

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/887/2015

ATAS/233/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sara GIARDINA recourante

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née à Genève le _____ 1985, mariée et mère d'un enfant né en 2006, a commencé sa scolarité à Genève et l'a achevée au Portugal, où elle a travaillé en qualité de secrétaire réceptionniste de 2003 à 2004. À son retour en Suisse en 2005, elle a suivi quelques formations à l'IFAGE, la dernière en secrétariat, puis a travaillé à temps complet en tant que gérante indépendante d'un office de tabac, de septembre 2006 à décembre 2008. À partir du 1^{er} janvier 2010, elle a été engagée à 50% en qualité de conseillère en assurances auprès de B_____ SA (ci-après l'employeur).
2. En date du 21 mars 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation, lequel a occasionné une entorse du rachis cervical avec un arrachement du bord supéro-antérieur de C6. Le traitement a consisté dans le port d'une minerve rigide et la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. L'assurée a été en incapacité de travail durant les trois semaines qui ont suivi le sinistre, puis à compter du 17 novembre 2010.
3. Dès le 6 décembre 2010, l'assureur perte de gain maladie, la Vaudoise assurances, lui a versé des indemnités journalières.
4. Par rapport du 23 février 2011, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué des crises de migraine itératives de longue date avec une exacerbation depuis l'accident du 21 mars 2010, un état dépressif réactionnel (licenciement, enfant nécessitant une école spécialisée) impossible à dater mais clair depuis le 6 décembre 2010, avec une somatisation, ainsi que des douleurs abdominales sur une endométriose connue depuis 2005 et un kyste ovarien ayant nécessité une intervention début 2011. L'incapacité de travail était totale et due à une maladie depuis le 6 décembre 2010.
5. En date du 3 mars 2011, l'assureur perte de gain a annoncé l'arrêt de travail de l'assurée à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI), dans le cadre de la détection précoce.
6. Par courrier du 18 mars 2011, l'assureur perte de gain a informé l'assurée qu'il mettrait fin aux indemnités journalières dès le 1^{er} avril 2011, sans reconnaissance d'obligation. En effet, son médecin conseil considérait que la capacité de travail de l'assurée était entière dès le 15 janvier 2011.
7. Le 22 mars 2011, l'assurée a répondu au formulaire intitulé « Guide de l'entretien détection précoce » de l'OAI, mentionnant notamment qu'elle avait été licenciée en janvier 2011, qu'elle espérait « pouvoir retravailler », qu'elle n'avait que 25 ans, mais qu'elle avait des douleurs et devait « être disponible aujourd'hui » pour son fils qui souffrait d'un trouble envahissant du développement. Concernant sa situation actuelle et ses perspectives professionnelles, elle a indiqué qu'elle s'occupait de son fils et de sa maison, qu'elle voyait sa mère et sa sœur, mais avait peu d'amis et n'avait plus de loisirs depuis longtemps. À la question « Comment envisagez-vous votre avenir professionnel ? », elle a répondu « Je ne sais pas –

Retrouver un emploi à 50% ». Elle attendait de l'OAI une aide pour y voir plus clair et trouver quelque chose qui soit adapté.

