochain. J'ai également rendez-vous avec le Dr N_____, qui est radiologue et spécialiste de la douleur, pour pratiquer d'éventuelles injections aux hanches. J'avais vu la Dresse M_____ il y a quatre ans et j'ai vu récemment le Dr N_____. 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 G_____ 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 chambre de céans, la clinique Corela a indiqué, le 4 mars 2014, que les Dresses F_____ et G_____ 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 F_____.
22. Le 8 avril 2014, la Dresse F_____ et Monsieur O_____, 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 F_____.
23. Le 29 avril 2014, la chambre de céans a réitéré sa demande de renseignements adressée à la Dresse F_____, auprès de la clinique Corela.
24. Le 15 mai 2014, l'assurée a transmis, d'une part, un courrier de la Dresse M_____ à la Dresse J_____ 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 de la Dresse M_____ 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 F_____.
26. Le 28 mai 2014, la Dresse F_____ 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 F_____ 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 docteur V_____, responsable des synthèses d'expertises pluridisciplinaires en LAI ;

29. Par ordonnance du 14 août 2014, la chambre de céans a confié une expertise bidisciplinaire aux docteur P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et Professeur Q_____, FMH rhumatologie.

30. Le 28 octobre 2014, le Prof. Q_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assurée se plaignait de troubles du sommeil, douleurs au bras, épaule et main droite, douleurs dans la région cervicale irradiant vers les omoplates, dans la région dorsale et lombaire avec irradiations dans la jambe gauche.

Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicarthrose depuis de nombreuses années, lombarthrose (aggravée depuis 2010), ancien maladie de Kienböck (poignet gauche), état douloureux chronique (fibromyalgie avec état de fatigue chronique depuis 2002 environ), et de périarthropathie de l'épaule droite (objectivée en 2014).

L'assurée avait présenté une aggravation de l'atteinte au genou et à la colonne lombaire et cervicale en 2010 ; la prothèse du genou avait été une réussite ; il existait une limitation de la rotation de l'épaule droite, des mouvements de rotation de la colonne cervicale, des inflexions latérales et des mouvements d'hyperextension de la colonne lombaire.

L'assurée présentait depuis 2010 une capacité de travail de 75% dans les anciennes activités de secrétaire et huissière ; l'incapacité de travail de 25% était liée à l'état douloureux en rapport avec une tendinopathie de l'épaule droite et l'arthrose lombaire, cervicale et du genou : elle devait pouvoir changer de position une à deux fois par heure ; depuis le 1^{er} juin 2014, soit à la suite de l'intervention de la Dresse M_____ en avril 2014, la capacité de travail était de 85% dans une activité adaptée (alternance de positions, pas de port de charges de plus de 5 kg). Le pronostic était favorable, en l'absence de complications neurologiques. L'abus d'alcool ne pouvait pas être retenu chez l'assurée qui consommait tout au plus un ou deux verres de vin par jour.

31. Le 16 février 2015, le Dr P_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assurée se plaignait de douleurs, de fatigue, d'altération chronique de l'humeur, de troubles du sommeil et de l'appétit, de troubles attentionnels et mnésiques, de crises d'angoisses s'accroissant depuis la mort de son compagnon en 2014.

L'expert a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F33.01), et de traits de personnalité dépendante.

Le trouble dépressif était chronique et persistant depuis 2010 ; le traitement était adéquat. La dépression était en partie liée au syndrome somatoforme douloureux qui la pérennisait et l'aggravait, mais dont elle n'était pas totalement dépendante ; le trouble dépressif récurrent constituait une comorbidité psychiatrique et entraînait une diminution de la capacité de travail. L'assurée ne subissait pas une perte d'intégration sociale ; elle avait été sa vie entière dans une situation de conflit psychique, conflit qui n'avait jamais été résolu ; le large éventail des traitements n'avait pas permis de soulager le trouble douloureux persistant. La capacité de l'expertisée à mobiliser sa volonté était partiellement réduite par l'état dépressif. On pouvait néanmoins exiger d'elle qu'elle la mette en œuvre pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail dans une activité à temps partiel. Les ressources psychiques de l'expertisée étaient diminuées, mais pas totalement abolies par l'état dépressif chronique. Elles devraient lui permettre de surmonter ses douleurs et d'exercer une activité lucrative à temps partiel. L'expertisée était capable d'exercer son activité habituelle (secrétaire-réceptionniste, huissière ou d'hôtesse d'accueil). Elle ne devrait toutefois pas être exposée à des situations stressantes, comme cela pouvait être le cas dans son ancien emploi. Une activité à 60% était exigible depuis 2010.

