

GE_GERICHTE A/1564/2016 vom 30. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1564_2016

FR: GE_GERICHTE A/1564/2016 du 30 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/1564/2016 del 30 maggio 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1966, ressortissante brésilienne, est arrivée en Suisse le 11 mai 2009 (selon la banque de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations), mais le 7 janvier 1996 (selon l'assurée [cf. sa demande de prestations du 16 juin 2009]). Mère de trois enfants, nés respectivement le _____ 1992, le _____ 1999 et le _____ 2002, elle est au bénéficiaire d'un permis B depuis le 12 juin 2009. 2. L'assurée a suivi une formation de masseuse dans son pays d'origine et a travaillé en Suisse notamment en tant que femme de chambre à l'hôtel B_____ du 29 août 2005 au 30 novembre 2008 à raison de seize heures par semaine (cf. « questionnaire pour l'employeur » du 6 juillet 2009). Parallèlement à cette activité-ci, dès le 29 juin 2007, elle a collaboré en qualité de nettoyeuse auprès de C_____ SA (ci-après: l'employeur) à temps partiel (cf. attestation de l'employeur du 23 janvier 2008). 3. Le 16 juin 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une atteinte à la santé depuis 2007 survenue après une chirurgie d'une hernie ombilicale. Elle a ajouté qu'elle présentait une capacité de travail réduite à 50 % depuis avril 2009. En annexe à la demande figuraient les documents suivants : - le rapport du 15 avril 2009 du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie. L'assurée avait été hospitalisée en urgence aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) le 13 février 2007 en raison d'une hernie ombilicale étranglée et avait été opérée le même jour. L'intervention avait consisté à placer un filet à l'intérieur de la cavité abdominale après avoir réduit la hernie. L'assurée avait ensuite pris des antalgiques durant une semaine et constaté que l'activité ménagère à son domicile réveillait la douleur aux points de fixation du filet. Elle avait repris son activité comme femme de chambre à 50% le 16 avril 2007 puis à 100% dès le 1 er mai 2007. Elle avait alors ressenti une augmentation de la douleur pariétale abdominale en des points précis et localisés aux ancrages du filet, ainsi qu'une douleur moindre dans le flanc gauche. Dès le 29 juin 2007, elle avait pris un engagement supplémentaire comme nettoyeuse. Ce surcroît d'activité avait contribué à augmenter la douleur, ce qui avait motivé un arrêt de travail, certifié par son médecin traitant, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, à deux reprises en avril 2008 et entre juillet et août 2008. Fin 2008, l'hôtel B_____ l'avait licenciée. La douleur étant engendrée par les points de fixation du filet, les fils d'ancrage avaient été retirés le 8 janvier 2009. La douleur aux points cardinaux d'ancrage du filet avait ainsi quasiment disparu, tandis que la douleur du flanc gauche persistait, attribuée à une névralgie secondaire à une lésion de branche nerveuse lors de l'opération, ce qui avait

nécessité quatre infiltrations entre février et mars 2009, lesquelles avaient diminué la douleur. Le médecin a diagnostiqué un status post cure de hernie ombilicale par un filet intra abdominal, des douleurs post-opératoires résiduelles et un cystadénome (bénin) séreux du pancréas. L'assurée avait repris le travail à 25% chez l'employeur le 1^{er} avril 2009 et espérait l'augmenter à 50% dès le 20 avril. Il n'y avait pas d'incapacité permanente à prévoir. Les névralgies post-opératoires devaient progressivement disparaître; ![endif]>![if>