8. Le 4 avril 2011, le Dr C_____ a maintenu que l'incapacité de travail de sa patiente était totale dès le 6 décembre 2010.
9. Le 13 avril 2011, l'assurée a signé le formulaire de demande de prestations de l'OAI, dans lequel elle a mentionné être en incapacité totale de travail depuis le 6 décembre 2010 en raison de douleurs intenses qui allaient de la nuque jusqu'au bas du dos.
10. Consultée par l'assurée les 14 et 19 avril 2011, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a écrit le 16 mai 2011 au Dr C_____ que tous les points de fibromyalgie étaient positifs. L'assurée présentait des douleurs cervicales et lombaires chroniques, ainsi que des douleurs diffuses, compatibles avec un syndrome douloureux chronique. Un bilan biologique avait permis d'éliminer toute autre pathologie.
11. Le 6 mai 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI qu'il n'avait vu l'assurée qu'à une seule reprise, le 3 mai 2011, et qu'aucun suivi n'avait encore été décidé. À ce stade, il ne pouvait pas répondre au questionnaire.
12. Dans un rapport du 27 juin 2011, le Dr C_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, un état dépressif sévère, une endométriose et un syndrome douloureux chronique, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, des migraines et un coup du lapin le 21 mars 2010. L'assurée souffrait de douleurs diffuses chroniques et bénéficiait d'une prise en charge rhumatologique et psychiatrique. L'incapacité de travail était totale en raison des douleurs, de troubles de la concentration et d'une dysthymie.
13. L'assureur perte de gain a confié une expertise psychiatrique au docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, lequel a rendu son rapport le 30 juin 2011, suite à un entretien du 23 juin 2011. L'expert a diagnostiqué un épisode dépressif récurrent moyen, en rémission partielle (F33.2) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), seul le premier ayant une influence sur la capacité de travail. Il ressort notamment de l'anamnèse que l'assurée souffrait de migraines sans aura depuis l'âge de 15 ans, migraines qui n'avaient pas été modifiées par l'accident de mars 2010. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM), réalisée le 7 juin 2010, n'avait pas révélé d'anomalie notable. Depuis un mois, l'assurée était suivie par le Dr E_____ à raison d'une fois par semaine et par le Dr C_____ une fois par mois. Elle prenait quotidiennement du Duloxétine (90mg) et de la Prégabaline (75mg) et les problèmes somatiques seraient en rémission. L'assurée se plaignait spontanément de ses difficultés à prendre en charge son fils et à exercer en même temps une activité professionnelle. Sur demande, elle a indiqué n'avoir jamais été bien, avoir souffert d'une dépression à l'âge de 15 ans qui n'était jamais vraiment partie, qu'elle restait encore très

fragile et présentait des angoisses fluctuantes, une fatigue et des insomnies ponctuelles. L'expert a relevé que l'assurée était bien orientée dans les trois modes et ne présentait pas de trouble mnésique, cognitif ou de la concentration objectivables. L'examen psychométrique témoignait d'excellentes capacités intellectuelles et attentionnelles au moment de l'examen par rapport à ses réalisations professionnelles actuelles. Il n'y avait pas d'anamnèse de consommation excessive d'alcool ni de substances illicites, ni de consommation de médicaments non prescrits, mais les résultats d'une prise de sang étaient attendus pour exclure une dépendance éthylique ou à des substances illicites. L'entretien n'avait pas mis en évidence des symptômes de la lignée psychotique et permettait d'exclure la présence d'un diagnostic de trouble psychotique. L'analyse des critères majeurs de la dépression ne permettait de relever actuellement les trois critères nécessaires pour évoquer un diagnostic d'épisode dépressif au sens de l'ICD-10. La tristesse n'était pas présente durant la plupart de la journée et n'était pas invalidante selon l'anamnèse, l'anhédonie était absente et la fatigue n'avait pas de répercussion sur les activités de la vie quotidienne. L'assurée décrivait une estime de soi fluctuante, avec une baisse de confiance « depuis toujours », mais n'avait pas d'idées de culpabilité et aucune idée de mort n'était mentionnée durant l'entretien. La concentration était pleinement conservée et il n'existait pas de constatation objective plaidant pour un ralentissement psychomoteur ou pour une agitation. L'assurée faisait état de troubles de l'endormissement qui s'étaient nettement améliorés depuis quelques semaines. Son poids était stable, sans variation d'appétit depuis quelques mois. En conclusion, l'expert ne pouvait pas retenir actuellement un épisode dépressif même léger, mais pouvait supposer l'existence d'un épisode dépressif moyen actuellement en rémission, survenant dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile. L'expert ne retenait pas la présence de troubles anxieux spécifiques, les symptômes anxieux résiduels s'inscrivant dans le contexte d'un épisode dépressif moyen en rémission et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Quant à une somatisation, l'assurée n'avait pas de plaintes douloureuses persistantes sans substrat organique. Au niveau de la personnalité, l'assurée présentait de longue date des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, cette symptomatologie étant en lien avec un trouble de la personnalité émotionnellement labile. Analysant les critères de ce trouble, l'expert a relevé que l'assurée avait fait état de plusieurs événements de vie où elle avait pris des décisions importantes impulsivement. De même, elle relatait plusieurs événements frustrants avec une perte de contrôle et un débordement émotionnel colérique intense. Ces mouvements avaient été surtout importants à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. L'assurée avait déjà eu plusieurs comportements auto-agressifs et avait fait une tentative de suicide médicamenteuse au moment de la fin de l'adolescence. En conclusion, l'ensemble des critères diagnostiques présents permettaient de retenir un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. L'expert a souligné que le psychiatre traitant retenait quant à lui un trouble de la personnalité

