

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/98/2016

ATAS/684/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 août 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Nicolas WISARD

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1959, est une ressortissante somalienne sans formation, arrivée en Suisse le 19 décembre 1991, mariée à 17 ans et mère de onze enfants nés entre 1979 et 2000. Elle n'a exercé aucune activité professionnelle en Suisse ou à l'étranger.
2. Le 18 septembre 2012, l'assurée a déposé une demande prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant des atteintes à la thyroïde depuis 2006 et aux articulations depuis plus de dix ans, une dépression depuis 2000, de l'asthme et une anémie depuis 2006.
3. Le 29 juin 2012, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a certifié que celle-ci était en incapacité totale de travail depuis 2006.
4. Dans un rapport du 23 octobre 2012, la Dresse B_____ a énuméré les diagnostics suivants : polyarthrose (plus de dix ans), discopathie L5/S1, état dépressif (2000) et statut post onze grossesses ; elle a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail : une hypothyroïdie post thyroïdite de Hashimoto (2006) substituée, de l'asthme, un côlon spastique (plus de dix ans), une gastrite à *Helicobacter pylori* (2006) et une anémie ferriprive (2004).

L'assurée se plaignait d'asthénie, de ruminations, d'une perte de l'élan vital, de troubles du sommeil, de douleurs ostéo-articulaires diffuses, surtout au niveau lombaire, et de fréquentes épigastralgies.

Le médecin précisait encore que la dernière fille de sa patiente, née en 2000, souffrait un handicap psychomoteur important et que, depuis, l'assurée avait développé un état dépressif répondant mal aux traitements antidépresseurs. Elle n'avait jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse et était aidée par ses enfants pour le ménage.

En raison de son état de santé, sa capacité de travail était nulle et sa capacité à accomplir les tâches ménagères de 50%. Aucune amélioration n'était à prévoir, compte tenu de la chronicité des symptômes.

5. Le 1^{er} février 2013, le docteur C_____, médecin praticien du Service médical régional de l'AI (SMR) a relevé le caractère succinct du rapport rédigé le 23 octobre 2012 par la Dresse B_____, en particulier l'absence de description clinique, d'anamnèse et de signes de gravité. Constatant que les raisons de l'incapacité de travail alléguée étaient difficilement compréhensibles, il a préconisé une expertise pluridisciplinaire couvrant les domaines de la rhumatologie et de la psychiatrie.

6. L'OAI a en a confié le soin au Centre d'expertises médicales de Nyon (ci-après : CEMed), en particulier aux docteurs D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Ceux-ci ont rendu leur rapport en date du 14 avril 2015. Les Drs D_____ et E_____ ont détaillé la liste des pièces consultées, résumé les données administratives du dossier, exposé l'anamnèse de l'assurée et ses plaintes et fait état de leurs constatations objectives.

Les experts ont retenu à titre de diagnostics : une dysthymie (2000), un syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de fibromyalgie (2006), des cervicalgies et lombalgies communes sur modifications dégénératives modérées (1994), une périarthrite de la hanche gauche (2012), une hypothyroïdie post thyroïdite de Hashimoto (2006) substituée, une colopathie fonctionnelle (plus de dix ans), une maladie de reflux et gastrite à Helicobacter (2006) et une anémie ferriprive (2004).

Ils ont considéré que ces atteintes n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle somatique ou psychique. Il était possible que l'assurée ait pu traverser des périodes d'incapacité de travail temporaires, mais pas durables. Sa capacité de travail était donc pleine et entière dans toute activité, sans diminution de rendement.

La Dresse B_____ donnait un diagnostic correct et traitait correctement l'assurée, mais en l'absence d'une comorbidité psychiatrique, aucune incapacité de travail n'était admissible.

