



POUVOIR JUDICIAIRE

A/780/2014

ATAS/3/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 janvier 2016

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS-THORENS
Elisabeth

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), née le _____ 1959, originaire du Kosovo, au bénéfice d'un livret B, veuve depuis 1998, mère de quatre enfants adultes, titulaire d'un diplôme de couturière et d'un diplôme en électrotechnique, a travaillé depuis le 27 juillet 2000 pour l'hôtel B _____ SA comme femme de chambre et lingère, pour un salaire brut mensuel de CHF 3'560.- en 2012.
2. Le docteur C _____, médecin généraliste, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée dès le 1^{er} octobre 2011. La SWICA, assureur perte de gain en cas de maladie, a pris le cas en charge.
3. Une IRM du 13 octobre 2011 de la hanche droite de l'assurée a conclu à aucune anomalie décelable.
4. Le 4 novembre 2011, un entretien a eu lieu au domicile de l'assurée avec un employé de la SWICA. L'assurée souffrait, suite à un petit accident professionnel, de douleurs au dos et aux hanches depuis 2009 ; depuis octobre 2011 les douleurs ne lui permettaient plus d'assumer son travail ; des investigations étaient en cours.
5. Le 14 novembre 2011, une IRM de la colonne lombaire a conclu à une petite protrusion discale circonférentielle en L2-L3, L3-L4 et plus marquée en L4-L5 et L5-S1.
6. Le 22 novembre 2011, le Dr D _____, FMH rhumatologie, a écrit au Dr E _____ que la hernie vue à l'IRM lombaire pourrait expliquer les douleurs dans les deux fesses, que deux infiltrations des 14 et 25 octobre 2011 n'avaient eu aucun succès, que de la physiothérapie avait été prescrite et qu'il fallait poursuivre l'arrêt de travail.
7. Le 4 février 2012, le Dr E _____ a répondu à une demande de renseignements de la SWICA en indiquant les diagnostics de lombalgies aiguës provoquées par une petite hernie discale en L2-L3, nécessitant une consultation auprès de la Dresse F _____, FMH neurochirurgie, et entraînant une incapacité totale de travail.
8. Le 10 février 2012, la SWICA a transmis à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) une demande de prestations de l'assurée du 2 février 2012, motivée par des lombosciatalgies droites.
9. Le 24 février 2012, la Dresse F _____ a écrit au Dr E _____ que l'IRM du 14 novembre 2011 expliquait les douleurs au niveau du dos et qu'une infiltration périadiculaire sélective de la racine L5 à droite était proposée ; il n'y avait pas d'indication chirurgicale car pas de compression de la racine L5 à droite.
10. Le 10 avril 2012, le Dr G _____, FMH médecine générale, a rempli un rapport médical AI et indiqué un diagnostic de protrusion discale L2-L3 depuis 2011 et de diabète NID depuis 2010. Il suivait l'assurée depuis le 6 mars 2012, suite au décès du Dr E _____. L'incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} octobre 2011 en

raison de lombalgies invalidantes et d'un ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration et d'hypersomnie.

11. Le 18 avril 2012, le Dr D_____ a rempli un rapport médical AI indiquant une tendinite du moyen fessier droit depuis 2011 et un suivi du 14 octobre au 21 novembre 2011 ayant justifié des infiltrations ; l'activité exercée était exigible à 100 %.
12. Le 14 mai 2012, un entretien a eu lieu entre l'assurée et un gestionnaire de l'OAI. L'assurée a signalé des douleurs constantes au bas du dos, irradiant dans les deux jambes et un sommeil perturbé ; l'OAI a proposé à l'assurée un cours de français et une MIP2 aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI).
13. Une note du 29 mai 2012 de l'OAI mentionne que le Dr G_____ estime qu'il ne faut pas, pour l'instant, mettre en places des mesures IP.
14. A la demande de la SWICA, le Dr H_____, FMH rhumatologie, médecine interne, a rendu le 18 juin 2012 un rapport d'expertise fondé notamment sur une consultation de l'assurée du 13 juin 2012.

L'assurée se plaignait de dorsolombalgies depuis cinq-six ans avec une aggravation dès le 1^{er} octobre 2011, depuis deux ans d'une douleur à la fesse et au membre inférieur droits et depuis octobre 2011 à la fesse et au membre inférieur gauches, ainsi que des paresthésies et une chaleur aux pieds. La physiothérapie avait aggravé les douleurs. L'assurée, par crainte d'allergies, n'avait pas souhaité l'injection préconisée par la Dresse F_____.

L'expert a posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques et discopathies pluri-étagées du rachis lombaire, celles-ci n'étant toutefois pas à même d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assurée, de sorte qu'il s'agissait plutôt d'un syndrome douloureux chronifié. Un possible état dépressif pouvait expliquer une diminution du seuil de tolérance à la douleur. La capacité de travail était nulle comme femme de chambre et entière dans une activité adaptée, sans port de charge de plus de 10 kilos de manière ponctuelle et 5 kilos de manière répétitive, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance de la position assise et debout aux deux heures.

15. Le 9 juillet 2012, la SWICA a informé l'assurée que, selon les conclusions du Dr H_____, elle était capable de travailler dans un poste adapté de sorte que la participation financière cesserait au 9 octobre 2012.
16. Le 18 janvier 2013, le doctoresse I_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI posant un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique diagnostiqué en 2001(hospitalisation en entrée non volontaire à la clinique psychaitrique de Belle-Idée du 8 au 18 juin 2001) et de lombosciatalgies et nualgies invalidantes depuis octobre 2011. Elle avait suivi l'assurée du 12 mars au 16 août 2012 ; le suivi avait été repris par la doctoresse J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, parlant

albanais ; l'assurée présentait une incapacité de travail totale en raison des douleurs. En 2001, elle avait fait une décompensation sur un mode dépressif avec tous les éléments d'un état de stress post-traumatique l'ayant conduit à une hospitalisation non volontaire de dix jours ; elle avait ensuite vécu une période de stabilité où elle avait pu travailler à plein temps ; elle présentait une dépression sévère réactionnelle à ses douleurs chroniques invalidantes.

17. Le 20 janvier 2013, la Dresse J_____ a rempli un rapport médical AI en indiquant un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans éléments psychotiques et état de stress post-traumatique. Elle suivait l'assurée depuis le 28 août 2012. L'incapacité de travail était totale. Elle relève que « les traits sont tirés, ralentissement psychomoteur marqué, perte d'appétit et le sommeil très perturbé par les réveils continus, limités à 3-4 heures, en raison des cauchemars mais aussi des douleurs. Très fort sentiment de déclin et destin difficile. (...) Tristesse, presque abattement. Concentration difficile. Anxiété, réactions de sursaut et peurs continues. Reviviscences des images de guerre (rafles policières, le père et membres de famille battus devant elle et les enfants, menaces de mort, etc...). Pas d'éléments de la lignée psychotique. Pas d'abus de substances. Très fragile, chaque mouvement provoque des douleurs intenses ».
18. Le 22 mai 2013, le Dr K_____ du SMR a estimé qu'il convenait d'investiguer si le syndrome de stress post-traumatique n'avait pas dérivé en une modification durable de la personnalité.
19. Le 23 août 2013, le Dr G_____ a rempli un rapport médical pour l'office cantonal de la population, posant les diagnostics de protrusion multi-étagée de L2 à S1, périarthrite de hanche droite chronique, état dépressif d'intensité moyenne à sévère avec syndrome somatique (à confirmer par le psychiatre) et diabète non insulino-dépendant depuis 2010.
20. Le 24 août 2013, la Dresse J_____ a rempli un rapport médical pour l'office fédéral des migrations ; l'assurée présentait des douleurs majeures du corps, tristesse, anxiété, mobilisation très difficile au quotidien, images traumatiques très présentes, sommeil très perturbé ; elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et état de stress post-traumatique, le pronostic était mauvais.
21. Le 15 octobre 2013, à la demande de l'OAI, la Dresse L_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise, fondé notamment sur deux entretiens avec l'assurée les 20 septembre et 9 octobre 2013.

L'assurée se plaignait de douleurs (nuque, côté droit, dos, jambes, pieds, des vertiges, des acouphènes, des troubles du sommeil, d'anxiété, d'humeur morne, des cauchemars et souvenirs de guerre).

Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen « mars et janvier 2013 » et moyen à léger depuis janvier 2013. Effet secondaire indésirable d'un traitement antidépresseur prescrit médicalement. Dysthymie.

Majoration de plaintes physiques pour raisons psychologiques. Problèmes en lien avec l'emploi et le chômage (permis B non renouvelé).

On ne pouvait retenir un état de stress post-traumatique car seuls deux critères sur cinq étaient positifs, ni une modification durable de la personnalité, ni encore un syndrome douloureux somatoforme. L'assurée présentait des limitations dues à de la fatigue et un déconditionnement général ; l'ancienne activité était exigible à 50 %, comme une autre activité adaptée et une pleine capacité de travail devrait être recouvrée d'ici fin novembre 2013 dans tout type d'activité hormis un travail de nuit.