de type borderline. Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, y compris du déconditionnement de l'assurée, l'expert a estimé que la capacité de travail dans le dernier emploi était nulle du 6 décembre 2011 (recte 2010) jusqu'au 31 juillet 2011, de 50% du 1^{er} au 31 août 2011 et de 100%, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} septembre 2011. Le traitement psychothérapeutique hebdomadaire actuel était adapté et devrait se poursuivre au moins pendant toute la durée des arrêts maladie. Le traitement pharmacologique prescrit était également adapté, mais il existait des doutes quant à la compliance médicamenteuse, vu que l'assurée n'avait pas réalisé la prise de sang demandée par l'expert. Celle-ci était exigible pour vérifier la compliance au traitement antidépresseur qui devrait être poursuivi pendant six mois après la disparition symptomatique, afin de diminuer le risque de rechute dépressive. L'expert a encore relevé que l'existence de bénéfices secondaires, soit disposer de plus de temps pour s'occuper de son fils et de sa famille, et éviter de se confronter à une recherche active d'emploi, étaient des éléments qui favorisaient une exagération inconsciente des troubles psychiques, soulignant toutefois que la souffrance de l'assurée était bien réelle.

14. Mandaté par l'assureur perte de gain, le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise le 13 septembre 2011. Ce médecin a diagnostiqué des troubles somatoformes douloureux persistants et une endométriose avec une dernière laparoscopie en mars 2011. Sur le plan rhumatologique, était relevé un abaissement majeur du seuil douloureux, l'assurée ayant des craintes de douleurs avant même d'être touchée et toutes les zones musculaires et insertionnelles étant extrêmement sensibles à la palpation. Il n'y avait aucun indice en faveur d'un rhumatisme ou d'une limitation articulaire. Le rachis était difficilement examinable et tous les mouvements étaient décrits comme douloureux, mais objectivement, il n'y avait pas de trouble statique important et la mobilité était préservée, pour l'étage cervical et lombaire. Le minime arrachement du plateau supérieur de C6 n'expliquait en rien les douleurs actuelles et les limitations étaient purement liées à la douleur sans limitation fonctionnelle organique ou trouble neurologique. La problématique liée aux troubles du comportement du fils de l'assurée, laquelle relevait d'un problème socio-familial et non médical, jouait un rôle non négligeable, l'assurée se consacrant à lui et lui apportant énormément de disponibilité. Selon l'assurée, sa capacité de travail souhaitée était de 50%. Selon l'expert, compte tenu de l'avis psychiatrique, la capacité de travail potentielle était complète dans une activité de type secrétariat.
15. Du 1^{er} août 2011 au 31 juillet 2013, un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) pour un taux d'activité de 50%.
16. Le 5 octobre 2011, la doctoresse H_____, médecin conseil de l'OCE et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a conclu que l'assurée était médicalement apte au placement à 100% de son 50%.