Sur le plan somatique, il n'y avait pas de plaintes spontanées significatives. L'anamnèse systématique relevait quelques troubles banals. Le status était dans la norme, hormis une obésité de classe 1. Les maladies chroniques d'allure fonctionnelles (reflux, colopathie) étaient bien maîtrisées. L'hypothyroïdie était bien substituée et l'anémie corrigée depuis plusieurs années au vu des examens biologiques fournis. Il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, l'assurée continuait de souffrir de douleurs de l'axe vertébral et des ceintures scapulaires et pelviennes, tout en ne consommant que très peu d'antalgiques. Objectivement, il y avait une surcharge pondérale, une dysbalance musculaire avec hypotonie abdominale et réaction des ischio-jambiers, une périarthrite de la hanche gauche, de nombreux points algiques de Yunus caractéristiques d'une fibromyalgie, sans que cela n'engendre de limitations fonctionnelles. L'examen clinique ne révélait aucun signe inflammatoire aux différentes articulations et aucune modification en faveur de troubles dégénératifs avancés. L'anamnèse et l'étude du dossier ne permettaient pas de retenir l'existence d'un rhumatisme inflammatoire chronique ou de toute autre pathologie susceptible de les expliquer. L'imagerie réalisée ne pouvait expliquer la symptomatologie. Par conséquent, les diagnostics de fibromyalgie et de discopathies lombaires modérées

dans un contexte de surcharge pondérale et de dysbalance musculaire étaient retenus, sans qu'une incapacité de travail significative et durable ne se justifie.

Sur le plan psychique, l'assurée se plaignait d'une symptomatologie dépressive et anxieuse avec une humeur dépressive permanente d'intensité maximale, une anhédonie, un sommeil non réparateur, une fatigue permanente de forte intensité, et des troubles de la concentration liés à des ruminations dépressives. En 2014, elle avait eu deux crises d'angoisse, dont une avait atteint une intensité maximale. Elle souffrait également d'une phobie des chiens depuis vingt ans. Aucun trait de personnalité pathologique n'avait été mis en évidence, tant au niveau anamnestique qu'à l'examen psychiatrique. La description des activités quotidiennes était congruente aux plaintes. L'assurée restait la plupart du temps à la maison, participait aux tâches ménagères dans la mesure de ses moyens physiques. Elle était repliée autour de son entourage familial. L'examen psychiatrique montrait une femme habillée de manière traditionnelle, en surpoids, plaintive, légèrement dépressive. Aucun trouble cognitif évident ou ralentissement psychomoteur n'avait été relevé. Le contenu de la pensée était fixé sur ses douleurs et sa dépression qui l'empêchaient de faire quoi que ce soit. Compte tenu de ces éléments, les experts ont conclu à une symptomatologie dépressive chronique depuis 2000, n'ayant nécessité ni prise en charge psychiatrique ni hospitalisation en hôpital psychiatrique, dont le traitement antidépresseur (prescrit à petite posologie) avait pu être arrêté fin 2013. Les plaintes dépressives sévères contrastaient avec les constatations à l'examen clinique d'une humeur dépressive plutôt légère. Le diagnostic de dysthymie présente depuis 2000 était retenu. L'expert rhumatologue ayant admis une fibromyalgie, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était retenu. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité et son acuité, pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, pas d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et pas d'état psychique cristallisé, en l'absence de thérapie psychologique et le traitement ayant été prescrit à petites doses. Les experts ne relevaient pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique pouvant justifier une incapacité de travail sur le long terme.

En définitive, la capacité de travail pouvait être considérée comme entière dans toute profession, sans limitation de rendement.

7. Le 8 juin 2015, le Dr C _____ a fait siennes les conclusions de l'expertise.
8. Le 12 juin 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations.
9. Le 13 août 2015, l'assurée a fait part de son désaccord avec ledit projet.

Selon elle, l'expertise du CEMed ne démontrait pas pourquoi les diagnostics retenus n'avaient aucun impact sur sa capacité de travail.

Elle relevait en outre qu'en juin 2015, le Tribunal fédéral avait modifié sa jurisprudence en matière d'évaluation du droit aux prestations en cas de troubles

somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Le projet de décision de l'OAI, pourtant postérieur à ce revirement de jurisprudence, n'en avait pas tenu compte. Dès lors, une analyse de sa situation sous un angle global s'imposait, compte tenu du contexte social et des ressources très réduites à sa disposition. Les revenus de la famille étaient très faibles, son état physique la faisait souffrir au quotidien et la situation de sa fille handicapée l'affectait sur le plan psychique. De plus, il apparaissait fort peu probable, au vu du contexte social qui était le sien, qu'elle puisse concrètement reprendre la moindre activité professionnelle, dans la mesure où faire le ménage ou la vaisselle lui coûtait déjà beaucoup et faisait peser sur son corps des contraintes physiques difficiles à surmonter.