22. Le 1^{er} novembre 2013, le Dr K_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'assurée avait, selon l'expertise, souffert d'un syndrome de stress post-traumatique à son arrivée en Suisse mais plus actuellement, sans modification durable de la personnalité et d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne avec des facteurs psychosociaux intercurrents. Dans le contexte de douleurs chroniques, il ne pouvait suivre l'expert dans l'estimation d'une incapacité de travail de 50 %, l'épisode dépressif léger à moyen accompagnant les douleurs chroniques. La capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et le début de l'aptitude à la réadaptation fixé au 1^{er} octobre 2011.
23. Le 19 novembre 2013, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assurée en le fixant à 1,24 % sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 46'280.- et d'un revenu d'invalidité de CHF 45'705.-, (soit selon l'ESS 2010, TA1, femme, niveau 4, indexé en 2012, pour 41,6 heures de travail par semaine, à 100 %, avec une déduction de 15 %).
24. Par projet de décision du 22 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que le degré d'invalidité était de 1,2 %.
25. Le 12 décembre 2013, l'assurée a écrit à l'OAI que son état de santé n'allait pas en s'améliorant, qu'elle ne pouvait entreprendre même une minime activité simple et que son état de santé physique et psychique ne lui permettait plus de travailler. Elle a joint deux rapports médicaux :
 - Un rapport du Dr G_____ du 11 décembre 2013 selon lequel l'assurée souffrait d'une pathologie sévère, davantage psychiatrique que somatique, présentant une mobilité extrêmement réduite au niveau du dos, conditionnée par un état dépressif sévère ; le Dr M_____ avait posé un diagnostic de périarthrite de hanche droite chronique ; une rente d'invalidité devait être octroyée.
 - Un rapport du 12 décembre 2013 de la Dresse J_____ attestant de troubles sévères psychiatriques entravant la capacité de travail de l'assurée.
26. Le 7 février 2014, le Dr K_____ a estimé que les avis des Drs G_____ et J_____ n'apportaient aucun fait nouveau.
27. Par décision du 13 février 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

28. Le 14 mars 2014, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation, à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique et somatique, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à la réduction du revenu d'invalidité à 25 %.

Les Drs G_____ et E_____ avaient constatés plusieurs atteintes invalidantes. Quant au Dr D_____, il avait ignoré, en fixant une capacité de travail entière, le rapport faisant état d'altération dégénérative, de protrusions discales et de pincements discaux et le rapport du 24 février 2012 du service de neurochirurgie. Tous les médecins admettaient des limitations dues à des pathologies physiques. Du point de vue psychique les avis des Dresses I_____ ET J_____ convergeaient et contredisaient l'expertise psychiatrique. Celle-ci comprenait des contradictions non expliquées avec les autres médecins et des contradictions internes :

- l'experte ne constatait aucune attitude algique chez elle, contrairement aux autres médecins et aux visiteurs de la SWICA ;
- l'experte constatait qu'elle allait mal lorsqu'elle rentrait du Kosovo mais refusait le critère d'évitement exigé par le diagnostic du syndrome de stress post-traumatique ;
- l'experte niait un sentiment de détresse, contrairement à tous les médecins-traitants ;
- l'experte niait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante, contrairement aux médecins-traitants, au visiteur de la SWICA et à l'hospice général ;
- l'experte niait une perte d'intégration sociale alors qu'elle n'avait plus de contact avec ses amis et sa communauté ;
- l'experte avait refusé d'examiner le critère de l'état psychique cristallisé ;
- l'experte niait l'échec des traitements conformes aux règles de l'art alors que tous les médecins avaient indiqué l'inefficacité des traitements ;
- l'experte avait peu motivé ses affirmations, lesquelles étaient contraires aux constatations du corps médical ;
- l'experte niait les remémorations et réminiscences, contrairement aux psychiatres-traitants et aux HUG ;
- l'experte niait une hypersensibilité psychique et une hyper-vigilance, alors qu'elle présentait des problèmes d'insomnie due à des cauchemars liés à la guerre.

La présence d'une dépression sévère et d'un état de stress post-traumatique aurait dû être admise par l'experte, suivant en cela les autres médecins. Il en était de même de la modification de sa personnalité puisqu'elle était maintenant retirée dans son appartement, sans voir personne et sans oser retourner au pays.

L'experte se permettait de modifier les diagnostics posés par les HUG en 2001 et par les psychiatres-traitants en 2012, en niant un épisode dépressif grave. La mise en valeur de la capacité de travail ne pouvait plus être exigée.

29. Le 13 mai 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours en estimant que l'expertise de la Dresse L_____ était probante et que le seul fait que les médecins-traitants apportaient une appréciation différente ne pouvait remettre en cause l'expertise ; une nouvelle expertise n'était pas justifiée ; enfin, même un abattement de 25 % sur le revenu avec invalidité aboutissait à un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.
30. Le 10 juin 2014, l'assurée a répliqué en relevant qu'il était douteux que l'experte ait agi en toute impartialité, vu ses conclusions systématiquement contraires à celles des médecins-traitants ; l'experte ne pouvait indiquer n'avoir constaté aucune attitude algique sans autres investigations ; lorsque l'ensemble des médecins et l'entourage de la patiente contredisaient l'avis de l'experte, celui-ci était valablement remis en cause, ce d'autant que l'experte ne se prononçait pas sur l'avis des médecins-traitants.
31. La chambre de céans a convoqué une audience de comparution personnelle des parties le 16 juin 2014 ; l'assurée a déclaré :

« Je suis entrée en Suisse en avril 1999. Je suis titulaire d'un permis B. Je suis toujours suivie par la Dresse J_____ que je vois 1 à 2 fois par mois et également par le Dr G_____ que je vois régulièrement. J'ai également consulté comme rhumatologue le Dr D_____ et actuellement le Dr M_____. C'est le Dr G_____ qui dit quand je dois consulter le Dr M_____. Je ne vois ce dernier pas très souvent. Actuellement je suis incapable de travailler car j'ai des douleurs aux jambes. Celles-ci sont survenues il y a 6 ans et j'ai réussi à continuer à travailler pendant 2 années car je voulais absolument garder mon emploi. Je faisais un travail lourd. Je devais notamment porter des sommiers et des lits. Je souffre également de l'estomac et de la nuque. Un jour que je portais un sac de détergent j'ai eu mal au dos, ainsi qu'au deux jambes, ce qui a justifié l'arrêt de travail en 2011. J'ai également des cauchemars. En exemple, je vous donne une scène. Je vois la police qui m'oblige à marcher sur les cadavres et à les mordre. Les cauchemars ont débuté après mon arrivée en Suisse. J'ai notamment une image de ma maison qui brûle qui me reste très clairement à l'esprit. Je précise que mes cauchemars m'empêchent de dormir. Le matin je lis des journaux en albanais, je regarde aussi la télévision. A midi je mange parfois avec ma sœur, chez moi ou chez elle et souvent mes filles viennent chez moi. J'ai des vertiges quand je suis debout et parfois même quand je suis couchée. J'ai également des douleurs à l'estomac qui m'obligent à m'aliter plusieurs jours. Je sors peu, parfois à la Coop ou à Balexert mais mes problèmes aux jambes me restreignent dans la marche. Je manque de force pour marcher. J'ai aussi des douleurs à la tête qui m'empêchent de tourner normalement la tête. Mes filles s'occupent de mon ménage. L'expertise auprès du Dr L_____ a duré environ 1h30. Je ne me souviens pas si je suis restée assise sans bouger durant toute la

durée de l'entretien. Depuis mon arrivée en Suisse, je suis retournée au Kosovo 2 ou 3 fois. La première fois je suis restée 1 semaine et les deux autres fois 2 semaines. Pendant 8 ans je n'ai pas pu y retourner car je n'avais pas les papiers nécessaires. Lors de ma première visite je me suis sentie très mal en voyant la maison de mon frère décédé. Le Dr L_____ a changé ma médication en diminuant de moitié la dose de Cipralex que je prenais. J'ai revu le Dr L_____ une seule fois et l'entretien a duré 20 minutes. Il a confirmé que je maintienne la médication à la moitié de la dose que je prenais et indiqué que je devais continuer à prendre le médicament. J'ai besoin de médicaments pour m'endormir. Quand je me sens un peu mieux, je me rends en bus chez ma sœur à Vernier mais cela est rare. Mes filles viennent me chercher en voiture lorsque je me rends chez elles. Une de mes filles habite à Nyon et pour moi il est impossible de me rendre seule à Nyon. A la suite du changement de médication conformément aux indications de l'expert je n'ai pas ressenti d'effets. Ma situation n'a pas changé ».

L'avocate de la recourante a déclaré :

« Nous souhaitons une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique ».