32. Le 17 février 2015, le Prof. Q_____ a indiqué qu'après discussion prolongée avec le Dr P_____, ils avaient décidé que l'assurée était capable de travailler à 60% depuis 2010 ; les limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques qui entraient en ligne de compte étaient une légère limitation de la mobilité lombaire (lombarthrose) ; une diminution de la mobilité de l'épaule droite (péri-arthropathie), qui était douloureuse à pratiquement tous les mouvements ; la douleur en soi, devenue quasi permanente, qui réduisait la capacité de concentration et l'aptitude à maintenir une attention soutenue, aggravant sur ce point les dysfonctionnements cognitifs propres à la dépression ; la fatigue physique et psychique, la baisse de l'élan vital, l'abattement de l'humeur et la réduction de la capacité à mobiliser sa volonté.
33. Le 10 mars 2015, le docteur R_____, du SMR, a estimé que l'on ne pouvait pas suivre la limitation de la capacité de travail retenue par l'expert psychiatre, aucune pathologie psychiatrique n'étant incapacitante et seule une baisse de rendement de 15% pouvait être admise.
34. Le 7 avril 2015, l'OAI s'est ralliée à l'avis du SMR et a conclu au rejet du recours.
35. Le 9 avril 2015, l'assurée a observé que le Dr P_____ attestait d'une comorbidité psychiatrique et les critères pour évaluer si un trouble somatoforme douloureux était invalidant étaient tous remplis ; elle ne disposait pas de ressources psychiques lui permettant d'exercer une activité lucrative depuis 2010. Elle a fourni :

- un rapport du Dr L_____ du 13 mars 2015 selon lequel le rapport du Dr P_____ était précis et exact, mais que l'assurée, en décembre 2014, était proche d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, qui avait été évitée grâce au soutien de la fille de l'assurée ; une symptomatologie sévère était présente dès janvier 2015 ; la capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée ;
 - un rapport de la Dresse J_____ du 13 mars 2015, selon lequel les conclusions de l'expertise bidisciplinaire n'étaient pas compatibles avec un travail à 60% ;
 - un rapport d'IRM lombaire et du bassin du 5 mars 2014 ;
 - un rapport d'IRM de l'épaule droite du 21 août 2014 ;
 - un rapport du Dr C_____ du 11 mars 2015, selon lequel l'IRM du 4 mars 2014 montrait des troubles dégénératifs importants et l'on ne pouvait extrapoler, comme le faisait l'expert, que les lésions dégénératives sévères objectivées ne pouvaient pas être à l'origine de douleurs handicapantes ; l'IRM du 21 août 2014 montrait une tendinopathie sévère et l'expert n'avait pas décrit les signes d'important conflit sous acromial centré sur le tendon du sus-épineux ; l'expertise minimisait l'impact des douleurs handicapantes et persistantes.
36. A la demande de la chambre de céans, le Prof. Q_____ a indiqué le 12 mai 2015 que l'IRM montrait souvent des images sans rapport avec les données cliniques, que le rapport du docteur S_____, FMH en neurologie du 15 septembre 2014 concluait à l'absence de déficit au status neurologique, qu'il n'avait lui-même pas mis en évidence d'atteinte neurologique notable, que la mobilité des segments vertébraux n'était que légèrement réduite, que les signes d'inflammation sévère notée sur l'IRM lombaire pouvaient correspondre à des poussées évolutives de l'arthrose mais n'étaient pas liés à une spondylolisthésis ou à une maladie infectieuse de la colonne, que l'arthrose lombaire mise en évidence était banale au-delà de quarante ans et entraînait une diminution de la mobilité de la colonne, que la douleur de l'arthrose n'était pas permanente mais survenait aux changements de position ou lors du port de charges un peu lourdes, que l'épaule droite selon l'IRM du 22 août 2014 montrait des signes de périarthropathie mais avec une mobilité quasi normale, que les douleurs permanentes invoquées n'entraient pas dans le cadre d'une arthrose habituelle de sorte que le diagnostic de fibromyalgie avait été posé.
37. Le 5 juin 2015, le Dr R_____ a observé que le Prof. Q_____ indiquait qu'il n'y avait pas de corrélation entre les plaintes et les images de bilans, qu'il insistait sur le caractère banal de l'arthrose du rachis lombaire, qu'il concluait que le status n'était pas du tout en rapport avec des éventuelles atteintes ostéo-articulaires et que la pérennité des douleurs confirmait le diagnostic de fibromyalgie, qu'enfin, ces explications confirmaient les conclusions précédentes du SMR.
38. Le 8 juin 2015, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 5 juin 2015 et a confirmé ses conclusions.

