

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/981/2014

ATAS/70/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 28 janvier 2016**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître AHLSTROM Martin

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, Service juridique, rue des Gares 12, GENÈVE

intimée

---

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

## **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1969, ressortissante portugaise, a travaillé en tant que femme de ménage à plein temps, puis, jusqu'en 2001, comme repasseuse à 100%.
2. Le 16 août 2007, elle a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une dépression, dont elle a indiqué qu'elle avait entraîné une totale incapacité de travail depuis septembre 1998.
3. Par décision du 4 novembre 2008, l'OAI a rejeté sa demande au motif que l'atteinte à la santé psychique n'était pas d'une gravité suffisante pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et que les autres diagnostics mentionnés ne pouvaient pas non plus être reconnus comme invalidants.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport rédigé suite au séjour effectué par l'assurée, du 22 août au 12 octobre 2007, à la Clinique de Belle-Idée (ci-après : Belle-Idée), concluant à un trouble dépressif récurrent - épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) ; la patiente, connue pour des troubles dépressifs récurrents, était suivie à la consultation et au Centre de thérapies brèves (CTB) depuis environ une année ; elle avait été admise sur demande de son médecin traitant, suite à la péjoration de son état thymique (idées suicidaires fluctuantes, avec notion de tentamen médicamenteux par le passé) ; à sa sortie, elle avait été adressée à la doctoresse B\_\_\_\_\_ ;
- un rapport établi le 10 décembre 2007 par le docteur C\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de l'assurée depuis août 2000, confirmant le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère, présent depuis 1999 ; étaient également mentionnés une endométriose, une surdité brusque, un psoriasis et une hernie hiatale, apparus en 2007 ; le médecin évaluait la capacité de travail de sa patiente à 0% depuis juillet 2001, date à laquelle l'atteinte avait rendu impossible toute activité professionnelle ; à la suite de son hospitalisation à Belle-Idée, son état s'était relativement amélioré mais restait toujours très fragile ;
- un formulaire dans lequel l'assurée affirmait que, si sa santé le lui avait permis, elle aurait continué à exercer à plein temps l'activité de

repassseuse professionnelle et ce, pour des raisons financières (cf. questionnaire du 20 décembre 2007).

- un rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ confirmant à son tour le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère, y ajoutant celui de trouble douloureux somatoforme persistant et concluant à une totale incapacité de travail depuis 2000 ; l'assurée avait fait deux séjours au CTB, du 5 octobre au 4 novembre 2005 et du 30 janvier au 15 mars 2007 ; eu égard aux faits que l'état de l'assurée s'était peu amélioré en une dizaine d'années et que des facteurs de stress persistaient, le médecin émettait un pronostic réservé (cf. rapport du 10 avril 2008) ;
- un rapport d'expertise rédigé le 6 août 2008 par le Centre d'expertise médicale de Genève (ci-après : CEM), plus particulièrement par les docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et F\_\_\_\_\_, rhumatologue et spécialiste FMH en médecine physique et en réadaptation, constatant l'existence de 4 signes de Waddell sur 5, ainsi que de 16 points de Smythe sur 18 ; l'examen neurologique était normal et il n'y avait aucune limitation articulaire ; des radiographies de la colonne lombaire et des mains n'avaient montré ni trouble dégénératif, ni érosion inflammatoire ; sur le plan psychique, il était relevé que, lors de son hospitalisation en 2007, l'assurée avait très bien répondu au traitement ; ce travail, poursuivi en ambulatoire, avait permis le maintien d'un état quasi normo-thymique et équilibré, de sorte que l'on pouvait conclure désormais à une rémission ; les experts retenaient à titre de diagnostics: un syndrome fibromyalgique, un psoriasis, une surdité brusque, un trouble dépressif récurrent désormais en rémission, une majoration des symptômes somatiques pour raisons psychologiques et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9), sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée ; la fatigue et les plaintes douloureuses n'avaient que peu de répercussion sur la vie quotidienne de l'assurée, laquelle restait insérée sur le plan social et familial et conservait des ressources suffisantes pour lutter contre les douleurs et la fatigue ; selon les experts, une incapacité de travail d'au moins 20% avait existé depuis 2001 ; elle avait été totale en 2007 mais, depuis janvier 2008, l'assurée avait recouvré une pleine capacité à exercer son activité habituelle, suite de la rémission de son état dépressif (il fallait tenir compte d'une convalescence d'un mois post-hystérectomie en mai 2008).

4. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales - TCAS - alors compétent - a statué en date du 14 mai 2009 (ATAS/608/2009) : il a

partiellement admis le recours, en ce sens qu'il a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité, limité à la période du 1er janvier 2007 au 31 mars 2008.

5. Le 17 mars 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, motivée par un trouble neuropsychiatrique et des atteintes rhumatologiques, ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis janvier 2010.
6. Dans un rapport du 18 avril 2011, le responsable du Service de psychiatrie générale du secteur des Eaux-Vives des HUG a attesté que l'assurée avait été hospitalisée à plusieurs reprises depuis son premier séjour, en 2007 :
  - du 20 avril au 25 mai 2010 à Belle-Idée,
  - du 28 mai au 2 juin 2010 à Belle-Idée,
  - du 9 au 15 juin 2010 au CTB,
  - du 16 au 29 juin 2010 à Belle-Idée,
  - du 14 au 27 septembre 2010 à Belle-Idée,
  - du 10 au 12 octobre 2010 aux urgences psychiatriques des HUG,
  - du 12 octobre au 6 décembre 2010 à Belle-Idée.

Il a été précisé que, durant les décompensations, le tableau clinique était le suivant : thymie triste avec un versant anxieux important et trouble du sommeil important avec difficultés d'endormissement, anorexie, aboulie et anhédonie, idéations suicidaires présentées de manière démonstrative avec risque hétéro-agressif, ralentissement psychomoteur important, manque de concentration et troubles de la mémoire.

Les HUG ont précisé que la stabilisation de la patiente avait été très difficile et avait nécessité plusieurs changements de traitement psychotrope.

Ils ont indiqué qu'elle souffrait au surplus de douleurs polyarticulaires inflammatoires et d'un rhumatisme psoriasique nécessitant des interventions médicales régulières chez son médecin traitant, le docteur G\_\_\_\_\_. Ces conditions somatiques constituaient des facteurs importants empêchant la patiente d'avoir une bonne qualité de vie et péjorant son état psychique. Depuis 2010, une aggravation de l'état psychique avait nécessité plusieurs hospitalisations. Si l'état de l'assurée était désormais stable, il restait très fragile à des facteurs de stress.

7. Dans un rapport du 12 avril 2011 au Dr C\_\_\_\_\_, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que, depuis sa sortie de Belle-Idée durant l'été 2010, sa patiente se plaignait essentiellement de gonalgies à prédominance gauche avec des épisodes de tuméfaction itératifs de cette articulation. À l'examen clinique, il avait observé un

volumineux épanchement à gauche. C'étaient principalement les gonalgies qui gênaient la patiente au quotidien et semblaient dues à des troubles dégénératifs - bien que modérés sur le plan radiologique.

8. Dans un rapport ultérieur du 21 mai 2011, le Dr G\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état dépressif et de polyarthrose, en précisant que, sur le plan physique, sa patiente devait éviter la marche et le port de charges. Selon lui, elle n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle.
9. Par courrier du 27 juin 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de personnalité de type borderline, trouble dépressif récurrent, psoriasis, gonarthrose, suspicion de rhumatismes psoriasiques et syndrome douloureux somatoforme persistant. La patiente se plaignait de douleurs polyarticulaires au niveau des poignets, des mains, des coudes, des épaules, du rachis cervical, des genoux et des chevilles, ainsi que d'un manque d'énergie et d'une fatigue permanente. En raison de la multiplicité des comorbidités et de la chronicisation des symptômes, le pronostic était mauvais. Le médecin concluait à une totale incapacité de travail depuis novembre 2000.
10. Dans un rapport du 5 mars 2012, les HUG ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode sévère, sans symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'hypothyroïdie infra-clinique, d'arthrite psoriasique et d'épanchements récidivants du genou gauche. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un trouble de la personnalité de type borderline et un psoriasis.

Ils ont expliqué que l'assurée avait souffert d'une décompensation psychique à plusieurs reprises, ce qui avait nécessité des hospitalisations et des séjours au CTB. En 2010, le décès de sa grand-mère avait ainsi précipité une décompensation et l'apparition de symptômes dépressifs importants ainsi que d'idées suicidaires avec divers projets clairs (elle avait été retrouvée plusieurs fois tenant un couteau de cuisine pour s'entailler les veines et avait avoué avoir voulu se jeter sous un tram et en avoir été empêchée par une passante).