32. Le 19 juin 2014, l'OAI a transmis copie du rapport des Drs I_____ et S_____ de Belle-Idée du 19 juin 2001 concernant un résumé de séjour de l'assurée. Les diagnostics posés étaient : état de stress post traumatique et trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique. Il s'agissait d'une première hospitalisation en entrée non volontaire, en raison d'un risque suicidaire ; un suivi auprès de l'association Appartenance était installé, avec reprise du Seropram, interrompu par erreur par l'assurée à la suite d'une confusion dans la traduction lors d'une consultation aux HUG.
33. Le 1^{er} septembre 2014, le secrétariat général des HUG a indiqué que le dossier de l'assurée ne comprenait pas le rapport de la Dresse I_____ du 19 juin 2007 requis par la chambre de céans.
34. Par ordonnance du 13 octobre 2014, la chambre de céans confié une expertise au docteur N_____, FMH psychiatrie, en considérant qu'elle était justifiée par les avis contradictoires, d'une part, des médecins-traitant et, d'autre part, de l'experte L_____ ; l'examen de l'aspect rhumatologique était réservé.
35. Le 24 février 2015, le Dr N_____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur un entretien du 10 février 2015, une analyse plasmatique sanguine et un consilium avec la Dresse J_____. L'assurée se plaignait de douleurs (nuque, tête, côté droit, dos jambes) vertiges, acouphènes, jambes sans force, impossibilité de rester debout, sensation de brûlure à la marche, trouble du sommeil, rumination, oppression et anxiété. L'expert a posé les diagnostics psychiatriques suivants :
 - trouble dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle, gravité actuelle moyenne F33.5 (296.35) ;

- trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale F45.4 (307.89) ;
- personnalité fruste
- traits abandonniques.

La discordance entre l'évaluation sur l'échelle de Hamilton et celle sur l'échelle de Beck manifestait un désarroi psychique subjectif très important ; la compliance au Cipralex était satisfaisante ; la pathologie présentait une résistance au traitement administré.

Il n'y avait actuellement pas de syndrome de stress post-traumatique, ni de trouble panique avec agoraphobie. L'assurée présentait une personnalité fruste et des traits abandonniques. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles relevaient de la tristesse persistante, la perte de l'élan vital, la perte de motivation, l'aboulie et l'anhédonie relatives, la fatigue et la fatigabilité, l'anxiété neurovégétative et psychique, le repli social relatif ainsi que des troubles de la mémoire et une distraction. Les algies découlant du trouble douloureux somatoforme étaient fortement handicapantes dans toute activité impliquant des efforts physiques. De ce fait, l'assurée ne pouvait occuper que des activités légères et adaptées. Pour ce qui était de la personnalité, le caractère fruste de celle-ci rendait difficile l'administration d'une psychothérapie et favorisait plutôt l'expression du désarroi psychique par le soma, ce qui conférait un caractère résistant au traitement.

Le trouble dépressif majeur de gravité moyenne était présent depuis 2011. Le trouble douloureux était de gravité moyenne ; il existait une comorbidité psychiatrique importante sous forme d'un état dépressif majeur, récurrent ou isolé, de gravité actuelle moyenne, avec rémission d'un état plus sévère; il n'était pas une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux; les affections corporelles chroniques étaient un diabète ainsi que des troubles dégénératifs du rachis qui avaient une valeur de maladie notamment pour l'exercice de la profession précédente de femme de ménage, caractérisée par une activité physique importante. Le processus maladif actuel était chronique, sans rémission durable pour la partie s'avérant rebelle au traitement, ayant valeur d'handicap définitif. Il existait un état cristallisé et fixé dans lequel l'assurée avait épuisé ses ressources adaptatives.

Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale totale mais un repli social. Le traitement était un échec partiel. L'assurée disposait de quelques ressources psychiques limitées qui devraient lui permettre, si elle manifestait plus de motivation, de surmonter son handicap afin d'exercer une activité lucrative. Ces ressources devaient être encouragées et amplifiées dans le cadre du processus thérapeutique. Elle devrait pouvoir exercer une activité lucrative légère à 50%, adaptée aux limitations physiques comme indiqué dans l'expertise rhumatologique de 2012 mais, en aucun cas, l'activité antérieure exigeante de femme de ménage.

Une activité de nuit devait être évitée, le port de charges également, une activité permettant une alternance des positions debout et assise serait plus favorable. Une activité telle que le montage simple de pièces, répétitive et sans apprentissage compliqué, devrait pouvoir être possible.

L'expertise de la Dresse L_____ était critiquable. La gravité du trouble dépressif n'avait pas été quantifiée objectivement; le comportement antalgique n'avait curieusement pas été observé alors que de multiples plaintes étaient relatées; un trouble de somatisation était écarté alors qu'il n'avait jamais été évoqué; le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été éludé à tort, l'experte ayant pris une position de juriste et non pas de médecin pour traiter cet aspect ; l'experte avait tenté de démontrer une sur-utilisation du cipralex, au vu des ordonnances de pharmacie, laquelle était sans importance clinique et n'avait pas retenu la bonne compliance de l'assurée; l'experte n'avait pas vérifié son hypothèse d'amélioration de l'état de santé de l'assurée avec la baisse du cipralex ; cette hypothèse s'était révélée fausse, aucune amélioration n'ayant été constatée, l'anamnèse était imprécise ; l'analyse superficielle de la problématique grave de l'assurée avait rendu le pronostic de l'experte irréaliste; l'expertise était non probante.

Le trouble d'accompagnement était le trouble douloureux et non l'inverse ; l'assurée avait présenté un trouble dépressif sévère, celui-ci avait diminué d'intensité pour se stabiliser à un niveau moyen avec une présence d'algies prononcées. Le trouble dépressif majeur de gravité moyenne, même en l'absence de trouble douloureux, était suffisamment invalidant pour ne pas permettre à l'expertisée d'exercer une activité professionnelle dans quelque métier que ce soit. Ainsi, il n'y avait pas lieu de reprocher à l'assurée le fait de pas avoir exercé jusqu'à maintenant une activité professionnelle depuis l'arrêt de travail d'octobre 2011. Le trouble douloureux venait s'ajouter à la gravité de l'état dépressif qui, à lui seul, aurait suffi à induire le handicap. De plus, la présence d'une personnalité fruste aux traits abandonniques et décompensés ainsi qu'un contexte culturel d'origine différent compliquaient passablement le cas. Toute considération non-médicale visant à inverser l'interprétation clinique du tableau présenté par l'assurée et transformer un trouble dépressif majeur en un « trouble d'accompagnement » était une grave intrusion dans l'appréciation psychiatrique.

36. Le 30 mars 2015, l'assurée a observé que l'expertise du Dr N_____ apportait un éclairage considérable sur sa situation mais qu'il subsistait des questions; l'expert affirmait que le pronostic quant à l'exigibilité de la reprise de travail demeurait réservé en raison d'aboulie, d'anédonie relative, de manque de motivation, de manque d'élan vital et de repli social, tout en fixant une capacité de travail à 50% qui apparaissait dès lors incompréhensible; il ne se déterminait pas sur la capacité de travail résiduelle; il n'indiquait pas les conséquences du cumul des pathologies psychiques et physiques sur la capacité de travail; il ne distinguait pas la capacité résiduelle de travail selon différentes périodes; il n'examinait pas l'existence d'une baisse de rendement en raison de l'association des diverses pathologies; il

convenait en conséquence d'entendre l'expert sur ces différents points; l'expert admettait un épisode de dépression majeure d'intensité grave jusqu'à fin 2013 de sorte que l'incapacité de travail totale était évidente jusqu'à cette date; son discours sur la capacité de travail était un souhait mais pas la réalité; l'expertise ne permettait pas de contester l'incapacité totale de travail; si une capacité était admise, son rendement devait être diminué de 25%; enfin elle concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 5 octobre 2011.

37. Le 20 mars 2015, le docteur O_____ du Service médical régional (ci-après : SMR) a rendu un avis selon lequel on ne pouvait être convaincu par l'expertise du Dr N_____ ; celui-ci retenait plusieurs diagnostics différents, mais il ne précisait pas ceux qui avaient un effet sur la capacité de travail; il expliquait que le trouble dépressif était en rémission partielle et que le trouble douloureux ne remplissait pas les critères nécessaires de sévérité pour être considéré comme incapacitant (en particulier pas de perte d'intégration sociale et pas de comorbidité psychiatrique associée autre que le trouble dépressif en rémission); il indiquait un état psychique cristallisé, mais la description de l'évolution qu'il en faisait ne montrait aucun signe de cristallisation (en particulier pas d'échec thérapeutique et rémission de l'épisode dépressif) et les arguments de justification n'étaient pas en rapport avec une cristallisation de l'état psychique, mais décrivaient une situation de confort (avantage secondaire à l'état invalide). Par conséquent, aucune atteinte ne pouvait justifier la baisse de la capacité de travail. De plus, le diagnostic de trouble dépressif était uniquement retenu sur des éléments subjectifs, en particulier les plaintes de l'assurée. Par contre dans son status, l'expert ne relevait que des signes de comportement antalgique et une majoration de symptômes. Il ne signalait aucune signe objectif en faveur d'une atteinte psychique (pas de perte de mémoire, de concentration, d'anxiété ou de perte de la mimique faciale, absence de pleur) malgré un examen psychiatrique de plus de quatre heures.