39. A la demande de la chambre de céans, les parties se sont prononcées sur les conséquences de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281).
40. Le 21 juillet 2015, l'OAI a observé que les principes dégagés dans l'arrêt précité ne s'appliquaient pas au cas d'espèce.
41. Le 19 août 2015, l'assurée a observé que l'arrêt précité s'appliquait aux cas encore pendants, dont le sien.
42. Le 22 juillet 2015, l'assurée a observé que le complément du Prof. Q_____ ne faisait que confirmer ses précédentes constatations mais ne répondait pas à la question du Dr C_____, à savoir si les lésions dégénératives sévères objectivées pouvaient être à l'origine de douleurs handicapantes. Il convenait de compléter l'expertise afin d'appliquer les critères issus de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015, en particulier, l'assurée a relevé : « diagnostic (avec répercussion de la capacité de travail), répercussion de la fibromyalgie sur la capacité de travail et sur celle à accomplir les tâches ménagère, sur le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle, des ressources personnelles eu égard à sa personnalité et au contexte social ainsi que les limitations fonctionnelles dans tous les domaines (travail et loisirs). Les experts devront également se prononcer sur la question de savoir si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes ». Par ailleurs, elle considérait avoir un statut mixte et non pas d'active dès lors qu'elle avait travaillé à 50%, de sorte qu'elle requérait aussi un complément d'expertise sur ses empêchements à accomplir les tâches ménagères.
43. Le 19 août 2015, l'assurée a observé que la nouvelle jurisprudence était applicable au cas d'espèce, contrairement à l'avis de l'OAI du 21 juillet 2015.
44. Le 19 octobre 2015, la chambre de céans a derechef requis de l'OAI qu'il se prononce sur l'expertise au regard de l'ATF 141 V 281, cette jurisprudence ayant été appliquée par le Tribunal fédéral à un cas pendant.
45. Le 2 novembre 2015, le Dr R_____, du SMR, a observé qu'au regard de cette nouvelle jurisprudence, on ne pouvait retenir une incapacité de travail de 40%, le syndrome douloureux somatoforme n'étant certainement pas d'une sévérité suffisante, le Dr P_____ a indiqué qu'il n'existait pas de comorbidité associée, que l'assurée possédait les ressources personnelles lui permettant de surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail, qu'elle était entourée par un environnement aidant et qu'on ne pourrait retenir un poids des souffrances suffisant et une cohérence dans tous les domaines comparables de la vie car l'assurée sortait régulièrement de chez elle, promenait ses chiens, faisait ses courses en conduisant sa voiture ; ainsi, la capacité de travail était pleine, avec une baisse de rendement de 15%.
46. Le 30 novembre 2015, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 2 novembre 2015 en observant que l'assurée ne subissait pas une perte d'intégration sociale, qu'elle était

soutenue par un ami et sa famille et qu'elle possédait des ressources personnelles pour surmonter ses douleurs et retravailler. L'examen du cas à la lumière de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral ne permettait pas à l'OAI de modifier son appréciation du cas.

47. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis 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).

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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).
5. 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. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p.182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2)

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

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes 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) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_10/2015 du 5 septembre 2015 destiné à la publication 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).

7. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132

V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

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

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

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

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

C. Axe « contexte social »

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

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (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).

9. 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).

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

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

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes 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. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes

douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des

éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Une expertise sur pièces n'apporte pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54 consid. 2f).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

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

un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

10. 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).
11. 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). 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'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).

Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit., consid. 8)

Lorsqu'une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2014, op. cit., consid. 8).