17. En date du 13 février 2012, le Dr C_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de sa patiente, relevant la présence d'un état dépressif réactionnel, de migraines résistant au traitement et une augmentation des douleurs avec le grand froid, une fatigabilité, une diminution de la concentration, des douleurs invalidantes dans le quotidien. Le traitement médicamenteux comprenait du Lyrica et du Cymbalta. Selon lui, la capacité de travail était de 50% au maximum.
18. Par avis du 23 avril 2012, le docteur I_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), a préconisé qu'un complément d'expertise soit demandé au Dr F_____, ce dont l'assurée a été informée par communication du 3 mai 2012.
19. En date du 11 mai 2012, elle a sollicité qu'un autre expert soit désigné, évoquant ne pas avoir apprécié les méthodes du Dr F_____.
20. Selon un rapport du 27 juin 2012 d'Intégration pour tous (ci-après IPT), l'assurée était à la recherche d'un emploi à 50%. Le stage mis en place auprès d'une entreprise à mi-temps avait été positif et après deux semaines, l'assurée avait été engagée en qualité d'assistante administrative à 50%.
21. L'OAI a confié une nouvelle expertise psychiatrique au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 20 mars 2013, document basé sur le dossier de l'OAI, un examen de deux heures le 12 février 2013 et un entretien téléphonique avec le Dr E_____.

Étaient retenus les diagnostics de dysthymie (F34.1) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), lesquels existaient depuis l'adolescence et avaient une répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis novembre 2010, sans influence sur ladite capacité (rapport p. 15).

Après avoir résumé les pièces du dossier, l'expert a relevé que durant toute la durée de l'entretien, l'assurée n'avait émis aucune plainte, ni sur le plan psychique, ni sur le plan des douleurs. Ces dernières étaient, selon l'assurée, en nette diminution depuis quelques mois (rapport p. 4 et 5). L'assurée avait interrompu le suivi psychiatrique au cours de l'année 2012, n'avait pas de suivi rhumatologique et consultait irrégulièrement son médecin traitant. Elle avait unilatéralement décidé d'arrêter il y a quelques mois le traitement de Lyrica et de Cymbalta, sans se souvenir de la date (rapport p. 6). « En janvier 2010, elle travaille comme conseillère en assurance à 50%, son fils étant placé en crèche. Elle dit avoir choisi l'option des 50% pour pouvoir continuer à assurer son rôle de mère » (rapport p. 9).

Au status psychique, l'expert a relevé que le contenu du discours de l'assurée était bien construit et cohérent, mais dans l'ensemble pauvre. Les troubles de la mémoire étaient importants, l'assurée ayant beaucoup de difficulté à restituer les événements dans leur chronologie. Les réponses étaient régulièrement données par un hochement de tête ou un clignement des yeux. La thymie était généralement triste sur toute la durée de l'entretien, avec des moments de pleurs lorsque la situation

avec le mari ou son enfant était évoquée. Quelques rares épisodes plus énergétiques et de tension se manifestaient lorsque l'assurée évoquait la relation avec sa mère. Il y avait un ralentissement psychique marqué. L'assurée évoquait un sentiment permanent de vide intérieur, rempli par un sentiment de colère important non objectivé, ainsi qu'une irritabilité et une explosivité qui pouvaient se manifester régulièrement dans ses relations, mais qui n'étaient pas retrouvées durant l'entretien. Elle disait avoir eu de très fréquentes idées suicidaires avant la naissance de son fils, mais actuellement, ces idées étaient beaucoup plus rares et rapidement chassées (rapport p. 11).