10. Le 3 septembre 2015, la doctoresse F_____, du SMR, a relevé que l'expertise du CEMed avait conclu à un trouble somatoforme douloureux, sans effet sur la capacité de travail, que les experts avaient écarté toute atteinte psychiatrique durable et sévère et n'avaient retenu aucune limitation fonctionnelle. Ni processus maladif s'étendant sur plusieurs années, ni perte de l'intégration sociale n'avaient été constatés. L'ensemble des éléments allait dans le sens de bonnes ressources personnelles et sociales. L'expertise ne faisant pas état de limitations, une enquête ménagère n'était pas nécessaire.

S'agissant des « ressources personnelles » de l'assurée, le médecin indiquait qu'elles devaient être évaluées en fonction de l'activité pertinente, en l'occurrence, les travaux habituels.

11. Par décision du 20 novembre 2015, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation. En dépit de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, le trouble somatoforme douloureux ne pouvait être considéré comme incapacitant.
12. Par acte du 11 janvier 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour réalisation d'une enquête ménagère à domicile.

La recourante fait valoir que, puisqu'elle est femme au foyer, sa capacité de gain devait être évaluée en fonction de sa capacité à effectuer les travaux habituels au sein du ménage. Or, aucune enquête ménagère n'avait été mise sur pied, alors même que son ménage était particulièrement lourd à assumer puisqu'elle vivait avec neuf de ses enfants, dont une handicapée moteur. Selon la Dresse B_____, sa capacité à assumer ses tâches ménagères était réduite à 50% depuis l'année 2000,

Elle reproche à l'expertise du CEMed d'aboutir à des conclusions opposées à celles de son médecin-traitant tout en confirmant les diagnostics posés par celui-ci, d'être insuffisamment motivée et de manquer de clarté.

La recourante réitère que l'intimé aurait dû tenir compte de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux.

Elle affirme que ses ressources sont réduites et que son état physique et psychique la fait souffrir quotidiennement.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 février 2016, a conclu au rejet du recours.

Il juge l'enquête ménagère sollicitée par l'assurée inutile, vu l'absence d'atteinte à la santé incapacitante.

L'intimé se réfère à un nouvel avis émis le 9 février 2016 par la Dresse F_____ examinant la situation sous l'angle des nouveaux indicateurs jurisprudentiels. Il fait valoir que l'expertise du CEMed permet une évaluation concluante de la situation à la lumière de ces nouveaux indicateurs et en tire la conclusion qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas.

Il rappelle que le Dr D_____ a retenu le diagnostic de fibromyalgie associée à des discopathies lombaires modérées dans un contexte de surcharge pondérale et de dysbalance musculaire, que selon lui, l'imagerie réalisée ne pouvait expliquer la symptomatologie et qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle au niveau articulaire. Quant au Dr G_____, il a considéré que les plaintes dépressives sévères de la recourante contrastaient avec ses constatations cliniques ; l'expert n'a finalement qualifié l'humeur de l'intéressée que de légèrement dépressive et n'a retenu que le diagnostic de dysthymie (2000). Ainsi, les éléments cliniques retenus ne permettent pas de conclure à l'existence d'une atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail ou la tenue du ménage.

Les maladies chroniques étaient maîtrisées depuis longtemps et n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles. La dysthymie ne pouvait être considérée comme incapacitante, dans la mesure où elle n'atteignait pas le stade de trouble dépressif de degré faible. L'approche globale des interactions entre les atteintes concomitantes permettait de conclure qu'il n'existait pas de comorbidité au trouble somatoforme douloureux.

Aucun trait de personnalité pathologique n'avait été retenu par l'expert. Le contact était normal, sans ralentissement, les réponses se faisaient volontiers, la recourante était vigilante, sans déficit attentionnel, orientée dans les quatre modes, sans trouble de mémoire à court ou à long terme, son raisonnement et son jugement étaient sans particularité. On pouvait en déduire que les capacités psychiques et neuropsychologiques de la recourante étaient préservées.