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.

Cependant, dans son ordonnance d'expertise du 14 août 2014, la chambre de céans a constaté que l'expertise de la clinique Corela du 24 avril 2013 et son complément du 6 juin 2014 n'emportaient pas la conviction et décidé d'ordonner en conséquence une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique en considérant ce qui suit :

- 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 bénéficiaire 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 bénéficiaire primaire pourrait vraiment posée dans le sens d'un bénéficiaire 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 bénéficiaire 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 F_____ 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 F_____ 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 F_____ 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 D_____ (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 C_____ (avis du 17 juillet 2012), lequel a également posé le diagnostic d'état dépressif sévère et syndrome de douleurs diffuses chroniques, le Dr E_____ (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 I_____ (avis du 4 novembre 2013), laquelle a mentionné une personnalité de type borderline et un état anxieux et dépressif chronique, la Dresse J_____ (avis des 4 novembre 2013 et 14 février 2014), lequel mentionne un état anxieux et dépressif et, enfin, le Dr L_____ (avis du 13 janvier 2014), lequel a posé le diagnostic d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrent.

f) 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 C_____ (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 Dresse J_____ 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 la Dresse M_____.

13. Pour toutes ces raisons, l'expertise psychiatrique de la clinique Corela a été écartée et une expertise judiciaire bidisciplinaire a été ordonnée le 14 août 2014, confiée au Dr P_____ et au Prof. Q_____.
14. La chambre de céans constate que les expertises du Dr P_____ du 16 février 2015 et du Prof. Q_____ du 28 octobre 2014, complétée le 12 mai 2015, ainsi que l'appréciation consensuelle du cas du 17 février 2015, à laquelle ont procédé les deux experts, répondent aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante.
15. S'agissant de l'expertise rhumatologique, l'expert a procédé à l'examen complet de la recourante, ainsi qu'à celui des documents radiologiques, dont les IRM des 4 mars et 21 août 2014. Son rapport comporte une anamnèse, les plaintes de la recourante, une description des constatations de l'examen clinique et la réponse motivée aux questions de la mission d'expertise. Ce rapport est clair et complet.

L'expert a conclu à un diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de « cervicarthrose depuis de nombreuses années, lombarthrose (aggravée depuis 2010), ancienne maladie de Kienböck (poignet gauche), état douloureux chronique (fibromyalgie chronique depuis 2002 environ), péri-arthropathie de l'épaule droite (objectivée en 2014). » L'atteinte du genou, de la colonne cervicale et lombaire s'était détériorée en 2010 et des douleurs de l'épaule droite étaient apparues récemment. Il n'y avait pas de répercussions d'ordre neurologique et le pronostic

était favorable. Il a conclu à une capacité de travail de 75% depuis 2010, puis de 85% depuis le 1^{er} juin 2014, dans une activité adaptée (alternance des positions assise / debout et absence de port de lourdes charges). A la demande de la chambre de céans, l'expert a précisé, le 12 mai 2015, que la corrélation entre les images IRM et la clinique était mauvaise, que la recourante ne présentait pas de déficit au status neurologique, selon l'examen du Dr S_____ et son propre examen clinique, que les images IRM montraient des signes d'inflammation sévère pouvant correspondre à des poussées évolutives de l'arthrose, mais pas à un spondylolisthésis, ni à une maladie infectieuse de la colonne ; ces images montraient une arthrose lombaire pouvant entraîner une diminution de mobilité de la colonne avec des douleurs occasionnelle ; l'épaule droite présentait une péri-arthropathie ; les plaintes de la recourante sous la forme de douleurs permanentes ne correspondaient pas à une arthrose habituelle, mais à une fibromyalgie.

L'intimé a approuvé l'appréciation de l'expert quant à une capacité de travail réduite de 25% avant l'intervention du genou, soit jusqu'en mai 2014, et de 15% dès juin 2014. La recourante a contesté cette appréciation et fourni un avis du Dr C_____ du 11 mars 2015, selon lequel l'expertise rhumatologique minimisait l'impact des douleurs handicapantes et persistantes et l'impact des anomalies relevées par les IRM, ainsi qu'un avis de la Dresse J_____ du 13 mars 2015, selon lequel les activités de secrétaire – réceptionniste – huissière – hôtesse d'accueil – nécessitaient de longues heures de position assise, incompatibles avec son état de santé.