S'agissant des diagnostics, l'expert a mentionné que l'assurée n'avait pas de plainte douloureuse spontanée, mais que son médecin traitant avait estimé qu'elle s'était tellement plainte de ses douleurs qu'elle avait choisi de ne plus s'en plaindre pour continuer à vivre, comme une forme d'abandon. Lors de l'examen clinique somatique, elle présentait des douleurs insupportables au moindre effleurement de sa peau, ce qui avait nécessité l'introduction d'un traitement de Fentanyl (opiacé) depuis le début de mars 2013, les autres traitements n'ayant pas montré leur efficacité (Lyrica, Cymbalta). Les douleurs étaient diffuses, non localisées uniquement sur les points de fibromyalgie. L'assurée faisait régulièrement appel à SOS Médecins et de la morphine injectable lui était alors administrée. Au moment de l'examen par le Dr G_____, la plainte douloureuse était intense et persistante, s'accompagnait d'un sentiment de détresse dans un contexte de conflit émotionnel (conflit conjugal chronique) et de problèmes psychosociaux (problématique avec son fils) qui étaient suffisamment importants pour que ce médecin ait pu considérer que ces problèmes étaient la source essentielle du trouble somatoforme douloureux persistant. Tous les critères étaient donc réunis pour retenir ce diagnostic. Par contre, tous les critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis pour justifier l'inexigibilité. La comorbidité psychiatrique sous forme de dysthymie était effectivement présente, mais sa gravité n'était pas sévère. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'assurée se battait pour s'occuper convenablement de son enfant, maintenait des relations avec l'entourage familial et assumait son travail à 50%. Le critère d'échec de traitement ambulatoire n'était pas rempli, l'assurée ayant interrompu d'elle-même tout traitement psychothérapeutique et médicamenteux. L'état psychique n'était pas cristallisé et un travail thérapeutique était encore raisonnablement exigible de l'assurée pour qu'elle puisse surmonter sa problématique psychique (rapport p. 12 et 13). Concernant le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, déjà évoqué par le Dr F_____, l'expert a notamment rappelé que l'anamnèse personnelle mettait en évidence un conflit parental depuis son très jeune âge, l'assurée ayant été témoin de violences de la part de son père sur sa mère, ce qui avait vraisemblablement occasionné une forme d'amnésie. Un premier épisode dépressif avec une tentative de suicide au milieu de l'adolescence témoignait d'une construction du Moi en souffrance. La consommation de cannabis commencée à un âge très jeune était également décrite comme ayant été utilisée

pour fuir la souffrance intérieure et le début de ce sentiment de vide existentiel qui perdurait. L'assurée avait rencontré son mari, dont le comportement hétéroagressif était évident et la jalousie décrite comme malade, à l'école à 15 ans. Elle s'était accrochée à cette relation à tout prix pour éviter son sentiment de vide intérieur permanent et avait fini par se marier avec lui. L'assurée avouait engager des relations intenses qui devenaient rapidement instables au vu de ses crises émotionnelles. Elle avait tendance à agir avec impulsivité et se reconnaissait comme quelqu'un d'émotif, pouvant éclater dans des colères importantes. Les envies suicidaires étaient fréquentes, sans qu'il y ait de passage à l'acte manifeste. Sur le plan thymique, elle décrivait une humeur chroniquement dépressive depuis son adolescence qui occasionnait une souffrance chronique. La symptomatologie pouvait s'aggraver lors de facteurs de stress aigu et devenir par moment un épisode dépressif stricto sensu, lequel n'avait toutefois jamais dépassé la sévérité moyenne selon les rapports du dossier. Les symptômes de dysthymie concordaient avec les critères de la CIM-10, à savoir un sentiment de fatigue et de dépression, rien ne lui semblait agréable, elle avait des plaintes chroniques et régulières, se plaignait de difficultés d'endormissement et manifestait clairement un manque de confiance en elle-même. Néanmoins, elle restait capable de faire face aux exigences de la vie de tous les jours, tant sur le plan personnel que professionnel avec un travail à 50% actuellement. La difficulté à surmonter ce trouble de l'humeur s'inscrivait également dans le contexte de son trouble de personnalité borderline (rapport p. 13).