Une incapacité de travail totale a été attestée. Il a été précisé que les symptômes anxio-dépressifs pouvaient être légèrement améliorés sous traitement mais que la patiente restait très vulnérable aux facteurs de stress, avec un défaut de capacité organisationnelle et des difficultés à s'adapter (elle bénéficiait de l'aide d'une assistante sociale pour ses factures et autres démarches administratives).

11. Le dossier de l'assurée a alors été soumis au Service médical régional de l'OAI (SMR) qui a préconisé une expertise psychiatrique, afin de déterminer si l'atteinte psychique s'était aggravée de façon durable.
12. Le mandat d'expertise a été confié au Centre universitaire romand de médecine légale, plus particulièrement aux docteurs H\_\_\_\_\_, et I\_\_\_\_\_, qui ont rendu leur

rapport en date du 9 avril 2013, sur la base du dossier et de deux entretiens avec l'assurée, de contacts téléphoniques avec son médecin traitant, avec son rhumatologue, avec le psychiatre de la consultation des Eaux-Vives et avec son assistante sociale.

Après une anamnèse détaillée et la relation des plaintes de l'assurée, les experts ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode modéré avec syndrome somatique. Ils ont également mentionné des traits de personnalité de type histrionique, insuffisants pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité.

Les experts ont expliqué que l'assurée souffrait depuis quatorze ans d'un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique qui, par ses caractéristiques cliniques et sa durée, correspondait aux critères décrits dans la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10).

Le score HAM-D (23) correspondait à un épisode dépressif d'intensité moyenne.

Au cours de la période s'étant écoulée depuis la dernière expertise, en 2007-2008, des symptômes dépressifs avaient été présents à plusieurs reprises pendant plus de deux semaines, avec une péjoration thymique lors du dernier épisode encore en cours et durant depuis quatre mois. Après plusieurs hospitalisations et plusieurs changements de traitement médicamenteux, les symptômes dépressifs avaient diminué d'intensité (en 2007 et 2008), sans disparaître et une recrudescence importante de la symptomatologie dépressive avait marqué toute l'année 2010, avec une rémission partielle en 2011 et durant la première moitié de l'année 2012.

Les experts ont expliqué ne pas retenir le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, vu l'absence de critère autre que la labilité émotionnelle.

Ils ont estimé que, vu la nature et la sévérité moyenne des troubles, l'isolement social de l'assurée et l'impact sur le fonctionnement social et interpersonnel de celle-ci, le pronostic était engagé, particulièrement en ce qui concernait la capacité de travail. Ils ont retenu l'existence de limitations psychiques et mentales importantes en raison de l'état dépressif modéré (importante diminution de l'élan vital, anhédonie, aboulie modérée et idées noires chroniques ; s'y ajoutaient les limitations sociales en lien avec les symptômes décrits).

Les experts ont considéré que les limitations psychiques et mentales décrites ne permettaient pas à l'assurée d'envisager une reprise du travail ; sa capacité résiduelle était nulle et ce, depuis l'été 2010.

13. La doctoresse J\_\_\_\_\_, du SMR, a exprimé en date du 7 juin 2013 l'avis qu'il était indispensable de procéder à une évaluation pluridisciplinaire afin d'apprécier la question de l'existence d'une éventuelle fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux.

14. Une nouvelle expertise a dès lors été sollicitée auprès, cette fois, du bureau d'expertises médicales de Vevey (BEM), plus particulièrement des docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont rendu leur rapport en date du 9 décembre 2013, sur la base d'un examen clinique et du dossier mis à leur disposition.

Après avoir énuméré les documents sur lesquels ils s'étaient basés, s'être livrés à une anamnèse complète et détaillée et s'être fait l'écho des plaintes de la patiente, les experts n'ont finalement retenu comme diagnostic invalidant qu'une chondropathie fémoro-patellaire prédominante à droite. Ils ont considéré que les autres atteintes (majoration des symptômes physiques pour raison psychologique, trouble mixte de personnalité, émotionnellement labile de type borderline et histrionique, compensé, trouble dépressif récurrent désormais en rémission, syndrome de dépendance au tabac, fibromyalgie, hypothyroïdie compensée, surdité de perception de degré léger à modéré à gauche, sinusites récidivantes, etc...) étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

Les experts ont préconisé d'éviter le travail en zone basse sollicitant les genoux et, à cette condition, ont conclu à une pleine capacité de travail tant sur le plan physique que psychique, à plein temps, dans l'activité exercée préalablement. Selon eux, depuis début 2011, il n'y avait plus d'incapacité de travail sur le plan psychique.