Les rapports des médecins-traitants ne sont pas à même de remettre en cause l'expertise rhumatologique : le Dr C_____ semble attribuer les douleurs constantes (lombalgies, épaule droite, cervicalgies) aux lésions dégénératives sévères des tendons supra-épineux et infra-épineux de l'épaule droite vues à l'IRM. Or, l'expert estime, compte tenu de son examen clinique, de celui du Dr S_____ du 15 septembre 2014 et des images IRM que seules des douleurs occasionnelles de la recourante sont objectivables, expliquées par l'arthrose lombaire, la péri-arthropathie de l'épaule droite et impute les douleurs permanentes au diagnostic de fibromyalgie (douze points de fibromyalgie sont très sensibles à la palpation – expertise Q_____ p. 4). Cette explication est claire et convaincante. Quant à la Dresse J_____, elle relève uniquement, du point de vue physique, que la recourante ne peut rester assise de longues heures. Or, cette limitation a été prise en compte par l'expert, lequel a précisé que l'activité exigible à 75%, puis à 85%, devait être adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, en particulier permettre l'alternance des positions assises et debout (expertise Q_____ p. 6), ce qui était compatible selon lui avec l'ancienne activité, en évitant les situations de stress et le maintien de la même position pendant un temps trop prolongé (expertise Q_____ p. 7).

Au vu de ce qui précède, l'expertise rhumatologique judiciaire a valeur probante.

16. a) S'agissant de l'aspect psychiatrique, le rapport d'expertise du Dr P_____ répond également aux réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine

valeur probante. Il comprend une anamnèse complète, relate les plaintes de la recourante de façon détaillée, mentionne ses propres constatations objectives ; les diagnostics sont clairs et bien motivés ; en particulier, l'expert explique pour quelles raisons il écarte le diagnostic de trouble panique, de personnalité borderline, trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et celui d'anxiété généralisée et retient ceux de syndrome douloureux somatoforme persistant, trouble dépressif récurrent et traits de personnalité dépendante.

Selon les conclusions du Dr P_____, les diagnostics posés entraînent une incapacité de travail de 40%. L'expert a expliqué que la recourante avait connu plusieurs périodes de dépression depuis l'adolescence ; le trouble dépressif était désormais chronique et persistant plutôt que récurrent, en dépit d'un traitement antidépresseur adéquat ; l'état clinique de la recourante remplissait les critères d'un épisode dépressif d'un degré de gravité léger à moyen ; la dépression était devenue persistante et n'était pas totalement dépendante du syndrome somatoforme douloureux, même si celui-ci la pérennisait et l'aggravait. L'expert a considéré que le trouble dépressif constituait une comorbidité psychiatrique (rapport p. 16) ; on pouvait exiger de la recourante qu'elle surmonte ses douleurs et réintègre le monde du travail, mais uniquement dans une activité à 60% (rapport p. 17-18) ; l'état dépressif contribuait à la diminution de la concentration et de l'attention soutenue, il réduisait les ressources psychiques nécessaires pour faire face aux douleurs et entraînait une fatigabilité et une baisse de l'élan vital.

Selon l'appréciation consensuelle des experts, la douleur, devenue quasi permanente, réduisait la capacité de concentration et l'aptitude à maintenir une attention soutenue, aggravant sur ce point les dysfonctionnements cognitifs propres à la dépression. A cet égard, il est à constater que les douleurs étayées par les experts relèvent d'atteintes objectives, soit une lombarthrose et une péri-arthropatie de l'épaule droite (rapport p. 21) et non pas du trouble somatoforme douloureux, de sorte que l'influence de ces douleurs sur la capacité psychique de la recourante et notamment ses capacités cognitives doit être prise en compte au titre d'une atteinte objectivée.