- le rapport du 27 avril 2009 du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. L'assurée se plaignait de douleurs abdominales prédominant aux quatre points cicatriciels autour de l'ombilic. Elles apparaissaient lors de la pression locale sur le ventre, du port de charges lourdes ou d'inclinaisons prolongées. L'assurée n'avait aucune douleur pendant la nuit, le matin lorsqu'elle marchait ou en cas d'activités légères. La douleur diminuait avec le Dafalgan ou le Brufen. La douleur du flanc gauche devenait parfois importante et irradiait en ceinture vers le dos. L'assurée n'avait plus de douleur constante depuis l'opération de janvier 2009 et ne ressentait aucun trouble du transit intestinal. Elle se sentait déprimée à la fin 2008 mais avait retrouvé son moral depuis ladite opération. Elle avait repris son activité de nettoyage à 50%. Le médecin a notamment diagnostiqué des douleurs abdominales péri-ombilicales d'origine cicatricielle et un probable cystadénome séreux du pancréas, actuellement asymptomatique. Il n'y avait pas de critère en faveur d'une dépression, ni d'un état anxieux, ni d'un trouble somatoforme douloureux. L'incapacité de travail totale était justifiée du 15 mars 2008 jusqu'en mars 2009. En tant que femme de ménage ou nettoyeuse, l'assurée devait souvent travailler en position inclinée vers l'avant, pousser et tirer des lits ou des meubles et porter des charges légères à moyennes. Elle était capable de faire ces travaux, mais les douleurs augmentaient après deux à trois heures de travail, si bien que le médecin a retenu une capacité de travail de 50% dans ce domaine. Le pronostic était incertain pour une reprise complète, les plaintes laissant craindre des séquelles dont l'importance était incertaine. Un poste adapté sans charges lourdes (plus de 10 kg), sans déplacement de meubles et sans inclinaison répétée du corps pouvait être assumé sans handicap significatif. Elle ne présentait pas de symptômes en position assise ou debout et pouvait marcher sans limitation, de sorte qu'elle était apte à travailler en tant que vendeuse, caissière ou serveuse à 100% dès le 27 avril 2009, date de l'examen clinique. ![endif]>![if>

4. Lors d'un entretien avec l'OAI le 7 juillet 2009, l'assurée a déclaré que son taux d'activité correspondait à un 100% et qu'elle souhaitait un reclassement professionnel pour une activité lucrative à plein temps (cf. rapport d'évaluation du 13 juillet 2009). ![endif]>![if>

5. Dans son rapport du 17 août 2009, le Dr E_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : des douleurs abdominales pariétales chroniques depuis mars 2007 et une hernie ombilicale, existant depuis 1998, opérée en mars 2007. À titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a retenu un cystadénome séreux du corps pancréatique, découvert en mars 2008, une endométrite, un trait falciforme et une alpha-thalassémie. L'assurée prenait des antalgiques simples et portait une ceinture abdominale. Le médecin la suivait depuis le 4 octobre 2006. L'intervention de janvier 2009 avait amélioré la situation mais des douleurs épigastriques et du flanc gauche persistaient. L'assurée avait repris son activité de nettoyeuse à 50 % depuis le 1^{er} avril 2009, activité qui était exigible, mais qui ne pouvait être exercée à un taux plus important. La reprise d'une activité physiquement lourde dans l'hôtellerie par exemple était impossible. L'incapacité de travail était totale du 12 février au 15 avril 2007, puis de 50 % du 16 avril au 30 avril 2007, de 0 % du 1^{er} mai 2007 au 14 mars 2008, totale du 15 mars 2008 au 31 mars 2009, de 75 % du 1^{er} avril au 26 avril 2009

et de 50 % dès le 27 avril 2009. Par avis du 11 septembre 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que les incapacités de travail attestées jusqu'au 1^{er} avril 2009 étaient justifiées, soit 100 % du 15 mars 2008 au 31 mars 2009, 75 % du 1^{er} avril au 26 avril 2009, 50 % dans l'activité habituelle et 0 % dans une activité adaptée dès le 27 avril 2009 (légère, sans port de charges de plus de 10 kg et sans traction d'appareils lourds ni positions penchées en avant).

Dans une note du 19 octobre 2009, l'OAI a fait état d'un entretien du 7 juillet 2009, au cours duquel l'assurée avait indiqué qu'elle souhaitait un reclassement professionnel. Des mesures d'intervention précoce (IP) étaient envisagées (cours intensif de français), mais l'assurée ne s'était plus manifestée. Le degré d'invalidité de 3 % n'ouvrait pas le droit à un reclassement professionnel et le mandat IP était clos. Le degré d'invalidité était calculé sur la base d'un revenu avec invalidité de CHF 46'785.- (fondé sur l'Enquête Suisse sur la structure des Salaires [ci-après : ESS] 2006, tableau TA1, tous secteurs confondus [total], femme, activité de niveau 4, indexé en 2008, avec une déduction de 10 %) et un revenu sans invalidité de CHF 48'232.- (fondé sur l'ESS 2006, TA7, code 37 [hôtellerie-restauration, économie domestique] à 50 % et sur l'ESS 2006, TA7, code 35 [nettoyage et hygiène publique] à 50 %).