S'agissant du contexte social, l'intimé a retenu que la fille cadette de la recourante souffrait certes d'une infirmité motrice cérébrale (handicap lourd), mais qu'elle avait apparemment été placée en institution. Les enfants de la recourante l'aidaient dans l'accomplissement des tâches ménagères et administratives. La recourante, très peu scolarisée, avait fui la guerre en Somalie aux alentours de 1990, ne parlait pas le français et n'avait aucune formation professionnelle mais elle pouvait compter sur un entourage familial soutenant et en tirer des ressources mobilisables.

14. Par écriture du 3 mars 2016, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions.

Se référant à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, elle soutient que le fait qu'elle ne prenne pas de médicament et ne suive pas de traitement ne permet pas de conclure à l'absence de gravité de sa pathologie, dans la mesure où le syndrome douloureux somatoforme persistant dont elle souffre ne répond que très peu aux traitements par antidépresseurs.

Elle ajoute que son enfant handicapée n'est pas placée en institution, mais vit au domicile familial, tout comme plusieurs de ses enfants encore en étude. De plus, son mari ne travaille pas ; il bénéficie d'une rente de vieillesse ; le couple est endetté.

Quant à l'argument selon lequel elle peut compter sur son entourage familial pour l'aider dans ses activités ménagères et administratives, elle y voit l'admission de son incapacité à les assumer seule.

Une fois de plus, la recourante sollicite la mise en œuvre d'une enquête ménagère.

A l'appui de sa position, elle produit un courrier rédigé le 1^{er} mars 2016 par la Dresse B_____.

Selon ce médecin, l'assurée souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant de type fibromyalgie, dans le contexte d'une intégration difficile depuis son arrivée en Suisse (difficultés à apprendre le français). Le médecin affirme que sa patiente, avec onze enfants, n'a plus l'énergie pour suivre des cours d'intégration et ne dispose que d'une capacité de concentration très limitée. La naissance de sa dernière fille handicapée a constitué une rupture dans sa vie et s'est traduite par une perte d'élan vital, des troubles du sommeil et des ruminations. Heureusement que sa famille nombreuse est présente pour la soutenir moralement et dans l'organisation du quotidien.

Le médecin ajoute que ce type de pathologie persiste et répond souvent peu aux antidépresseurs, ces derniers étant mal tolérés. Une approche cognitivo-comportementale, de la relaxation, voire de l'hypnose et de l'acupuncture sont fréquemment utilisées, mais inenvisageables chez la recourante, compte tenu de son niveau d'éducation et de sa compréhension limitée du français. Les douleurs ostéo-articulaires, y compris arthrosiques, décompensent souvent de manière plus importante que chez une personne sans fibromyalgie ; elles ne sont pas en rapport avec les images radiologiques, mais la conséquence d'un seuil de tolérance à la douleur abaissé.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 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. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le rejet par l'intimé de la demande de prestations de la recourante.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 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).

A teneur de l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est

évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

L'art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique.

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 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 finalement 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).

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

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de

l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

10. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 8)
11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 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).

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). 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. a) En l'espèce, l'intimé considère que la recourante ne présente ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail, quelle que soit l'activité déployée. Il se base pour cela sur l'expertise du CEMed et les avis du SMR y relatifs, dont la recourante conteste la valeur probante.

En réalité, la recourante ne fait que substituer sa propre appréciation et celle de la Dresse B_____ à celles des Drs D_____ et E_____ du CEMed. Or, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

b) En l'occurrence, l'expertise du CEMed est fondée sur un examen rhumatologique et de médecine interne du Dr D_____, un examen psychiatrique du Dr E_____ et sur une étude approfondie du dossier. Elle expose l'anamnèse de l'intéressée et tient compte de ses plaintes et des conclusions de la Dresse B_____. Contrairement à ce que soutient la recourante, les diagnostics retenus sont clairs et discutés en détails, et les conclusions motivées à satisfaction de droit. Les experts ont pris le soin de détailler leur analyse du cas dans les domaines de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie et d'expliquer pour quelles raisons ils ont retenu ou écarté des diagnostics. Leurs appréciations permettent de comprendre les troubles affectant la recourante et leur absence de conséquences sur sa capacité de travail. Compte tenu de ces éléments, force est de constater que l'expertise du CEMed doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Quant au rapport de la Dresse B_____ du 23 octobre 2012, outre le fait qu'il émane du médecin traitant de la recourante, ce dont il faut tenir compte, il est entaché d'un défaut de motivation. En effet, la Dresse B_____ se contente d'énumérer les diagnostics de polyarthrose (plus de dix ans), de discopathie L5/S1, d'état dépressif (2000) et de statut post onze grossesses et d'évaluer la capacité de travail à 0% dans toute activité professionnelle et à 50% dans l'activité ménagère, sans fournir la moindre explication quant aux taux d'activité retenus ou aux éventuelles limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes à la santé. En tout état de cause, le rapport de la Dresse B_____ n'apporte aucun élément objectif qui aurait été ignoré par les Drs D_____ et E_____. Or, le simple fait que ses conclusions diffèrent de celles des experts ne suffit pas pour remettre en cause l'expertise.