Au surplus, la chambre de céans constate que l'hypothèse d'une surconsommation d'alcool évoquée dans l'expertise de la clinique Corela n'a pas été confirmée par les experts, le Dr P_____ n'en faisant pas mention et le Prof. Q_____ indiquant même, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise de la clinique Corela et examiné la recourante, que l'abus d'alcool ne pouvait être reconnu chez la recourante, qui consommait tout au plus un à deux verres de vin par jour.

b) L'intimé, par le biais de l'avis du SMR du 10 mars 2015, a estimé que la limitation de la capacité de travail à 60% ne pouvait être suivie compte tenu des diagnostics retenus par l'expert P_____, du caractère léger à moyen du trouble dépressif, de l'absence des critères jurisprudentiels de gravité du trouble somatoforme (en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral antérieure au 3 juin 2015) de la description rassurante de l'état psychique de l'assurée et de la

présence de troubles mnésiques très discrets. Il a complété son avis le 30 novembre 2015 en relevant que l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281) ne permettait pas de faire une autre appréciation.

La recourante soutient que l'appréciation globale de sa situation doit mener à la conclusion qu'elle ne dispose pas de ressource psychique pour surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative à 60% ; elle se fonde, d'une part, sur un rapport du Dr L_____ du 13 mars 2015, lequel se dit d'accord avec l'expert P_____ sur la quasi-totalité des faits, mais estime que l'état de santé de la recourante – qui s'était amélioré au moment de l'expertise (novembre 2014) – s'est aggravé ensuite, la recourante étant proche d'une hospitalisation en milieu psychiatrique à fin décembre 2014, entraînant la plupart du temps une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée (sans stress, sans contrainte et avec une grande compréhension) ; d'autre part, sur un rapport de la Dresse J_____ du 13 mars 2015, laquelle indique que l'activité exigée à 60% nécessite une importante concentration et la capacité à faire face à des situations de stress, qualités que la recourante ne possède pas.

La recourante requiert également un complément d'expertise, en application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, vu la présence d'une fibromyalgie ; elle demande des précisions sur le diagnostic, la répercussion de la fibromyalgie sur la capacité de travail et sur celle à accomplir les tâches ménagères, le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle, les ressources personnelles eu égard à sa personnalité et au contexte social, ainsi que les limitations fonctionnelles dans tous les domaines (travail et loisirs) ; il convient aussi, selon la recourante, de déterminer si la souffrance se traduisait par un recours aux offres thérapeutiques existantes et, finalement de procéder à une enquête ménagère, son statut étant mixte.

17. Il convient tout d'abord d'examiner l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281) au cas d'espèce et de déterminer si le trouble somatoforme douloureux est invalidant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. Dans ce cadre, les critiques de la recourante et de l'intimé à l'encontre de l'expertise judiciaire seront également examinées.

- a) S'agissant de l'atteinte à la santé, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, constaté par l'expert (expertise P_____, p. 16) est admis par les parties (avis du SMR du 2 novembre 2015 et observations de la recourante du 22 juillet 2015). Le prof. Q_____ a également posé un diagnostic de fibromyalgie, lequel est toutefois assimilable à celui de syndrome douloureux somatoforme persistant dans le cadre de l'examen de son impact sur la capacité de travail de la recourante. Celle-ci a fourni un avis médical du Dr L_____ du 13 mars 2015 attestant d'une aggravation de l'état de santé psychique en avril 2014. Cependant, dans la mesure où cette aggravation est attestée postérieurement au 2 février 2013, date de la décision litigieuse, elle sort de l'objet du litige (ATF 131 V 242).

b) S'agissant du traitement, le Dr P_____ a relevé que la prise en charge médicale était adéquate, que la recourante bénéficiait d'un traitement multidisciplinaire assuré par un médecin généraliste et un psychiatre, complété par des séances de psychothérapies et de physiothérapie, ainsi que d'un traitement médicamenteux adapté aux troubles de la recourante, avec un antidépresseur possédant une activité antalgique, un antidépresseur utilisé comme inducteur du sommeil et des anxiolytiques (expertise P_____ p. 15) ; il a précisé que l'amélioration de l'état clinique de la recourante à court / moyen terme était très improbable (expertise P_____ p. 15) ; le large éventail de traitements n'avait pas permis de soulager de manière efficace le trouble douloureux persistant (expertise P_____ p. 17). Par ailleurs, une réadaptation dans une autre activité n'entraîne pas en ligne de compte dès lors que la recourante était apte à exercer son ancienne activité de secrétaire-réceptionniste (expertise P_____ p. 17 et 20). Le traitement suivi par la recourante est ainsi adéquat, sans qu'une amélioration de l'état de santé de celle-ci puisse en être attendue.