Sur le plan physique, il n'y avait pas eu d'aggravation au plan physique depuis 2008 ; d'ailleurs, l'assurée avait allégé sa médication. Sur le plan psychique, en revanche, une aggravation était intervenue d'avril à fin 2010, qui s'était traduite par cinq hospitalisations en milieu psychiatrique et un séjour au CTB. Ensuite de quoi, l'état psychique de l'assurée s'était amélioré pour rester stationnaire.

Sur le plan physique, après avoir fait procéder à des examens complémentaires, l'expert a constaté que les douleurs polytopiques évoluant depuis une dizaine d'années ne nécessitaient pas la consommation quotidienne de médicaments et étaient décrites comme superficielles, associées à des sensations de fourmillements des mains et des douleurs des compartiments rotuliens des genoux.

L'assurée s'était bien habituée à son hypoacousie et ne portait pas d'appareil auditif, aucune gêne auditive n'a été constatée.

Des signes irritatifs au niveau des genoux avaient été constatés, sans signe inflammatoire.

Au plan neurologique, l'examen s'était révélé normal.

Les signes de fibromyalgie étaient présents en nombre suffisant pour que l'on retienne ce diagnostic.

En définitive, sur le plan physique, l'expert s'est écarté de l'appréciation du médecin traitant en expliquant que si l'on recherchait une corrélation entre les plaintes et les constatations cliniques, on se trouvait devant un hiatus que le médecin traitant n'avait pas souhaité aborder. Il n'en demeurait pas moins qu'il n'y avait pas d'affection médicale évidente depuis l'an 2000, qui permette de reconnaître une incapacité de travail durable.

Sur le plan psychique, l'expert a indiqué que si l'assurée relatait de nombreux symptômes, seule avait pu être objectivée une diminution de la confiance en soi. Ni humeur dépressive, ni manque d'énergie, ni difficulté à soutenir l'attention ou à se concentrer ni signes de fatigabilité n'avaient été objectivés, ce qui avait conduit l'expert à considérer que le trouble dépressif récurrent pourrait être considéré comme en rémission depuis 2011, date à compter de laquelle l'assurée décrivait son état comme stationnaire.

En l'absence de conflits émotionnels majeurs ou de conflits psychosociaux conséquents, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme n'était pas retenu.

Quant à l'expertise pratiquée en 2013, l'expert a considéré que le status qui y était décrit correspondait tout au plus à un épisode dépressif léger et non modéré.

En définitive, les experts ont retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (c'est-à-dire ne s'exerçant pas à genoux) avec une diminution de rendement de 20% pour permettre des périodes de repos et ce, strictement au plan physique.

15. Le dossier a alors été soumis au SMR qui a notamment relevé que l'assurée ne recourait à aucune médication antidouleurs - ce qui permettait de prendre un certain recul par rapport à ses plaintes. Le SMR a considéré que l'incapacité de travail avait été de 100% de janvier 2007 à janvier 2008, de 100% d'avril à fin 2010 mais que depuis lors, l'assurée avait recouvré une pleine capacité à exercer son activité habituelle.
16. Par décision du 3 mars 2014, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de l'assurée, dont il a considéré qu'elle avait recouvré depuis janvier 2011 une pleine capacité de travail.
17. Par écriture du 3 avril 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce qu'un degré d'invalidité de 70% au moins lui soit reconnu, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation.

Elle reproche à l'intimé de s'être basé sur un avis du SMR contredit par tous les autres rapports médicaux versés au dossier et produit divers certificats médicaux d'incapacité de travail non motivés, une attestation établie le 7 mars 2014 par le

docteur M\_\_\_\_\_, confirmant qu'elle est suivie à la consultation de psychiatrie des Eaux-Vives depuis octobre 2008, qu'elle est connue pour un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline ainsi que pour un trouble dépressif récurrent épisode moyen, qu'elle se plaint de troubles du sommeil et de l'appétit et se plaint de tristesse et de désespoir, ainsi qu'un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 5 mars 2014 concluant à des gonalgies bilatérales dans le cadre de troubles dégénératifs dus à une coxarthrose débutante et à une fibromyalgie (5 mars 2014).