L'assurée présentait donc un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline dont l'intensité était modérée ainsi qu'une dysthymie. Elle présentait également un trouble somatoforme douloureux persistant dont la sévérité était importante et occasionnait des limitations fonctionnelles suffisamment importantes pour empêcher l'assurée d'augmenter son taux de travail à plus de 50%. En conclusion, sa capacité de travail était actuellement de 50%. La situation psychiatrique devrait être réévaluée d'ici deux ans, suite à un travail psychothérapeutique de longue haleine, exigible de la part de l'assurée et qui pourrait améliorer sa capacité de travail et permettre une reprise à 100% dans le long terme (rapport p. 14 et 17). La capacité de travail pourrait également être améliorée par un traitement médicamenteux pour le trouble de l'humeur (rapport p. 18).

Les limitations fonctionnelles étaient principalement liées à l'instabilité émotionnelle, à la mauvaise image d'elle-même et au manque de confiance, à une fatigue, à des troubles de la concentration et de l'attention. Des douleurs diffuses étaient également présentes par périodes. L'assurée assumait bien son activité professionnelle à 50%, mais on pouvait imaginer que dans des périodes de stress plus important, le seuil de la capacité de gestion de la frustration pourrait être dépassé avec une recrudescence de l'irritabilité et de ce fait péjorer la symptomatologie dépressive avec une constitution d'un état dépressif plus

important. L'assurée ayant peu de capacité de mentalisation, il était imaginable qu'une péjoration dépressive puisse abaisser le seuil douloureux et péjorer le trouble somatoforme douloureux. La capacité résiduelle de travail était de 50%, soit quatre heures par jour, sans diminution de rendement (rapport p. 15). Depuis décembre 2010, l'incapacité de travail était de 20% au moins et le degré d'incapacité avait évolué favorablement puisque l'assurée avait pu reprendre une activité à 50% depuis septembre 2012 (rapport p. 16).

L'expert a ensuite précisé que le diagnostic d'épisode dépressif récurrent moyen en rémission partielle retenu par le Dr F_____ ne correspondait à aucune classification dans la CIM-10 et que soit l'épisode dépressif avait des critères de sévérité moyenne et était retenu, soit il était en rémission. En outre, le Dr F_____ n'avait pas retenu le diagnostic de dysthymie qui semblait néanmoins avoir été déjà présent lors de son examen (rapport p. 19). S'agissant de l'appréciation du psychiatre traitant, lequel avait suivi l'assurée entre le 5 mai et le 14 octobre 2013 (sic), il avait mis fin à la thérapie qu'il jugeait inefficace sur le plan relationnel car l'assurée était très peu active dans le désir de changement. Selon ce médecin, la capacité de travail était étroitement liée à la problématique relationnelle et non pas à des limitations fonctionnelles durablement invalidantes (rapport p. 19 et 20).

22. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 27 août 2013 au domicile de l'assurée. Cette dernière a alors déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% car son fils était dans une école spécialisée quatre jours et demi par semaine, toutes les thérapies y étaient effectuées, et sa mère le gardait le mercredi après-midi et toutes les fins de journée. L'enquêtrice a rappelé que l'assurée avait été indépendante à 100% en 2008, qu'elle avait cessé toute activité professionnelle en 2009 pour s'occuper de son fils et l'accompagner à de nombreuses thérapies, que dès 2010 elle avait choisi de reprendre un poste à 50% car elle avait trouvé une place en crèche avec un éducateur spécialisé et qu'elle pouvait ainsi continuer à accompagner son fils à toutes les thérapies. Elle soutenait désormais qu'elle aurait repris une activité lucrative à 100% si elle avait été en bonne santé, pour être plus confortable financièrement, mais il n'existait aucune preuve de ce désir de travailler. Ainsi, un statut mixte avec une part de 50% dans la sphère ménagère et une part de 50% dans la sphère professionnelle était retenu. L'empêchement dans la sphère ménagère s'élevait à 3.84%.
23. Le 29 août 2014, le SMR a considéré qu'un suivi spécialisé demeurait exigible car susceptible d'améliorer à terme la capacité de travail de l'assurée.
24. En date du 18 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser toute rente d'invalidité et toute mesure professionnelle.
25. Les 13 janvier 2015, l'assurée a contesté la pondération retenue entre les sphères ménagère et professionnelle, relevant avoir diminué son taux d'activité de manière temporaire, le temps de pouvoir s'organiser avec tous les rendez-vous médicaux de son fils.