Les résultats des différents tests effectués montraient que les seuls items relevés n'étaient que des critères subjectifs sans aucun caractère objectif. De plus, ces items n'étaient pas discriminants : plainte de mauvais sommeil sans somnolence diurne, signe d'anxiété légère, plainte de perte d'appétit sans perte de poids. L'expert relevait également comme élément significatif une diminution du temps d'activité, alors que c'était justement la raison de l'expertise. D'ailleurs, l'expert relevait lui-même les discordances dans les résultats des différents tests. Il insistait sur le bénéfice inconscient important de l'assurée (dévouement quasi totale de ses enfants à son service) à se maintenir dans son statut d'invalide, justifiant par-là l'échec d'une évolution favorable. Mais pourtant, il précisait qu'il était dans l'intérêt de l'assurée de rompre le cercle vicieux (oisiveté) dans lequel elle était entrée en mobilisant toute sa volonté pour réintégrer le monde du travail. Pour lui cependant, le pronostic était réservé du fait du manque de motivation de l'assurée.

Enfin, le Dr N_____ reprochait à la Dresse L_____ de ne pas avoir intégré certains paramètres dans son évaluation. Il écrivait qu'un expert psychiatre ne

devait pas baser son évaluation sur la « base de critères de jurisprudence ». Il écrivait également que l'expert aurait dû tenir compte des « éléments ethno-psychiatrique » et du « contexte culturel d'origine différent ». Il expliquait aussi que l'experte aurait dû prendre en compte les limitations physiques retenues par l'expert rhumatologue dans son appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée. On déduisait légitimement que, lui, avait évalué la situation en intégrant tous ces facteurs.

Contrairement au rapport d'expertise de la Dresse L_____, compte tenu de toutes les imprécisions relevées dans le rapport d'expertise du Dr N_____, on ne pouvait pas être convaincu par cette expertise.

38. Le 16 avril 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à l'avis du SMR du 20 mars 2015 ; S'agissant du trouble somatoforme douloureux, il n'était pas invalidant car il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique déterminante puisqu'il s'agissait d'un trouble dépressif en rémission partielle, l'assurée ne subissait par ailleurs pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et, vu la rémission de l'état dépressif, il n'y avait pas d'échec des traitement ou d'état psychique cristallisé ; l'expertise judiciaire n'était pas probante et ses conclusions n'étaient pas convaincantes, contrairement à celles de la de la Dresse L_____.
39. A la demande de la chambre de céans, le Dr N_____ a rendu, le 15 mai 2015, un complément d'expertise. La rémission concernait l'état dépressif grave de l'assurée, de janvier 2013, de sorte que l'état dépressif était demeuré majeur mais de gravité moindre ; il pouvait s'améliorer, en devenant moyen à léger et en suivant deux mesures médicales, soit un traitement antidépresseur tricyclique de nature sédatif et une intensification du suivi psychothérapeutique et de la compliance au traitement ; la capacité de travail pourrait ainsi être de 50% ; la réhabilitation aurait pu débuter le 1^{er} avril 2015, avec un stage d'évaluation ; le pronostic était réservé, car l'état était régressé et la motivation de l'assurée faible ; cependant, l'exigibilité ne dépendait pas de la motivation de l'assurée ; l'assurée avait des ressources psychiques limitées, mais son état psychique n'était pas totalement cristallisé.
40. Le 27 mai 2015, le Dr O_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel l'arrêt de travail était imputé par l'expert au trouble somatoforme douloureux, l'exigibilité dépendait de la motivation de l'assurée, en lien avec l'état dépressif, celui-ci était de faible intensité, l'absence de motivation ne pouvait pas être prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail, enfin, de façon contradictoire, l'expert estimait finalement que l'état psychique de l'assurée n'était pas cristallisé ; en conséquence, l'expertise du Dr N_____ n'était pas convaincante.
41. Le 8 juin 2015, l'assurée a observé que le Dr N_____ l'estimait totalement incapable de travailler depuis octobre 2011 ; il supposait seulement que moyennant certaines mesures médicales, elle pourrait travailler à 50% ; à cet égard, la Dresse J_____ avait indiqué qu'un traitement avec une médication tricyclique n'avait pas été introduit en raison de risque de complications et d'effets secondaires et était de

surcroît contrindiquée avec le Cipralex ; un tel traitement ne serait ainsi pas à même de rétablir sa capacité de travail ; elle demandait des mesures de réadaptation si son taux d'invalidité était inférieur à 100% ; le Dr N_____ se contredisait en indiquant dans son complément d'expertise que l'état psychique n'était pas cristallisé car il avait souligné un état cristallisé dans son expertise ; sa capacité de travail était nulle depuis octobre 2011 ; elle avait droit à une rente entière d'invalidité.

Elle a transmis un rapport de la Dresse J_____ du 2 juin 2015 selon lequel elle avait introduit en 2012 un traitement de Cymbalta, non efficace, puis de Cipralex qui avait dû être réduit en raison d'un métabolisme lent de l'assurée. De ce fait, il fallait être prudent dans l'ordonnance de traitements conjoints, compte tenu également d'un traitement pour le diabète et les douleurs ; un traitement tricyclique lui semblait augmenter le risque de complications et effets secondaires ; la combinaison de traitement préconisée par l'expert était contrindiquée mais un changement pour tricyclique avec une intensification du suivait pouvait être envisagée ; cependant, l'incapacité de travail resterait fort probablement totale.

42. Le 9 juin 2015, l'OAI a observé que les critères pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis (pas d'échec des traitements, pas d'état psychique cristallisé) et s'est rallié à l'avis du SMR du 27 mai 2015.
43. Le 22 juin 2015, la chambre de céans a fixé un délai aux parties afin qu'elles se déterminent à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281).
44. Le 15 juillet 2015, l'assurée a observé que l'état dépressif majeur d'intensité grave, puis moyenne, suffisait à lui seul à causer l'incapacité de travail, de sorte que le changement de jurisprudence relativement au trouble somatoforme douloureux n'avait qu'un effet limité ; elle a relevé que le diagnostic de trouble dépressif n'était pas que fondé sur ses plaintes, que l'expert avait fait des constatations objectives, que l'état dépressif en rémission partielle entraînait bien une incapacité de travail, que les diagnostics physiques n'avaient pas été pris en compte par l'OAI, que les traitements somatiques avaient dû être abandonnés (infiltration en physiothérapie), que les traitements psychiques ne pouvaient entraîner une amélioration de son état, qu'elle souffrait de repli social, qu'elle avait cherché à soigner ses souffrances physiques et psychiques mais que sa situation ne pouvait plus s'améliorer et que les limitations physique et psychique conduisaient à une incapacité de travail totale.
45. Le 22 juillet 2015, l'OAI a observé que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral ne s'appliquait pas au cas d'espèce.
46. Le 17 août 2015, l'assurée a observé que, contrairement à l'avis de l'OAI, la nouvelle jurisprudence était immédiatement applicable à la présente situation.
47. Le 16 octobre 2015, l'assurée a transmis les pièces suivantes, en relevant que celles-ci objectivaient ses douleurs :

- un rapport d'IRM cervicale du 12 août 2015 concluant à une cervicarthrose C5-C6 avec amincissement discal, hernie discale circonférentielle associée à une uncarthrose entraînant un for rétrécissement des trous de conjugaison voire une sténose des deux côtés. Diminution de la surface du sac dural avec un diamètre antéro-postérieur mesuré à 9mm en faveur d'un canal cervical étroit en C5-C6 sans signe de myélopathie ;
 - un rapport du 25 septembre 2015, du Professeur P_____, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des HUG, rendu suite à la consultation de l'assurée du 24 septembre 2015 pour des polyarthralgies-élévations du FAN ; il a indiqué une probable connectivité indifférenciée, cervicarthrose, hernie discale C5-C6 sans signe clinique radiculaire, probable polyneuropathie, probablement en partie diabétique et probable connectivite.
48. Le 19 octobre 2015, la chambre de céans a transmis à l'OAI un arrêt du Tribunal fédéral du 30 septembre 2015 (9C_746/2014) dans lequel la nouvelle jurisprudence était appliquée au cas en cours et a fixé à l'OAI un délai pour se prononcer sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.
49. Le 23 octobre 2015, la doctoresse Q_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel la présence d'une majoration des plaintes devait conduire à exclure le diagnostic de trouble somatoforme ; l'expertise du Dr N_____ n'était pas probante (elle se fondait essentiellement sur des aspects subjectifs pour poser ses diagnostics ; elle ne relevait pas les aspects mis en évidence par la Dresse L_____ et ne confrontait pas les éléments subjectifs aux éléments objectifs ; elle fondait l'arrêt de travail sur la douleur et non pas sur une symptomatologie psychiatrique ; elle posait un diagnostic de trouble somatoforme douloureux qui n'était pas motivé, comme par la présence d'une détresse permanente, alors que la présence de signes de non-organicité renvoyait à une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques, ce qui excluait un trouble somatoforme douloureux ; elle relevait un contexte de désafférentation-déconditionnement et d'aspects ethnoculturels qui n'avaient pas valeur de maladie ; elle ne permettait pas de retenir un épisode dépressif actuel sévère ; et permettait de confirmer une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques). Le SMR ne pouvait se prononcer sur l'expertise judiciaire au regard de la nouvelle jurisprudence, car il jugeait cette expertise critiquable, lacunaire et non convaincante. Les conclusions du SMR du 1^{er} novembre 2013 restaient entièrement valables, fondées sur l'expertise de la Dresse L_____.
50. Le 3 novembre 2015, l'OAI a observé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne pouvait être retenu, la Dresse L_____ l'ayant écarté dans son expertise, de sorte qu'une analyse au regard des indicateurs issus de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral n'avait pas lieu d'être en l'occurrence.