Par décision du 24 novembre 2009, l'OAI a repris la teneur de son projet de décision du 20 octobre 2009 et rejeté la demande de prestations.

Le 9 janvier 2010, l'assurée a chuté dans un escalier et s'est blessée à l'épaule gauche (contusion avec petite rupture partielle du sus-épineux) (cf. rapport médical du 10 mai 2010). Le cas a été pris en charge par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA), laquelle a mis fin à la prise en charge des soins médicaux le 21 février 2011 et au versement des indemnités journalières dès le 1^{er} avril 2011. La SUVA a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.- (fondée sur un taux de 10 %) (cf. décision du 21 février 2011). Cette décision a été confirmée le 19 mai 2011, suite à l'opposition de l'assurée (qui concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité), la SUVA considérant, se fondant sur l'expertise de son médecin d'arrondissement, que les séquelles de l'accident ne s'opposaient pas à une reprise de l'activité de nettoyeuse à plein temps, de sorte qu'une rente d'invalidité n'était pas due.

Le 15 février 2010, l'assurée, représentée par un avocat, a écrit à l'OAI qu'elle était sans nouvelles de sa demande de prestations.

Le 19 février 2010, l'assurée a contesté avoir reçu la décision du 24 novembre 2009, de sorte que le 23 février 2010, l'OAI a procédé à une nouvelle notification.

Le 22 mars 2010, l'assurée, par l'entremise de son avocat, a recouru contre cette décision, concluant, préalablement, à son annulation, principalement, au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction, et subsidiairement, à l'octroi de mesures de reclassement professionnel. Le revenu avec invalidité était contesté. La diminution de rendement était de 25 % en raison des douleurs et des nombreuses limitations fonctionnelles. Le revenu sans invalidité était sous-évalué et ne tenait pas compte du 13^{ème} salaire. Le taux d'invalidité était d'au moins 22,46 %.

Le 29 avril 2010, l'avocat a informé la chambre de céans que l'assurée avait fait une tentative de suicide une semaine auparavant et qu'elle était suivie par le Centre de thérapie brève. Elle était en dépression depuis le printemps 2009, traitée par le Dr E_____. Elle avait besoin d'aide pour son ménage et aucune enquête ménagère n'avait été effectuée. Elle n'avait jamais été sollicitée concernant des mesures de réadaptation, ni examinée du point de vue de son état de santé psychique.

Les 31 mai et 30 juin 2010, l'assurée a respectivement transmis les documents suivants: - un rapport du Dr