26. Par courrier du 28 janvier 2015, elle a précisé que le taux d'activité actuel de 50% provenait exclusivement de ses problèmes de santé.
27. Par décision du 13 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, considérant que cette dernière avait été en incapacité totale de travail depuis le 6 décembre 2010, mais présentait une capacité de travail de 50%, soit son taux habituel dans la sphère professionnelle, dans toute activité à compter du 1^{er} août 2011.
28. Par acte du 16 mars 2015, l'assurée, représentée par un mandataire, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 17 novembre 2011, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour déterminer son droit à la rente. Elle a contesté le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, alléguant qu'elle avait travaillé à 50% en raison de la situation particulière de son fils, mais qu'elle aurait repris une activité à temps complet puisqu'il fréquentait un établissement spécialisé depuis septembre 2010, ce dont elle avait été empêchée par son accident. Ainsi, la décision de se consacrer à son fils en 2009 était temporaire et, compte tenu de ses formations, de sa situation financière et de son jeune âge, il était établi qu'elle aurait repris une activité à temps complet si son état de santé le lui avait permis.
29. Dans sa réponse du 15 avril 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et relevé qu'il ne ressortait d'aucune pièce du dossier que la recourante aurait effectué des recherches d'emploi pour augmenter son taux d'activité à plus de 50%. Au contraire, elle s'était inscrite au chômage pour un taux de 50%, le médecin conseil de l'OCE avait estimé qu'elle était apte au placement à 100% de son 50% et elle avait été engagée dès septembre 2012 à 50%.
30. Par réplique du 12 mai 2015, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a notamment allégué s'être inscrite au chômage à 50% car il s'agissait du taux de la capacité de travail retenu par l'expert. En outre, jusqu'à fin 2008, elle avait travaillé à temps complet, mais elle avait dû cesser cette activité car elle devait accompagner son fils à de nombreuses thérapies. Elle avait ainsi réduit son taux d'activité le temps d'assurer la prise en charge de son fils. En septembre 2010, elle avait obtenu la confirmation que son fils allait intégrer un établissement spécialisé. Dès qu'elle avait été en mesure de le faire, elle avait travaillé au 100% de son taux de capacité de travail.
31. Le 1^{er} juin 2015, l'intimé a persisté.
32. En date du 4 août 2015, il a considéré que la nouvelle jurisprudence fédérale ne s'appliquait pas au cas d'espèce.
33. Le 31 août 2015, la recourante a contesté ce point de vue et rappelé que le Dr J_____ avait diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant limitant sa capacité de travail à raison de 50%.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 13 février 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

4. 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 (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA ; RSG E 5 10]).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé, singulièrement sur son degré d'invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

7. 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 malade, 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 consid. 3.1; 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).

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

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier,

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

9. 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).

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

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié

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

3. Comorbidités

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

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

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

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

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

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

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

11. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

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

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

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

b. 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).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
13. 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 permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

14. a. En l'espèce, l'intimé considère que l'incapacité de travail de la recourante a été de 100% entre le 6 décembre 2010 et le 31 juillet 2011, et est de 50% depuis le 1^{er} août 2011, dans toutes activités.

Pour ce faire, il se fonde notamment sur le rapport du Dr J_____ du 30 mars 2013, lequel a conclu que la capacité de travail actuelle était de 50%, sans préciser toutefois à partir de quand. Sur ce dernier point, l'intimé se réfère aux conclusions du Dr F_____ du 30 juin 2011, selon lesquelles la capacité de travail avait été de 0% de décembre 2010 au 31 juillet 2011 et de 50% du 1^{er} au 31 août 2011.

15. Étant rappelé que les Drs G_____ et J_____ ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, il sied de déterminer au préalable quels critères jurisprudentiels doivent être appliqués.