51. Le 30 novembre 2015, la recourante a observé qu'un certain nombre de douleurs dont elle se plaignait n'était pas en relation avec la symptomatologie retenue, mais bien avec le trouble somatoforme. Le SMR critiquait l'expertise judiciaire sans vision d'ensemble, en reprenant seulement quelques éléments de l'expertise ; or, l'expertise du Dr N_____ était nettement plus en corrélation avec toutes les constatations des médecins et du monde hospitalier que celle de la Dresse L_____, et était plus précise sur les pathologies existantes. En revanche, les conclusions quant à la période et le taux de capacité de travail étaient incomplètes ; il manquait un travail d'étude de la situation globale et de l'ensemble des critères pour déterminer, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, leur influence sur la capacité de travail ; un complément d'expertise auprès des Drs N_____ et H_____ se justifiait, celui-ci devant en particulier se prononcer sur l'existence d'une connectivité.

La recourante a encore transmis un avis du Dr r_____ du 30 novembre 2015 selon lequel il avait vu l'assurée pour la première fois le 7 juillet 2015, laquelle souffrait de douleurs chroniques depuis de nombreuses années ; une polyinsertionite (18 points sur 18) faisait suspecter un tableau de type fibromyalgie ; la présence d'un syndrome inflammatoire avait justifié un avis du Prof. P_____ qui avait suspecté une probable connectivité indifférenciée ; il était vraisemblable que cette maladie auto-immune existait depuis un certain temps (la vitesse de sédimentation modérément augmentée le 27 septembre 2013 pouvait éventuellement déjà être le reflet d'une maladie auto-immune) et pouvait générer des états de douleurs ostéoarticulaires ; il existait clairement un syndrome douloureux chronique avec une composante algique cervicale marquée, laquelle pouvait être due aux troubles dégénératifs de la colonne cervicale, avec présence d'une hernie discale et d'un canal cervical étroit ; il était nécessaire de refaire le point sur la situation médicale par le biais d'une expertise rhumatologique.

52. 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 dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement à l'appréciation de la capacité de travail de la recourante depuis le 1^{er} octobre 2011.
5. 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).
6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. 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).

7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant 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).

8. 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).
9. 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).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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).

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).

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

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

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 (ATF 141 V 281 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 (ATF 141 V 281 consid. 8).

12. En l'espèce, du point de vue psychiatrique, l'intimé a requis une expertise auprès de la Dresse L_____ dont le rapport a été rendu le 15 octobre 2013. Celle-ci a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen « entre mars et janvier 2013 » et moyen à léger depuis janvier 2013 ainsi qu'un effet indésirable d'un traitement antidépresseur prescrit médicalement, entraînant une incapacité de travail de 50% depuis mars 2012; elle a précisé qu'une pleine capacité de travail devrait être recouvrée au 30 novembre 2013. Le SMR a estimé que, dans le contexte de douleurs chroniques, l'épisode dépressif léger à moyen devait être considéré comme un état dépressif d'accompagnement, de sorte qu'il s'est écarté des conclusions de l'experte L_____ en retenant qu'aucune incapacité de travail n'était admise dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante.

Par ailleurs, les psychiatres traitants, les Dresses I_____ et J_____, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans éléments psychotiques et un état de stress post-traumatique entraînant une incapacité totale de travail de l'assurée.

Au vu des appréciations contradictoires des médecins traitants et de l'experte s'agissant tant des diagnostics que de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, la chambre de céans a considéré qu'il se justifiait d'ordonner une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr N_____.

13. Le Dr N_____ a rendu son rapport d'expertise le 24 février 2015, complété le 11 mai 2015; celui-ci remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Ce rapport est fondé sur un long entretien avec la recourante et comprend une analyse sanguine en vue du contrôle de la compliance au Cipralex, des tests (Hamilton et Beck) et un contact avec la psychiatre-traitante. Il résume toutes les pièces médicales pertinentes, relate les plaintes de la recourante et comporte une anamnèse très complète ; la description de la situation et les diagnostics posés sont clairs ; l'expert a expliqué pour quelles raisons il retenait les diagnostics posés et pour quelle raison il en écartait d'autres.

L'expert a posé le diagnostic psychiatrique de trouble dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle, gravité actuelle moyenne et trouble douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale. L'état dépressif demeurait majeur et de gravité moyenne et présentait une résistance au traitement administré ; ce trouble était présent au moins depuis l'année 2011 ; la recourante avait présenté un trouble dépressif sévère qui avait diminué d'intensité pour se stabiliser à un niveau moyen, la rémission concernait l'état plus sévère ; ce trouble dépressif était accompagné par un trouble douloureux somatoforme de gravité moyenne qui existait probablement déjà avant l'état dépressif. Les symptômes du trouble dépressif étaient les suivants :

« Humeur dépressive, tristesse et morosité, idéation noire avec idées de mort, troubles du sommeil avec rythme nyctéméral perturbé, aboulie et anhédonie relatives manque de motivation et de l'élan vital, nervosité et tension intérieure, anxiété neurovégétative (respiratoire et cardiovasculaire), perte de l'appétit, douleurs importantes, fatigue et fatigabilité, symptômes génitaux importants, dépression plus prononcée le matin. »

Les symptômes du trouble somatoforme douloureux étaient des algies diffuses et handicapantes, surtout aux jambes, avec des somatisations (acouphènes, nausées, vomissements, vertiges). Le trouble douloureux venait s'ajouter à la gravité de l'état dépressif qui, à lui seul, entraînait une incapacité de travail totale depuis octobre 2011. L'expert a préconisé l'introduction d'un traitement antidépresseur tricyclique sédatif (réduction des douleurs, amélioration du sommeil et diminution de la fatigabilité diurne) et l'intensification du traitement psychothérapeutique. Ces mesures médicales pourraient permettre de récupérer une capacité de travail, soit une activité lucrative légère, adaptée aux limitations physiques à 50% ; un stage pourrait débuter en avril 2015 après administration d'un traitement antidépresseur tricyclique sédatif. Dans son complément du 11 mai 2015, l'expert a précisé qu'en introduisant les mesures médicales qu'il préconisait, l'état dépressif pouvait diminuer de gravité, soit devenir léger et permettre une capacité de travail de 50% ; la réhabilitation aurait pu débuter le 1^{er} avril 2015 par un stage d'évaluation à 50%, lequel aurait également un rôle de conditionnement au travail après un arrêt prolongé.

-
14. Il convient d'examiner les critiques émises par l'intimé, par le biais du SMR, à l'encontre de cette expertise judiciaire et de son complément.

Le SMR estime que l'expertise de la Dresse L_____ a été réalisée selon les règles de l'art, est convaincante (elle remporte « largement la conviction du SMR »), alors que celle du Dr N_____ est critiquable, lacunaire et non convaincante (avis du SMR du 23 octobre 2015).

En premier lieu, il est à constater que bien que le SMR se fonde sur l'expertise de la Dresse L_____, qu'il juge parfaitement probante, il s'en écarte curieusement en refusant la conclusion de l'experte, soit une capacité de travail de la recourante de 50% depuis mars 2012, en estimant que les douleurs chroniques ne sont pas incapacitantes (avis du SMR du 1^{er} novembre 2013). Or, la Dresse L_____ avait elle-même écarté le caractère invalidant des douleurs chroniques (expertise L_____ p. 22-23) et retenu une limitation de la capacité de travail de la recourante en raison d'une fatigue, d'un déconditionnement général, d'éléments de dépression qui interféraient principalement avec la motivation et du taux d'énergie. Cet aspect est totalement ignoré du SMR.

Le SMR relève qu'aucune atteinte mentionnée par le Dr N_____ ne peut justifier une incapacité de travail : le trouble dépressif était en rémission partielle, de surcroît uniquement fondé sur des éléments subjectifs, le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant, l'expert ne signalait aucun signe objectif en faveur d'une atteinte psychique (avis du SMR du 20 mars 2015) et il se fondait essentiellement sur des aspects subjectifs pour poser ses diagnostics, alors que la recourante n'était pas fiable (avis du SMR du 23 octobre 2015).

La chambre de céans relève que le Dr N_____ a fait des constatations objectives. Il a mentionné chez l'assurée l'absence de difficulté à se lever et à se déplacer, une attitude craintive dans un premier temps, une orientation correcte, une mimique faciale conservée, des sourires et quelques épisodes de brefs rires, des yeux cernés, un aspect global morose, une idéation noire et un désir de mort, parfois une absence de culpabilité, une tension dans un premier temps suivie par plus de confiance, la manifestation après 15 minutes d'un comportement algique net, fluctuant au gré des événements émotionnels relatés, une intelligence dans la norme, l'absence de troubles majeurs de la mémoire et de la concentration, l'absence de signe floride de la lignée psychotique, de logorrhée, de relâchement des associations, de passage du coq-à-l'âne, une très bonne collaboration, l'absence d'introspection spontanée, une certaine majoration, un processus de victimisation avec un sentiment récurrent d'injustice et l'extériorisation d'un certain degré de colère (expertise N_____ p. 22-23). Le Dr N_____ a en outre relevé les limitations fonctionnelles suivantes : tristesse persistante, perte de l'élan vital, perte de motivation, aboulie et anhédonie relatives, fatigue, fatigabilité, anxiété neurovégétative et psychique, repli social relatif, troubles de la mémoire, distraction, algies et désarroi psychique (expertise N_____

p. 33). Il a pratiqué deux tests (Hamilton et Beck) et fait procéder à une analyse du taux plasmatique des psychotropes.