E_____ du 4 mai 2010 selon lequel l'activité de nettoyeuse à 50 % n'avait été possible qu'avec la prise d'opiacés. L'assurée avait chuté à domicile à deux reprises (9 janvier et 8 avril 2010) provoquant une rupture partielle du tendon du muscle sus-épineux de l'épaule gauche et entraînant une incapacité totale de travail depuis le 9 janvier 2010. Elle souffrait d'un état dépressif justifiant un traitement depuis le 10 novembre 2009. Elle était suivie quatre fois par semaine par le Centre de thérapie brève de la Servette. Seule une activité à 50 %, peu exigeante sur le plan physique, était exigible; ![endif]>![if> - un rapport du centre d'accueil et d'urgences des HUG du 20 mai 2010 attestant un séjour de l'assurée du 19 au 24 avril 2010 suite à une intoxication médicamenteuse dans un but suicidaire. En septembre 2009, son médecin lui avait prescrit de l'Efexor en raison d'un trouble dépressif en lien avec un conflit conjugal. Un diagnostic de trouble dépressif majeur, récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, était posé. ![endif]>![if> 15. Par avis du 2 août 2010, le SMR a indiqué que les nouveaux éléments n'étaient pas de nature à remettre en question les conclusions du rapport du Dr F_____ d'avril 2009 ni la reconnaissance d'une capacité de travail entière, dans une activité adaptée légère, dès le 8 avril 2009 (recte : 27 avril 2009). Le rapport médical du Dr E_____ du 17 août 2009 ne mentionnait aucune atteinte psychiatrique. Le dossier devait être réinstruit pour deux nouvelles atteintes (soit lésion à l'épaule gauche suite aux deux chutes et état dépressif). Le SMR notait qu'il fallait déterminer si les périodes d'incapacité de travail admises dans le précédent avis ouvraient le droit à une rente limitée dans le temps. ![endif]>![if> 16. Le 9 août 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> 17. Par ordonnance du 2 décembre 2010 (ATAS/1259/2010), le Tribunal cantonal des assurances sociales a confié une expertise au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, motif pris qu'aucune instruction n'avait été menée par l'OAI concernant l'état de santé psychique de l'assurée, alors que le rapport du Dr E_____ du 4 mai 2010 faisait état d'un état dépressif ayant justifié l'instauration d'un traitement depuis le 10 novembre 2009, soit à une date antérieure à celle de la décision litigieuse du 24 novembre 2009. De même, le rapport des HUG du 20 mai 2010 relevait un trouble dépressif majeur, récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. ![endif]>![if> 18. Dans son rapport du 23 mai 2011, le Dr G_____ a noté que l'assurée avait développé fin 2009 un état dépressif, traité par Efexor, qui s'était aggravé les mois suivants, avec l'apparition d'idées suicidaires et une tentative de suicide en avril 2010 ayant justifié une hospitalisation d'une semaine aux HUG. L'assurée était suivie depuis octobre 2010 par la docteure H_____ des HUG, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle était traitée par Efexor, Temesta et Imovane. Elle se plaignait de douleurs abdominales, de tristesse avec parfois des idées de suicide, de fatigue, de difficultés à se concentrer, à penser, à prendre des décisions, d'un sentiment de dévalorisation, d'anxiété, de troubles du sommeil, de crises d'angoisses et de limitations de l'épaule gauche. ![endif]>![if> L'expert a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis novembre 2009. L'assurée souffrait depuis la fin 2009 d'un épisode dépressif majeur, dont le degré de gravité oscillait entre moyen et sévère, apparu dans un contexte de douleurs abdominales persistantes. La sévérité du trouble avait été clairement établie depuis avril 2010, même si celui-ci était apparu en novembre 2009, puis avait fluctué en intensité tout en persistant à un degré de sévérité moyen. En novembre 2009, l'état dépressif était présent mais l'aggravation de la dépression avait eu lieu début 2010. Après son accident de janvier 2010, l'état dépressif s'était aggravé, des idées suicidaires s'étaient cristallisées et elle avait fait une tentative de suicide en avril 2010. Elle bénéficiait depuis avril 2010 d'un traitement très complet. Les limitations fonctionnelles