18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 mai 2014, a conclu au rejet du recours.

Il fait remarquer que la décision litigieuse ne repose pas uniquement sur l'appréciation de son SMR mais également sur l'expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée en octobre 2013, dont il considère qu'elle doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Il fait valoir que l'attestation du Dr M\_\_\_\_\_ se borne à rapporter quelques éléments de plaintes subjectives non étayés (et ce, alors même que l'expertise de décembre 2013 a démontré que les plaintes ne résistaient à la confrontation avec les constatations objectives et qu'il existait de nombreuses incohérences), que les constatations du Dr G\_\_\_\_\_ sont superposables à celles de l'expert N\_\_\_\_\_, que la fibromyalgie ne remplit pas les critères permettant de la reconnaître comme invalidante et que la coxarthrose, asymptomatique, n'entraîne pas de limitations fonctionnelles.

Le SMR en tire la conclusion que la seule atteinte justifiant la reconnaissance de limitations fonctionnelles est celle affectant les genoux et que l'évaluation du Dr M\_\_\_\_\_ constitue simplement une appréciation différente d'une même situation.

19. Par écriture du 16 juin 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions en rappelant qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant.

Pour le reste, elle relève que les experts ont admis à plusieurs reprises que son état psychique est précaire.

20. Une audience s'est tenue en date du 22 janvier 2015, au cours de laquelle a été entendu le Dr M\_\_\_\_\_.

Le témoin a indiqué avoir pour sa part constaté une symptomatologie dépressive un peu plus importante que celle dont les experts ont fait état, notamment des idées noires et un sentiment de désespoir compatibles avec le diagnostic de dépression récurrente modérée, dont il n'a pu évaluer précisément les conséquences en termes de capacité de travail.

21. Entendu à son tour, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de fibromyalgie.

Quant à la chondropathie fémoro-patellaire, il a précisé que des examens pratiqués le 13 février 2014 avaient montré qu'elle avait évolué en une véritable arthrose touchant les deux genoux. Ces mêmes examens avaient également montré un début d'arthrose au niveau de la hanche, sans que cela se traduise forcément par une augmentation des douleurs ou de la fréquence des épanchements.

Le témoin a émis l'avis que les experts avaient quelque peu sous-estimé le retentissement des problèmes de genoux de la patiente en termes de capacité de travail, notamment s'agissant de l'activité de repassage (qui implique de rester debout de manière prolongée, de se déplacer et de porter des charges), sans toutefois pouvoir se prononcer précisément sur ce point.

Les limitations sont principalement dues aux genoux et à la fibromyalgie.

Le témoin a émis l'avis que, dans une situation idéale, c'est-à-dire dans une activité s'effectuant principalement en position assise, permettant une alternance des positions et évitant le port de charges, la capacité de travail pourrait atteindre au moins 50%, en tenant compte de l'état de santé dans sa globalité, car il est difficile de faire abstraction des problèmes psychiques.

22. Dans ses écritures après enquêtes du 11 février 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.
23. Quant à la recourante, elle a également persisté dans ses conclusions, par écriture du 5 mars 2015.
24. Par courrier du 9 septembre 2015, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti ainsi que le projet de mandat d'expertise pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
25. Par pli du 5 octobre 2015, la recourante a indiqué n'avoir aucune remarque à formuler quant aux experts envisagés et aux questions à poser.
26. Par écriture du 9 novembre 2015, l'intimé a quant à lui soutenu que la mise sur pied d'une expertise judiciaire relèverait de l'arbitraire.
27. Par ordonnance du 7 décembre 2015 (ATAS/936/2015), la chambre de céans a ordonné une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, dont elle a confié le soin aux docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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. 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).
4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
5. Le litige porte sur le bien-fondé du rejet de la nouvelle demande de la recourante. En d'autres termes, la question est de savoir si l'état de l'assurée s'est modifié depuis le 4 novembre 2008 - date de la première décision de l'intimé - au point de lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
6. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2008).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est donc 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).

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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2)

8. Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64, consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, p. 353, ATF 131 V 49, consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'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 ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352).

Mais dans un arrêt récent (9C\_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre.

Le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6).

Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable

9. Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente conformément aux art. 4 al. 1 LAI et 6 ss LPGGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGGA) : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3).

À cet égard, le Tribunal fédéral a émis l'avis que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était sans doute posé nettement trop fréquemment. En conséquence, les experts doivent le justifier de manière à ce que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont effectivement été observés. La « plainte essentielle » doit concerner « une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de

détresse ». Le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme suppose par définition des atteintes aux fonctions utiles à la gestion de la vie quotidienne. Enfin, selon la CIM-10 (F45.4), « le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins » (arrêt op. cit., consid. 2.1.2).

Les experts doivent donc donner des explications quant au diagnostic, afin d'établir le caractère de maladie, mais également les atteintes concrètes des fonctions nécessaires à la gestion du quotidien, lesquelles seront aussi reprises dans l'estimation de la capacité de travail. À cet égard, il ne faut inclure dans la « preuve cohérente d'une activité et d'une participation perturbées » que des déficits fonctionnels émanant des observations qui ont également été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par un examen consciencieux de plausibilité (arrêt op. cit. consid. 2.1.2 ; ATF 140 V 290 consid. 3.3.1, p. 296 et consid. 3.3.2 au début, p. 297).

10. Le diagnostic du syndrome douloureux somatoforme persistant basé sur les concepts du système médical de classification n'amenant à constater une importante atteinte à la santé relevant du droit de l'assurance-invalidité que si le diagnostic est valable également du point de vue des motifs d'exclusion cités dans l'ATF 131 V 49, il conviendra également que les experts se prononcent sur l'existence ou non de ceux-ci (limitation résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable [se manifestant par une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact], étant précisé qu'un simple comportement explicite n'indique pas en soi une exagération ; arrêt op. cit. consid. 2.2.1).
11. Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité.

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).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La

question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas.

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés.

L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5).

12. La nouvelle approche préconisée par le Tribunal fédéral entraîne des adaptations dans la formulation des indicateurs et un certain élargissement matériel des aspects déterminants de l'examen. S'il est ainsi possible de se baser sur la liste de critères utilisée jusqu'alors, cette liste doit cependant être utilisée en tenant toujours compte des circonstances du cas particulier (il ne s'agit pas d'une « check-list où il suffit de cocher des rubriques ») et elle n'est pas non plus immuable en tant que telle mais ouverte aux connaissances médicales nouvellement établies qui, en tant que réalités juridiques, marquent la conception de la liste de leur empreinte (cf. arrêt op. cit. consid. 4.1.1). Il s'impose dès lors d'abandonner l'importance prioritaire de la comorbidité psychique et de renoncer à faire référence au bénéfice primaire de la maladie.

On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques.

13. a. Le premier indicateur mentionné est celui de « l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes ».

À cet égard, on attend des experts que leurs constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles qui résultent de l'atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. C'est dans ce cadre qu'il convient d'examiner, par exemple, s'il y a exagération sans qu'il faille a priori exclure de ce fait une atteinte à la santé significative sur le plan juridique.

b. Le second indicateur mentionné est le succès du traitement ou la résistance à cet égard, c'est-à-dire l'évolution et le résultat des thérapies.

c. Le troisième indicateur réunit les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes », en vertu de la nécessité de l'approche globale des interactions et autres corrélations du trouble douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes préconisée par le Tribunal fédéral.

Il est renoncé à l'importance prépondérante accordée jusqu'alors à la comorbidité psychiatrique : la comorbidité psychique n'est plus prioritaire 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 la personne assurée de ressources. Une dépression ne perd plus toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources du seul fait de sa connexité médicale (éventuelle) avec le trouble douloureux. Toutefois, les tableaux cliniques qui apparaissent comme de simples variantes de la même entité dans des qualifications différentes sur le plan diagnostique sur la base de symptômes identiques ne constituent d'emblée pas une comorbidité. Sinon, l'atteinte à la santé pouvant être qualifiée et décrite de plusieurs manières serait évaluée à double.

d. À ces trois premiers indicateurs concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, s'ajoute un quatrième, relatif à la personnalité.