La conjonction des plaintes, du résultat des tests (Hamilton, Beck et sanguins) et des observations cliniques, ainsi que l'histoire médicale et personnelle de la recourante, ont permis à l'expert de poser les diagnostics de trouble dépressif et de trouble somatoforme douloureux ; la motivation de ces diagnostics est convaincante. A cet égard, l'expertise de la Dresse L_____, que le SMR juge totalement probante, retient également, tout comme le Dr N_____, un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à léger, sur la base des plaintes de la recourante, du dossier médical de celle-ci, de l'anamnèse, du test sanguin du Ciprax et de constatations objectives, lesquelles sont même beaucoup moins complètes que celles du Dr N_____, de surcroît sans la mise en œuvre de tests (expertise L_____

p. 28) ; du point de vue des constatations objectives, la Dresse L_____ se borne en effet à relater une contradiction de la recourante qui minimise les améliorations obtenues avec son traitement alors qu'elle les a admises antérieurement, un constat d'une activation neuro-végétative sympathique, une absence d'attitude algique, une absence de ralentissement psychomoteur, idées bizarres ou délirantes et une absence de symptômes de la lignée psychotique (expertise L_____ p. 20).

On constate ainsi que l'expertise du Dr N_____ est beaucoup plus complète quant au status de la recourante que celle de la Dresse L_____ et quant à la motivation des diagnostics posés, de sorte que la critique du SMR doit être écartée.

Du point de vue du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, contesté par le SMR, on constate que le Dr H_____ a relevé que l'examen clinique restait marqué par la présence de 12/18 points de fibromyalgie, mode de présentation clinique qui dépassait toutefois largement cette entité et que la présence de nombreux signes de non-organicité de la douleur selon Waddell et de points de contrôle positifs orientait plutôt vers un syndrome douloureux chronique, entité au pronostic et à la prise en charge toutefois similaire. Quant à la Dresse J_____, elle a confirmé la présence d'un trouble somatoforme (expertise N_____ p. 11).

Il en est de même de l'expert N_____, lequel a relevé toutes les plaintes douloureuses de la recourante, ainsi que des acouphènes, nausées, vomissements et vertiges, en soulignant le contexte de surcharge psychogène évidente et en concluant à l'existence sans doute possible de ce trouble à titre autonome (expertise N_____ p. 30 et p. 39). Il a aussi relevé un désarroi psychique passant principalement par le soma et le vécu douloureux (expertise N_____ p. 32 et 33). La Dresse L_____ dit ne pas confirmer le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme au motif que les critères n'étaient pas remplis pour cela (expertise L_____ p. 27) ; or, la Dresse L_____ a examiné les critères relatifs au trouble somatisation (expertise L_____ p. 21-22) pour exclure celui-ci mais n'a pas, comme l'a relevé le Dr N_____ (expertise N_____ p. 39), examiné les critères pour déterminer la présence d'un trouble somatoforme douloureux ; elle a

cependant admis la présence de douleurs chroniques et procédé, en conséquence, en application de l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes douloureux et autres troubles assimilés, à l'analyse des critères permettant de déterminer si de tels troubles sont invalidants (expertise L_____ p. 22). Ainsi, il n'est pas permis de considérer que la Dresse L_____ a sérieusement écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux puisqu'elle n'en n'a pas analysé les critères. Or, le SMR n'a ni contesté la présence d'une fibromyalgie relevée par le Dr H_____ (voire un syndrome douloureux chronifié, expertise H_____ p. 7-8), ni la constatation faite par la Dresse L_____ de douleurs chroniques non objectivées, lesquelles ont d'ailleurs motivé celle-ci à procéder à l'évaluation du caractère invalidant des douleurs (expertise L_____ p. 22-23).

Le SMR estime encore que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est exclu par celui posé par la Dresse L_____ de majoration des plaintes physiques pour raisons psychologiques (expertise L_____ p. 26). A cet égard, la Dresse L_____ a posé un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de façon rapide et peu motivé. Elle relève une attitude histrionique, des plaintes surajoutées sans substrat organique et la recherche d'une compensation financière qui ne ressortent pas de l'anamnèse ou du status de l'expertise ; elle met en avant une discordance de la recourante qui a nié l'amélioration de son état sous traitement et des bénéfices secondaires dans le fait de ne pas devoir rechercher un emploi adapté à ses limitations et surmonter son déconditionnement, alors qu'elle est sans formation et ne parle pas français. Or, cette hypothèse n'est pas vérifiée ni motivée de façon objective. S'agissant en particulier des bénéfices secondaires que la recourante tirerait de sa maladie, la Dresse L_____ met en avant la difficulté de la recourante à retrouver un emploi adapté tout en surmontant le déconditionnement. Or, cette difficulté ne saurait suffire à l'existence d'un bénéfice secondaire, étant rappelé que la recourante a travaillé pour l'hôtel B_____ pendant onze ans et demi, travail qui donnait un sens et un équilibre à sa vie (avis de la Dresse I_____ du 18 janvier 2013), et qu'elle était qualifiée d'excellente employée polyvalente par son employeur (rapport SWICA du 27 janvier 2012 – pièce 8 rec.), de sorte que l'activité professionnelle lui apportait plutôt un équilibre qu'elle a perdu par la survenance de la maladie. De surcroît la Dresse L_____ a conclu à l'existence de symptômes physiques amplifiés ou entretenus par l'état psychique de la recourante ; or, les plaintes douloureuses de la recourante (nuque, tête, vertiges, acouphènes, dos, jambes faibles et douleurs – expertise L_____ p. 17 – complétées par des plaintes du registre dépressif et anxieux – expertise N_____ p. 21) vont bien au-delà des douleurs qui peuvent être mises en relation avec les diagnostics somatiques, soit, selon le Dr H_____, des lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques et des discopathies pluri-étagées du rachis lombaire (expertise H_____ p. 6). Le Dr H_____ avait lui-même relevé que les diagnostics somatiques ne permettaient pas d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assurée, dont leur localisation (expertise H_____ p. 7), que 12 points sur 18 de fibromyalgie étaient

présents et qu'il était probable que la recourante présentait plutôt un syndrome douloureux chronifié.

Le diagnostic de majoration des plaintes physiques pour des raisons psychologiques n'est ainsi pas motivé de façon convaincante par l'experte L_____. Cela d'autant plus que le Dr N_____ n'a pas retrouvé ce diagnostic, et a uniquement constaté une certaine majoration, sans la relier en particulier aux plaintes douloureuses (expertise N_____ p. 23), lesquelles ne sont pas mises en doute par l'expert N_____, celui-ci soulignant même le fait que la recourante prend un traitement antalgique et anti-inflammatoire depuis de nombreuses années, malgré les gastralgies qu'il occasionne (expertise N_____ p. 30) et que les algies découlant du trouble somatoforme douloureux sont fortement handicapantes (expertise N_____ p. 33).

Dans ces circonstances, on ne saurait d'emblée écarter le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ; pour le reste, il sera analysé ci-après si un autre motif d'exclusion (ATF 131 V 49) du trouble somatoforme douloureux est réalisé.

Le SMR met encore en avant le fait que le pronostic était, pour le Dr N_____, réservé en raison du manque de motivation de la recourante et qu'aucune activité n'était de ce fait exigible (avis du SMR des 20 mars 2015 et 27 mai 2015). Or, le Dr N_____ a précisé qu'il ne tenait pas compte de la faible motivation de la recourante, mais seulement d'une baisse de motivation en lien avec l'état dépressif ; il a considéré cependant que l'état dépressif pouvait s'améliorer grâce aux mesures indiquées (expertise complémentaire N_____ p. 2). Une baisse de motivation de la recourante n'a ainsi pas été retenue au titre de limitation pour la reprise d'une activité professionnelle, contrairement à ce qu'affirme le SMR dans son avis du 27 mai 2015.

Le SMR souligne la variation dans les dires de la recourante et des contradictions dans l'anamnèse ou dans le comportement de celle-ci (avis du 23 octobre 2015) ; il cite à cet égard l'arrêt du suivi chez Appartenance ; toutefois, le Dr N_____ a indiqué que la recourante n'avait pas débuté ce suivi pour des raisons financières ; il n'est en outre nulle part établi que la recourante aurait affirmé avoir suivi une thérapie chez Appartenance. Il en est de même du diagnostic de trouble dépressif récurrent posé en 2001 ; outre le fait qu'aucune investigation n'a été menée par la Dresse L_____ pour savoir pour quelle raison le caractère récurrent de ce trouble avait été mentionné à l'époque, on ne saurait reprocher cet avis médical à la recourante. Quant à l'absence de comportement algique pendant l'examen de la Dresse L_____, il n'est pas déterminant dès lors que le Dr N_____ a constaté que tel était bien le cas lors de son propre examen.