c) S'agissant de comorbidités, le Dr P_____ a relevé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen mais persistant (expertise P_____ p. 20) ; la dépression était devenue persistante et pérennisait et aggravait le syndrome somatoforme douloureux (expertise P_____ p. 16). L'état dépressif contribuait à la diminution de la concentration et de l'attention soutenue, déjà limitées par les douleurs ; il réduisait les ressources psychiques pour faire face aux douleurs et entraînait une fatigabilité et une baisse de l'élan vital (expertise P_____ p. 18-19). L'état dépressif s'accompagnait d'une symptomatologie anxieuse se manifestant sous forme d'une tension interne plus ou moins permanente et de crises d'angoisse épisodiques où la recourante pouvait être transitoirement incapable d'assumer des tâches nécessitant attention, concentration et contrôle de soi (expertise P_____ p. 15). La dépendance affective et la souffrance qu'elle entraînait avaient contribué à pérenniser l'état dépressif (expertise P_____ p. 17). Cet état dépressif réduisait partiellement la capacité de la recourante à mobiliser sa volonté (expertise P_____ p. 17) mais pas totalement, une activité lucrative à temps partiel étant exigible (expertise P_____ p. 18). Le Dr P_____ a ainsi considéré que le trouble dépressif diminuait les ressources psychiques de la recourante, nécessaire pour surmonter les douleurs et réintégrer le monde du travail. Enfin, la recourante souffre aussi de pathologies rhumatismales objectivées qui réduisent sa capacité de travail de 15% (expertise Q_____).

Ces comorbidités agissent ainsi de façon défavorable et diminuent les ressources de la recourante pour surmonter les douleurs et retravailler.

d) S'agissant de la personnalité, le Dr P_____ a posé le diagnostic de trouble de personnalité dépendante (expertise P_____ p. 11), qui contribuait, par le conflit en résultant, à pérenniser l'état dépressif (expertise P_____ p. 17), agissant également défavorablement sur les ressources de la recourante.

e) S'agissant du contexte social, le Dr P_____ a mentionné une réduction de la fréquence des contacts amicaux et sociaux en raison de l'état douloureux, sans perte d'intégration sociale ; la recourante avait été logée et soutenue par un ami après son opération du genou en juillet 2014 et était aidée par sa fille et l'ami de celle-ci (expertise P_____ p. 17). L'environnement social de la recourante est ainsi plutôt positif et soutenant.

f) S'agissant de la cohérence, le Dr P_____ a relevé que la recourante présentait les matins de la raideur et des douleurs, ainsi que de l'angoisse ; elle sortait ses chiens pendant une demi-heure, se reposait ensuite chez elle, faisait les courses avec sa voiture et préparait ses repas. Sa fille et son ami faisaient le ménage et elle ne pouvait rien porter (expertise P_____ p. 10). La capacité de travail retenue par l'expert à un taux de 60% paraît ainsi cohérente avec l'activité de la recourante au quotidien, celle-ci présentant une certaine autonomie dans son ménage et étant capable de conduire une voiture, même si elle souffre de difficultés de mise en route le matin et est obligée de se reposer quotidiennement la journée. L'avis du SMR selon lequel il n'existe pas de cohérence dans tous les domaines comparables de la vie au motif que la recourante sort ses chiens et fait ses courses avec sa voiture (avis du SMR du 2 novembre 2015) n'est pas pertinent dès lors qu'il omet de relever que la recourante est reconnue capable d'exercer une activité à 60%, de sorte que la cohérence doit être examinée entre l'activité quotidienne de la recourante et une incapacité de travail admise par l'expert de 40%. Or, au vu de la description faite par l'expert P_____, cette cohérence dans tous les domaines comparables de la vie doit être admise chez la recourante.

g) Enfin, le poids de la souffrance est également admis par l'expert, à hauteur d'une diminution de la capacité de travail de 40%, la recourante étant compliant (expertise P_____ p. 15 et 17).