En effet, du fait de la prise en compte renforcée des ressources, le complexe de la personnalité (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales) gagne en importance. Cela recouvre non seulement les formes classiques du diagnostic de la personnalité - qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité - , mais également le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » - qui désigne les capacités inhérentes à la personnalité. Il s'agit de tirer des déductions sur la capacité de travail (conscience de soi et de l'autre, épreuve de réalité et la formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, capacité à se référer à un objet, motivation, notamment) et de clarifier les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé.

e. Enfin, le contexte social, qui influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets de l'atteinte à la santé, constitue un cinquième indicateur.

14. L'aspect de la cohérence étant décisif en matière de preuve (arrêt op. cit. consid. 4.4), des indicateurs sont là aussi envisagés par le Tribunal fédéral.

1. En premier lieu, celui de la limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, qui revient à se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession et l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les actes habituels de la vie), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (p. ex. l'organisation des loisirs),

d'autre part. L'ancien critère du retrait social doit être interprété de telle sorte qu'il ne se réfère pas qu'à des limitations mais concerne aussi les ressources ; à l'inverse, un retrait conditionné par une maladie peut cependant aussi diminuer encore les ressources. Il est recommandé d'effectuer aussi une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de la personne assurée doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail alléguée (arrêt op. cit. consid. 4.4.1).

2. En second lieu, la prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet (en complément au point de vue du succès du traitement et de la réadaptation ou de la résistance à ceux-ci) d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois le cas que si le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en cours en matière d'assurance. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée à reconnaître sa maladie. De manière similaire, il faut tenir compte du comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (et de ses propres efforts de réadaptation) : un comportement manquant de cohérence est, là aussi, un indice que la limitation alléguée serait due à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé assurée (arrêt op. cit. consid 4.4.2).

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

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).

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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, 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).

Il convient encore de préciser que les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve : il convient de procéder à un examen global du cas particulier avec ses spécificités et les griefs invoqués et d'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 suffire (cf. arrêt du TF op. cit. consid. 8).

16. En l'espèce, l'on se trouve en présence de deux expertises aboutissant à des conclusions diamétralement opposées, puisque les experts psychiatres du Centre universitaire romand de médecine légale ont estimé l'assurée totalement incapable de travailler depuis l'été 2010, alors que ceux du BEM l'ont jugée apte à exercer à 80% son ancienne activité.

Il est à relever que les experts du BEM se sont fondés, pour nier le caractère invalidant des atteintes de l'assurée, sur des critères qui n'ont plus cours désormais.

Il est vrai que cela ne suffit pas en soi pour nier toute valeur probante à leur rapport. S'y ajoute cependant le fait que les experts précédents, au terme d'un rapport détaillé et motivé de manière convaincante, avaient considéré, eux, que les limitations psychiques étaient importantes et entravaient à elles seules la capacité de travail de l'assurée. Dans ces circonstances, un simple complément d'expertise ne saurait suffire. Il convient bien plutôt de mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire en bonne et due forme, étant rappelé que cette solution s'impose lorsque le doute est jeté, ce qui est le cas en l'occurrence.

17. Dans la mesure où il est apparu que le Dr F\_\_\_\_\_, initialement désigné par la chambre de céans pour assumer le volet rhumatologique de l'expertise avait déjà examiné l'assuré, il convient de le remplacer par un autre expert rhumatologue, la Doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique.
2. Commet à ces fins les docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante ;
  - c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de la personne.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.  
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
  5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? Quelle a été l'évolution depuis fin 2008 ?
  6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
  7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée) ?
  8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le

comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
  10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
  11. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
  12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
  13. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
  14. Mentionnez, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail, en pourcent,
    - a) dans l'activité habituelle
    - b) dans une activité adaptée.
  15. Mentionnez globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail, en pourcent,
    - a) dans l'activité habituelle
    - b) dans une activité adaptée.
  16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquez l'évolution de son taux et décrire son évolution, plus particulièrement depuis fin 2008.
  17. Évaluez l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquez depuis quand une telle activité est exigible et quel(s) sera(en)t le(s) domaine(s) d'activité adapté(s).
  18. Indiquez s'il y a une diminution de rendement et chiffrez-la.
  19. Évaluez la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquez quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
-

20. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, veuillez répondre aux questions suivantes :

a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.

d) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

e) Quel est le contexte social ? L'intéressée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?

g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

21. Commentez et discutez les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquez - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

22. Formulez un pronostic global.

23. Toute remarque utile et proposition des experts.

5. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
7. Fixe aux parties **un délai de 10 jours** dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés.
8. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le