Le SMR reproche au Dr N_____ d'avoir indiqué que l'état psychique de la recourante était cristallisé, puis qu'il ne l'était pas totalement. A cet égard, le Dr N_____ a expliqué qu'il existait un état psychique cristallisé, dans le sens d'une régression de la recourante dans un état psychique de maladie (expertise N_____

p. 36). Dans son complément d'expertise, il a précisé que l'état psychique n'était pas totalement et définitivement cristallisé, dans le sens que la recourante avait des ressources psychiques et pouvait compter sur une amélioration du traitement (complément d'expertise N_____ p. 2). Cet avis n'est pas contradictoire en ce sens que l'expert a expliqué dans son complément ce qu'il entendait par état psychique non totalement cristallisé, rejoignant les explications données dans l'expertise, soit la présence de ressources psychiques limitées devant permettre à la recourante de surmonter en partie son handicap (expertise N_____ p. 37).

Le Dr N_____, contrairement à l'avis du SMR (avis du 23 octobre 2015), n'a pas tenu compte de facteurs ethnoculturels ou d'un contexte de désafférentation-déconditionnement pour motiver l'incapacité de travail de 50% de la recourante, mais bien des limitations fonctionnelles citées dans son expertise (expertise N_____ p. 33). A cet égard, le SMR omet de relever que c'est la Dresse L_____, et non pas le Dr N_____, qui fait état, au titre de limitations psychiques et mentales, d'un déconditionnement général (expertise L_____ p. 33).

Enfin, il est à constater que la Dresse L_____ avait imputé les symptômes de douleurs musculaires, sensations vertigineuses, insomnies et fatigue à une surcharge médicamenteuse (expertise L_____ p. 36). Or, cette hypothèse s'est révélée erronée, la Dresse J_____ n'ayant constaté aucun changement de l'état clinique après avoir diminué la posologie de Cipralex de 20 mg à 10 mg (expertise N_____ p. 11 et p. 40). Le Dr N_____ a d'ailleurs réfuté cette hypothèse en relevant que le coefficient de surconsommation était très faible et sans importance clinique (expertise N_____ p. 40).

Au demeurant, les critiques du SMR ne sont pas à même de mettre en doute la valeur probante de l'expertise judiciaire. En particulier, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être reconnu.

15. Vu le diagnostic retenu de trouble somatoforme douloureux, il y a lieu d'examiner l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral au cas d'espèce (ATF 141 V 281) et de déterminer si le trouble est invalidant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels :

a) L'exposé des éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes a déjà été analysé. Il convient dès lors de déterminer si un motif d'exclusion est présent.

Dans la nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281), si le Tribunal fédéral a abandonné la présomption du caractère surmontable d'un syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu voir renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas

de 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, de 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 psycho-social intact (cf. arrêts 9C_899/2014 et 9C_173/2015 et du 29 septembre 2015 8C 562/2014) ; l'accent est ainsi davantage mis sur les ressources susceptibles de compenser l'atteinte à la santé causée par la douleur et de favoriser ainsi la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

A cet égard, il n'est pas établi que la recourante a présenté une exagération des symptômes (ATF 8C 562/2014 du 29 septembre 2015). Il n'y a pas de discordance relatée par les médecins entre les douleurs décrites et le comportement observé, sous réserve de la remarque de la Dresse L_____ selon laquelle aucune attitude algique n'avait été constatée durant l'entretien, alors que la recourante était très précautionneuse dans ses mouvements au départ et à l'arrivée ; or, le Dr N_____ a relevé, au contraire, que le comportement algique avait été fortement présent lors de ses entretiens avec la recourante (expertise N_____ p. 22 et 38) ; tel est également le constat qu'avait fait la Dresse I_____ lors de son suivi de la recourante (avis de la Dresse I_____ du 18 janvier 2013). Par ailleurs, ni les médecins-traitants, ni les experts H_____ et N_____ n'avaient relevé une telle discordance et le Dr G_____ parle de douleurs chroniques intenses (avis du Dr G_____ du 23 août 2013). La Dresse I_____ relève le handicap dû aux douleurs (avis de la Dresse I_____ du 18 janvier 2013), la Dresse J_____ fait état de douleur somatique continue, intenses (avis de la Dresse J_____ du 20 janvier 2013) et le Dr E_____ de douleurs dont l'intensité empêche la recourante de reprendre son travail (avis du Dr E_____ du 4 février 2012). Aucun médecin ne mentionne une majoration des symptômes, une exagération ou une discordance entre leurs observations et les plaintes de la recourante. L'OAI avait également relevé, sous « impression générale », lors de l'entretien d'évaluation du 14 mai 2012, que la recourante était collaborante et se présentait de manière adéquate et le visiteur des assureurs de la SWICA que lors de sa visite, il avait constaté les difficultés à se déplacer de la recourante qui, manifestement, ne profitait pas de la situation (réponse SWICA du 5 novembre 2011).

Il n'y a pas non plus d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, la recourante ayant présenté des plaintes similaires lors des différentes expertises (H_____, L_____ et N_____), en particulier liées aux membres inférieurs ; de même il n'y a pas non plus d'absence de demande de soins, la recourante ayant suivi un traitement auprès de médecins généralistes et de rhumatologues (Drs C_____, G_____, D_____ et M_____), avec des séances de physiothérapie (massages et exercices en piscine), infiltrations et évaluation d'une intervention neurochirurgicale (expertise H_____ p. 2 et 7), et auprès de psychiatres (Dresses I_____ et J_____), avec un traitement médicamenteux -

dont, notamment, le dosage du Cipralex a montré une bonne compliance – et psychothérapeutique (expertise N_____ p. 18, 20 et 34) ; il n’y a pas de grandes divergences entre les informations fournies par la recourante et celles ressortissant de l’anamnèse ; il n’y a pas de plaintes démonstratives laissant insensible l’expert ; à cet égard, tous les experts H_____, L_____ et N_____ ont reconnu la réalité des douleurs et des plaintes de la recourante, lesquelles ont motivé, pour le Dr H_____, l’inexigibilité de l’activité antérieure et la nécessité de trouver une activité professionnelle légère et, pour la Dresse L_____, une capacité de travail limitée à 50% en raison d’éléments de la dépression et de fatigue et, pour le Dr N_____, une incapacité de travail totale pouvant être augmentée à 50% moyennant la mise en œuvre de mesures médicales ; enfin, il n’y a pas de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact ; il a été relevé que la recourante menait une vie retirée, centrée sur sa famille, qu’elle restait seule chez elle et sortait peu, n’avait envie de rien faire, somnolait l’après-midi (expertise N_____ p. 18), elle avait perdu son rythme de vie habituel, avait tendance à rester au lit le matin et rendait parfois visite à sa famille (expertise L_____ p. 13).

Le cas d’espèce ne saurait être assimilé à celui jugé le 29 septembre 2015 par le Tribunal fédéral (8C_562/2014), dans lequel les motifs d’exclusion du droit aux prestations étaient clairement réalisés, vu la tendance à l’exagération, le comportement revendicateur de l’assuré et les divergences entre les informations données par celui-ci et le médecin-traitant.

On peine ainsi à comprendre la position de l’intimé, suivant en cela celle du SMR, qui estime qu’un motif d’exclusion (ATF 131 V 49) est clairement donné.

b) S’agissant des traitements suivis, il a été relevé que la recourante est compliant, tant du point de vue des thérapies somatiques (expertise H_____ p. 2) que psychiatrique (expertise N_____); s’agissant de cette dernière, l’expert a préconisé la mise en œuvre de deux mesures médicales, soit l’administration d’un traitement antidépresseur tricyclique sédatif et l’intensification de la fréquence du traitement psychothérapeutique, lesquelles devaient permettre de recouvrer une capacité de travail partielle ; il y a ainsi lieu de constater que l’échec des traitements est partiel dans le sens que ceux-ci peuvent être modifiés afin de permettre une certaine capacité de travail. A cet égard, le Tribunal, fédéral a indiqué que si le traitement resté sans résultats ne correspond pas (ou plus) à l’état actuel des connaissances médicales ou apparaît inapproprié dans le cas particulier, il n’y a rien à en tirer en ce qui concerne le degré de gravité du trouble (cf. arrêt 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 3.2, SVR 2011 IV n°26 p. 73). Les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s’ils sont graves et ne peuvent pas (ou plus) être traités, ce qui ressort a contrario de la jurisprudence constante (parmi beaucoup d’autres, arrêt 9C_736/2011 du 7 février 2012 consid. 4.2.2.1 et les références); il faut s’en tenir à cette règle (ATF 141 V 281, consid. 4.3.1.2).