c) Dans le cadre de son opposition au projet de décision, puis de son recours, la recourante a reproché à l'intimé de s'être fondé sur ladite expertise, sans tenir compte de la dernière jurisprudence du Tribunal fédéral et des nouveaux indicateurs mis en place pour évaluer le caractère invalidant de syndromes du type troubles somatoformes douloureux.

Dans ce contexte, l'intimé a requis l'avis du SMR, qui s'est prononcé à deux reprises sur le cas de la recourante. Dans son avis du 9 février 2016, le SMR a examiné en détail chacun des indicateurs mis en place par la nouvelle jurisprudence

du Tribunal fédéral et est parvenu à la conclusion que les atteintes identifiées par les experts n'engendraient aucune incapacité de travail.

d) Il n'est pas contesté que la nouvelle jurisprudence doit trouver ici application dans la mesure où la procédure était pendante au moment où le Tribunal fédéral a rendu son arrêt de principe 9C_492/2014 du 3 juin 2015.

Se pose dès lors la question de savoir si une expertise complémentaire psychiatrique est nécessaire. Tel ne sera pas le cas si l'expertise déjà rendue permet de déterminer si le trouble somatoforme douloureux est invalidant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels.

S'agissant de l'atteinte à la santé, les experts retiennent les diagnostics de dysthymie (2000), de syndrome douloureux somatoforme persistant (2006), sous forme de fibromyalgie, de cervicalgies et lombalgies communes sur modifications dégénératives modérées (1994), de périarthrite de la hanche gauche (2012), d'hypothyroïdie post thyroïdite de Hashimoto (2006) substituée, de colopathie fonctionnelle, de maladie de reflux et gastrite à Helicobacter (2006) et d'anémie ferriprive (2004). Le syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas contesté mais, selon les experts, il n'entraîne pas de limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de l'assurée à accomplir les tâches ménagères est préservée.

En ce qui concerne le traitement, les experts constatent que la symptomatologie dépressive n'a nécessité ni prise en charge psychiatrique ni hospitalisation dans un hôpital psychiatrique. Le traitement antidépresseur a été prescrit à petite posologie et arrêté fin 2013. Selon le principe de la vraisemblance prépondérante et à défaut d'une médication et/ou d'un traitement spécifique, il convient de conclure à l'absence de gravité de la pathologie psychique, d'autant qu'à l'examen, les experts n'ont constaté qu'une dysthymie, soit une symptomatologie dépressive chronique atténuée par rapport à un trouble dépressif. En effet, ainsi, il convient de considérer que la recourante n'est pas entravée dans ses ressources pour surmonter les douleurs ressenties et tenir son ménage.

Par ailleurs, les experts n'ont relevé aucun trait de personnalité pathologique, tant au niveau anamnestique qu'à l'examen psychiatrique. Légèrement dépressive, la recourante ne souffre ni de trouble cognitif, de déficit attentionnel, ni de ralentissement psychomoteur. Le contact avec les experts a été normal et sans ralentissement. L'assurée a été décrite comme orientée dans les quatre modes et sans trouble de la mémoire à court ou à long terme, son jugement et son raisonnement comme sans particularité. Ces éléments viennent corroborer le fait qu'elle dispose de ressources personnelles préservées.