Invité à se déterminer, l'intimé a indiqué le 4 août 2015 qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu' « en

matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ».

Si une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision, ni un motif de reconsidération, et qu'elle ne vaut que pour les cas futurs, il importe en revanche de souligner qu'elle s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3), de sorte que la modification à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

16. En l'occurrence, le Dr J_____ a pris position quant aux anciens critères jurisprudentiels. Son évaluation ne peut cependant pas être suivie au regard de la nouvelle jurisprudence, parce que l'expertise ne permet pas une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants.
17. Qui plus est, la chambre de céans remarque que le Dr J_____ a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, bien que la recourante n'ait pas eu, au cours de son entretien, de plainte douloureuse spontanée. Il a expliqué à ce sujet que le médecin traitant était d'avis que sa patiente s'était tellement plainte de ses douleurs qu'elle avait choisi de ne plus s'en plaindre, comme une forme d'abandon. Il a précisé qu'au moment de l'expertise par le Dr G_____, la plainte douloureuse était intense et persistante, et s'accompagnait d'un sentiment de détresse dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux, de sorte que tous les critères étaient réunis pour retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Ces conclusions, lesquelles paraissent en définitive se baser exclusivement sur l'appréciation d'autres médecins, dont des observations datant de 2011, sont insuffisamment motivées.

En outre, elle constate que le rapport du Dr J_____ contient une contradiction manifeste, dès lors que ce médecin conclut que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est sans répercussion sur la capacité de travail (rapport p. 15), que tous les critères de jurisprudence ne sont pas réunis pour justifier « l'inexigibilité » (rapport p. 12), tout en indiquant que ce diagnostic occasionne des limitations fonctionnelles suffisamment importantes pour empêcher la recourante d'augmenter son taux d'activité à plus de 50% (rapport p. 14).

Enfin, la chambre de céans relève que de nombreuses observations du Dr J_____ sont en totale opposition avec celles du Dr F_____. À titre d'exemple, ce dernier avait mentionné que la recourante ne présentait pas de troubles mnésiques, cognitifs ou de la concentration objectivables, qu'elle était dotée d'excellentes capacités intellectuelles et attentionnelles au moment de l'expertise, que sa concentration était pleinement conservée et que rien ne permettait de retenir un ralentissement

psychomoteur. Le Dr J_____ a quant à lui fait état de troubles importants de la mémoire, de difficultés importantes à restituer les événements dans leur chronologie, ou encore d'un ralentissement psychique marqué. En l'absence de toute explication quant à ces divergences, il n'est pas possible de savoir si elles sont dues à une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, cas échéant si ladite aggravation résulte de l'interruption des traitements et à partir de quand elle est intervenue. Dans ces conditions, l'estimation de la capacité de travail, laquelle tient notamment compte de limitations fonctionnelles liées au défaut de concentration et d'attention, n'est pas convaincante.

Compte tenu de tout ce qui précède, le rapport d'expertise du Dr J_____ ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

18. S'agissant du rapport du Dr C_____ du 13 février 2012, il est peu motivé et ne comporte pas une analyse détaillée de l'ensemble des atteintes de la recourante, si bien que l'on ne saurait sans autre se fonder sur son appréciation selon laquelle la capacité de travail serait de 50% au maximum. Il sied également de 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.
19. L'intimé est donc invité à reprendre l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise.

C'est le lieu de rappeler qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

Il s'impose donc de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction, notamment par une nouvelle expertise interdisciplinaire qui devra comporter un volet rhumatologique et psychiatrique. Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics et limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail et l'évolution de cette dernière depuis le 6 décembre 2010, à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'ATF 141 V 281 en matière de trouble somatoforme douloureux, en motivant suffisamment leur appréciation.

Cas échéant, il incombera ensuite à l'intimé de procéder à une nouvelle enquête ménagère afin que soit pris en considération l'ensemble des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles de la recourante.

20. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 13 février 2015 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
21. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 13 février 2015.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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