S'agissant de l'exigibilité du traitement par antidépresseur tricyclique, la recourante a fourni un avis de la Dresse J_____ du 2 juin 2015 selon lequel l'adjonction d'un tricyclique au traitement actuel augmenterait le risque de complication et d'effet secondaire, ce qui n'était pas indiqué pour la recourante, mais qu'un changement pour un tricyclique pouvait tout fait être envisagé ; il n'existe ainsi pas de contre-indication de la psychiatre-traitante pour l'introduction d'un antidépresseur tricyclique si celui-ci n'est pas assimilé au Cipralex.

c) La comorbidité psychiatrique, si elle n'est plus prioritaire, doit être prise en considération pour juger si elle prive la recourante de ressources. A cet égard, le Dr N_____ fait état de plusieurs symptômes résiduels handicapants dus au trouble dépressif, soit humeur dépressive, tristesse et morosité, idéation noire avec des idées de mort, troubles du sommeil avec rythme nyctéméral perturbé, aboulie et anhédonie relatives, manque de motivation et d'élan vital, nervosité et tension intérieure, anxiété neurovégétative (respiratoire et cardiovasculaire), perte de l'appétit, douleurs importantes, fatigue et fatigabilité, symptômes génitaux importants, dépression plus prononcée le matin. La Dresse L_____ a également relevé des limitations dues aux éléments de dépression, lesquels, combinés avec la fatigue et le déconditionnement réduisaient la capacité de travail de 50% (expertise L_____ p. 33-34). Il convient ainsi de constater que le trouble dépressif majeur interfère défavorablement sur les ressources psychiques de la recourante.

d) S'agissant du complexe de la personnalité, le Dr N_____ a relevé que la recourante ne présentait pas de trouble de la personnalité, mais que celle-ci était fruste et que l'expression du désarroi psychique passait ainsi principalement par le soma et le vécu douloureux (expertise N_____ p. 32) ; ce constat est un facteur agissant négativement sur les ressources de la recourante.

e) Le contexte social de la recourante est plutôt mis en avant de façon positive par l'expert (expertise N_____ p. 18), lequel relève que la recourante est bien entourée par trois de ses enfants et sa sœur cadette.

f) La recourante est limitée de façon uniforme dans tous les domaines de la vie ; du point de vue professionnel, la recourante est en arrêt de travail depuis août 2011 et s'estime totalement incapable de travailler. Du point de vue privé, elle mène une vie retirée, reste seule chez elle, sous réserve de la visite de ses enfants (elle voit toutefois peu ses petits-enfants car elle ne supporte pas le bruit qu'ils font), elle est vite limitée dans ses déplacements du fait de ses douleurs, elle ne peut monter au premier étage par les escaliers et doit utiliser l'ascenseur, ses filles confectionnent ses repas, s'occupent de tout le ménage et des paiements, elle n'a envie de rien faire et somnole l'après-midi (expertise N_____ p. 18) ; elle a perdu son rythme de vie habituel, a tendance à rester au lit le matin, n'as pas envie de se préparer à manger (expertise L_____ p. 13).

g) Enfin, la recourante a pris en compte les options thérapeutiques, ayant suivi les divers traitements proposés par ses médecins, ce qui permet de constater un poids important des souffrances.

16. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr N_____ est complète et suffisante pour procéder à l'examen des critères résultant de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour évaluer le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'une expertise complémentaire n'est pas nécessaire.

Au vu de ce qui précède, et en application des critères jurisprudentiels précités (ATF 141 V 281), la chambre de céans constate que la recourante présente un trouble somatoforme douloureux invalidant à hauteur de 50%. En effet, plusieurs critères permettent de confirmer que le trouble somatoforme douloureux est intense, d'une manière telle qu'il empêche la recourante de travailler depuis le 1^{er} octobre 2011 ; cependant, la possibilité, précisée par l'expert N_____, de modifier le traitement médicamenteux par la prise d'un tricyclique et l'intensification du suivi psychothérapeutique, conjugué avec un environnement familial soutenant, parle en faveur d'une diminution de cette intensité dans une mesure telle que l'impact sur la capacité de travail de la recourante est réduit, celle-ci étant, dans une activité adaptée aux limitations physiques de la recourante, de 50%.

En conséquence, même si l'expert a précisé que la capacité de travail de 50% n'était exigible qu'après la mise en œuvre des mesures médicales préconisées, l'existence de celles-ci, conjointement avec les ressources indiquées par l'expert et l'environnement familial favorable de la recourante, conduit, au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral, à considérer que le trouble somatoforme douloureux n'est invalidant qu'à hauteur de 50% et cela depuis le 1^{er} octobre 2011.

Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire psychiatrique, dont la valeur probante doit être reconnue, et de les interpréter au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour retenir que la recourante est capable de travailler à 50% depuis le 1^{er} octobre 2011.

17. a) S'agissant des affections somatiques, la recourante a été soumise par la SWICA à une expertise menée par le Dr H_____ ; la recourante n'a pas émis de critiques particulières à l'encontre du rapport d'expertise du 18 juin 2013 ; elle a néanmoins requis l'ordonnance d'une expertise judiciaire somatique.

L'expertise du Dr H_____, fondée sur le dossier complet de la recourante, tient compte des plaintes de celle-ci, des constatations objectives complètes, comporte des diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques et discopathies pluri-étagées du rachis lombaire, en évoquant un syndrome douloureux chronifié, lesquels sont clairs et bien motivés et conclut de façon convaincante à l'existence d'une capacité de travail totale de la recourante dans une activité légère, excluant les ports de charge ponctuels au-delà de 10 kg, et plus répétitifs au-delà de 5 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de la

position assise et debout aux deux heures. Selon les conclusions du Dr H_____, la recourante est capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100%. Ce rapport d'expertise a valeur probante et il sera, de ce fait, renoncé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire somatique.

b) En revanche, la recourante a transmis les 18 octobre et 30 novembre 2015 trois pièces médicales complémentaires, soit une IRM du 12 août 2015, un rapport des HUG du 25 septembre 2015, faisant état notamment d'arthrose cervicale et hernie discale cervicale, diagnostics nouveaux par rapport à l'examen du Dr H_____ du 13 juin 2012 et attestant d'une probable aggravation de l'état de santé somatique de la recourante, ainsi qu'un avis du Dr R_____ du 30 novembre 2015 faisant état d'une maladie auto-immune de la recourante. Cependant, ces aggravations, attestées en 2015, sont postérieures à la décision litigieuse du 13 février 2014, de sorte qu'elles sortent de l'objet du litige. A cet égard, l'avis du Dr R_____, qui relève une vitesse de sédimentation modérément augmentée en septembre 2013, en indiquant qu'elle peut éventuellement déjà être le reflet d'une maladie auto-immune, n'est pas suffisant pour attester, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une aggravation de l'état de santé physique de la recourante antérieurement au 13 février 2014.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366 ; ATF 9C_488/2012 du 25 janvier 2013, consid. 3.1).

Il incombera ainsi à l'intimé de prendre en compte ces nouvelles pièces médicales et d'ouvrir une procédure de révision afin d'évaluer l'incidence des nouveaux diagnostics médicaux sur la capacité de travail de 50% de la recourante.

18. En l'état, il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante, en prenant en compte une capacité de travail de 50%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le revenu sans invalidité de CHF 46'280.- en 2012 est admis par la recourante. Quant au revenu d'invalidité, il a été calculé à partir de l'ESS 2010, tableau TA1, femme, niveau 4, pour une durée normale hebdomadaire de travail en 2012 de 41,6 heures, indexé en 2012, soit un revenu annuel de CHF 53'771.- ; compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) que recouvre le marché du travail, un certain nombre d'entre elles ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles de la recourante (ATF 9C_621/2014 du 7 novembre 2014).

L'intimé a retenu une déduction de 15% sur le salaire statistique, soit un revenu annuel de CHF 45'705.- ; compte tenu d'une activité à 50%, il est de CHF 22'853.-. Le degré d'invalidité est ainsi de :

$$\frac{\text{CHF } 46'280 - \text{CHF } 22'853}{\text{CHF } 46'280} = 51 \%$$

La recourante requiert cependant un abattement sur le salaire statistique de 25% au lieu de 15%.

La recourante était âgée de 55 ans au moment où la décision sur opposition a été rendue (ATF 139 I 272) ; elle est titulaire d'un livret B, maîtrise très mal le français, a travaillé comme femme de chambre et lingère pendant plus de dix ans, pour le même employeur et ne peut plus travailler qu'à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques et psychiques. Compte tenu de sa situation personnelle, un abattement supérieur, soit de 20% sur le salaire d'invalide est justifié, de sorte que le degré d'invalidité est de 54%, soit :

$$\frac{\text{CHF } 46'280 - \text{CHF } 21'508}{\text{CHF } 46'280} = 54 \%$$

La question de l'application de la déduction maximale de 25% peut rester ouverte, car même si elle était retenue, le degré d'invalidité serait encore inférieur au seuil de 60% donnant droit à un trois quarts de rente d'invalidité, soit :

$$\frac{\text{CHF } 46'280 - \text{CHF } 20'164}{\text{CHF } 46'280} = 56 \%$$

19. Au vu de ce qui précède, la recourante a droit, compte tenu d'une incapacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} octobre 2011 et du dépôt de sa demande de prestations le 2 février 2012 à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2012. La recourante a également conclu, pour la première fois dans ses observations du 8 juin 2015, à l'octroi de mesures de reclassement professionnel. A cet égard, il incombera également à l'intimé, en sus de l'ouverture d'une procédure de révision pour évaluer l'éventuelle aggravation de l'état de santé somatique de la recourante, d'examiner si celle-ci a droit à des mesures de réadaptation.
20. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} 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 200.-.

**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 13 février 2014.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2012.
5. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 4'000.-.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
8. 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