S'agissant du contexte social, les experts ont rappelé que la recourante a fui la guerre de Somalie en 1991, qu'elle est très peu scolarisée, sans formation et ne parle pas le français ; mariée à 17 ans, elle a eu onze enfants, dont une enfant lourdement handicapée, et vit repliée autour de son entourage familial. Cela étant, l'intéressée peut bénéficier de l'aide de ses enfants valides et vivant encore au

domicile familial - pour huit d'entre eux - pour effectuer les tâches ménagères les plus lourdes et les tâches administratives. S'ajoute à cela que son mari est à la retraite et qu'il est donc également disponible pour l'assister dans la tenue du ménage. L'environnement social de la recourante est ainsi plutôt positif et soutenant.

S'agissant en particulier des tâches administratives, rien dans l'expertise, ni le dossier ne permet de conclure que l'atteinte à la santé de la recourante a eu une influence directe sur celles-ci. En effet, il est très probable, dans la mesure où la recourante ne parle pas le français, à l'inverse de ses enfants, nés et scolarisés en Suisse pour la plupart, que ceux-ci ont toujours, si ce n'est pris en charge, à tout le moins participé à l'exécution des tâches administratives, lesquelles nécessitent un niveau de français supérieur à celui de l'intéressée.

Quant au poids de la souffrance de la recourante, force est de constater que ses plaintes plutôt prononcées contrastent avec les constatations objectives des experts, qui ont conclu à l'absence de limitations fonctionnelles. S'y ajoute le fait que la recourante ne prend ni antalgiques, ni antidépresseurs.

En définitive, l'expertise du CEMed permet de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence, l'absence de caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante, sans qu'un complément d'expertise ne soit nécessaire.

On relèvera encore que l'avis du 9 février 2016 du SMR est cohérent avec l'analyse qui précède, et que la recourante se contente de le contester en substituant y sa propre appréciation et celle de la Dresse B_____.

S'agissant du courrier du 1^{er} mars 2016 de la Dresse B_____, il convient de relever qu'il traite à plusieurs reprises du trouble somatoforme douloureux de manière théorique et non en lien avec la situation concrète de la recourante. Tel est notamment le cas lorsque le médecin traitant explique que le type de pathologie dont souffre la recourante ne répond souvent que peu aux antidépresseurs, ou que les douleurs ostéo-articulaires, y compris arthrosiques, décompensent souvent de manière plus importante que chez une personne sans fibromyalgie. De plus, la Dresse B_____ fait erreur lorsqu'elle soutient que l'expertise du CEMed retient que la symptomatologie douloureuse de la recourante l'empêche de s'acquitter de ses tâches ménagères. En effet, si le rapport d'expertise mentionne cet élément, c'est en lien avec les plaintes de la recourante et non avec des constatations objectives des experts. S'ajoute à cela que la Dresse B_____ admet que la famille de l'intéressée est présente pour la soutenir et l'assister. On précisera encore que les arguments et le ton employé par la Dresse B_____ dans la dernière partie de son courrier, dans laquelle elle reproche à l'assurance-invalidité un « découpage » des patients en diagnostics sans tenir compte de leur situation personnelle et une discrimination des femmes ayant eu beaucoup d'enfants, laisse transparaître une analyse peu objective du cas. Enfin, il convient de relever que le courrier en

question n'apporte aucun élément objectif qui aurait été ignoré par l'expertise ou l'avis du SMR et qui permettrait de remettre en question leurs conclusions respectives.

Par conséquent, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du CEMed et des avis du SMR. Ces documents permettent de forger une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux. C'est donc à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prestation, faute de maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée ou des empêchements dans le ménage.

14. En dernier lieu, rappelons que la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une enquête ménagère destinée à examiner quels sont les travaux habituels assumés par ses soins et son taux d'invalidité par rapport à ces tâches.

Comme le relève à juste titre l'intimé, le CEMed et le SMR n'ayant retenu ni atteinte invalidante, ni limitation fonctionnelle, une telle enquête n'a pas lieu d'être. En effet, le résultat de l'enquête aboutit à une évaluation des limitations fonctionnelles qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3932/2013 du 4 mai 2015 consid. 7.3.2), de sorte que si le médecin arrive à la conclusion que l'assurée ne présente aucune incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères, comme c'est le cas en l'espèce, l'enquête ménagère est inutile.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas mis d'émolument à la charge de la recourante.
4. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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