Au demeurant, la chambre de céans constate que les critiques émises par le SMR ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire ; au surplus, elle relève que le SMR, suivi par l'intimé, semble estimer que la simple présence de ressources personnelles chez la recourante suffit à exclure tout caractère incapacitant du syndrome somatoforme douloureux dont elle souffre ; or, cette position fait fi d'une possible incapacité de travail partielle chez un assuré, comme c'est le cas en l'espèce, laquelle comprend nécessairement la présence de ressources personnelles permettant de surmonter les douleurs pour réintégrer partiellement le monde du travail. La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire est complète et suffisante pour procéder à l'examen des critères résultant de l'ATF 141 V 281 et pour évaluer le caractère invalidant du syndrome somatoforme douloureux, de sorte qu'un complément d'expertise n'est pas nécessaire.

En conséquence, les conclusions de l'expertise bidisciplinaire doivent être suivies, en ce sens que la recourante a présenté, depuis l'année 2010, plus précisément depuis le 18 août 2010, date du début de l'incapacité de travail de la recourante, une

capacité de travail de 60% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles tout comme dans l'ancienne activité de secrétaire-réceptionniste.

18. S'agissant du statut de la recourante, l'intimé n'a jamais contesté un statut d'active à 100%. Il a uniquement mentionné un statut mixte 50/50 sur le « formulaire d'avis médical permanence » des 5 octobre 2012, 2 juillet 2013 et 12 novembre 2013, en référence à l'activité de « huissière à 50% » de la recourante, sans examiner quelle avait été la situation professionnelle de la recourante si celle-ci n'avait pas été atteinte dans sa santé. Il n'a jamais procédé à une enquête ménagère et n'a pas retenu de statut mixte dans la décision litigieuse, mais s'est référé à l'absence d'incapacité de travail relevée par l'avis du SMR du 26 septembre 2013. A cet égard, la recourante a déclaré lors de l'audience de comparution personnelle du 3 mars 2014 qu'elle avait travaillé à 50% avant d'être en incapacité de travail, afin de pouvoir s'occuper de ses filles, nées en 1982 et 1990, et qu'en plus de son travail elle assumait une activité rémunérée de maman gardienne, étant agréée pour cela. Il ressort également de l'anamnèse socio-professionnelle des expertises que la recourante a décidé de travailler à temps partiel au moment de la naissance de sa première fille (expertise Corela p. 22), qu'elle a débuté comme réceptionniste-secrétaire à 50% à l'époque où elle a élevé ses deux filles (expertise Q_____ p. 3) et que dès 2006 elle a eu plusieurs arrêts de travail pour raisons médicales (expertise P_____ p. 7) et n'a pas augmenté son taux d'activité avant l'incapacité de travail débuté en 2010, étant relevé que son état de santé s'était déjà dégradé en 2006 et que sa fille cadette était encore à sa charge à cette époque. La chambre de céans constate qu'avant la naissance de sa première fille en 1982, la recourante a travaillé à plein temps pour T_____ et U_____ et à temps partiel après, qu'elle a en effet réduit son temps de travail pendant la période où elle s'est occupée de ses filles, en particulier de l'aînée, laquelle avait de graves troubles de caractère, d'importantes difficultés d'apprentissage, était sans formation professionnelle et dépendait de l'Hospice général (expertise P_____ p. 6, expertise Corela p. 21).

Compte tenu de ce qui précède, il convient d'admettre un statut d'active à 100% de la recourante. Celle-ci, après avoir constitué un nouvel avocat le 10 juin 2015 et après avoir pris connaissance des conclusions de l'expertise judiciaire bidisciplinaire, a, pour la première fois le 22 juillet 2015, invoqué un statut mixte et la mise sur pied d'une enquête ménagère, au motif que l'expertise judiciaire faisait état de limitations importantes dans l'exécution des tâches ménagères. Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2). Vu les déclarations antérieures de la

recourante, il ne sera pas tenu compte de l'invocation tardive d'un statut mixte, de surcroît après la connaissance des conclusions de l'expertise judiciaire bidisciplinaire.

19. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, le revenu sans et avec invalidité est identique, la recourante étant reconnue capable d'exercer son activité antérieure de secrétaire-réceptionniste. Partant, le degré d'invalidité est de 40%, lequel donne en principe droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} août 2011.

Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 15 mai 2012, la recourante a finalement droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2012 (art. 29 al. 1 LAI).

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision de l'intimé du 2 décembre 2013 sera annulée. Il sera dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2012. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis 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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 2 décembre 2013.
4. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2012.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'500.-.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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