psychiatriques étaient imputables aux troubles de l'attention et de la concentration, à la fatigue, au manque d'énergie, à l'altération de l'humeur, au manque de confiance en soi, aux perturbations du contrôle émotionnel et aux crises anxieuses aiguës. L'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations physiques, y compris celles liées à l'accident de janvier 2010. Des mesures de réadaptation étaient envisageables. 19. Le 16 juin 2011, l'assurée a indiqué qu'elle avait été hospitalisée à Belle-Idée le 3 juin 2011 en raison de sa dépression. Ce séjour jusqu'au 6 juin 2011 a été attesté le 7 juin 2011 par le service de psychiatrie générale des HUG, qui a relevé un abus médicamenteux à but suicidaire. Une hospitalisation en entrée non volontaire avait été décidée. Les médecins n'avaient pas observé d'éléments de la ligne psychotique ou d'anxiété. L'assurée banalisait son acte, déclarant avoir pris les médicaments dans le but de dormir, étant fatiguée à cause des conflits familiaux. Elle était orientée aux quatre modes, euthymique. Sa sortie avait été acceptée après que tout risque auto ou hétéro-agressif immédiat fut écarté. Au vu de la persistance d'une certaine fragilité, elle avait été adressée au Centre de thérapie brève de la Servette. 20. Le 17 juin 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à un avis du SMR du 9 juin 2011, selon lequel l'expertise du Dr G _____ n'était pas convaincante, fragilisée par de nombreuses invraisemblances, lacunes et contradictions. Les constatations objectives étaient extrêmement pauvres et ne permettaient pas de retenir un épisode dépressif d'intensité moyenne. L'expert se fondait sur les plaintes de l'assurée. Il ne constatait aucun trouble cognitif (concentration, attention, mémoire); l'assurée avait réussi à prendre soin d'elle en maigrissant, elle retrouvait du plaisir à cuisiner et sa libido reprenait un peu. Elle était capable de tenir son ménage et de participer à la vie de famille en y prenant plaisir. Elle voyait sa tante et sa cousine et pouvait regarder la télévision pendant plusieurs heures. L'assurée se plaignait en premier lieu de douleurs abdominales et à l'épaule. Il aurait été intéressant de discuter du diagnostic de trouble somatoforme douloureux. 21. Dans son rapport du 20 juin 2011, la Dre H _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, existant depuis 2009, de sévérité moyenne. La capacité de travail était réduite de 50 % depuis septembre 2009 et l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à ses problèmes somatiques, sans charge physique. 22. Dans un courriel du 29 juin 2011, adressé à l'assurée, la Dre H _____ s'est prononcée sur l'expertise du Dr G _____ et sur l'avis du SMR. L'expertise lui semblait concorder avec ses propres observations. Le diagnostic était justifié par la présence d'une humeur dépressive, de la diminution de l'intérêt et du plaisir, de l'augmentation de la fatigabilité, de la diminution de l'estime de soi, d'idées de culpabilité et de dévalorisation, d'idées ou d'actes auto-agressifs ou suicidaires et d'une perturbation du sommeil. L'humeur variait légèrement et restait globalement basse. La diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ne se jugeait pas uniquement aux soins apportés à sa personne. Le fait de reprendre goût à faire la cuisine ne permettait pas de conclure à l'absence d'une anhédonie. L'assurée n'était pas capable de tenir son ménage de façon satisfaisante. Elle ne participait que ponctuellement à la vie de famille et présentait une irritabilité en fin de journée. Les médecins du SMR n'avaient pas tenu compte de la souffrance psychique de l'assurée ayant conduit à deux gestes auto-agressifs, ni à sa persistance dans le temps. Le diagnostic de trouble somatoforme n'était pas donné, car il existait un substrat physique aux plaintes de l'assurée et une pleine conscience de la dépression. 23. Le 7 juillet 2011, l'assurée a observé qu'elle s'en remettait à l'expertise du Dr G _____, confirmée par la Dre H _____, mais que son état dépressif était présent depuis septembre 2009, comme relevé

par la Dre H_____, dès lors que le traitement médicamenteux avait été introduit en novembre 2009 après l'installation de l'état dépressif. 24. À la demande de la chambre de céans, le Dr G_____ a complété son rapport d'expertise le 28 février 2012. Un mois après le dernier entretien avec l'assurée, celle-ci avait fait à nouveau un abus médicamenteux à but suicidaire le 3 juin 2011. Elle souffrait depuis la fin de l'année 2009 d'un état de dépression chronique d'intensité fluctuante, entre sévère, moyen et léger, avec une forte anxiété et une fragilité psychologique. La dépression avait été le plus souvent d'un degré moyen, sans nature récurrente. La capacité de travail était probablement déjà réduite à 50 % depuis novembre 2009. Les critiques du SMR n'étaient pas pertinentes. Il n'avait pas relevé d'éléments discordants entre les plaintes de l'assurée et l'examen clinique. L'expert avait constaté une humeur triste (l'assurée avait pleuré durant les entretiens, pleurs qui n'étaient pas provoqués que par la nature des thèmes abordés) ainsi qu'un état d'anxiété tout à fait inhabituel, qu'il n'avait peut-être pas assez souligné. Les mêmes plaintes avaient également été recueillies par les différents psychiatres depuis avril 2010. Début 2011, l'épisode dépressif était d'un degré de sévérité moyen. L'amélioration qui semblait se dessiner au moment de l'expertise n'avait pas eu lieu puisqu'un mois plus tard, l'assurée avait fait une nouvelle tentative de suicide. Enfin, la possibilité d'un trouble somatoforme douloureux ne pouvait être abordée qu'après évaluation des douleurs et limitations physiques. 25. Le 16 mars 2012, l'assurée a notamment observé que l'expert retenait une incapacité de travail avant novembre 2009 et une dépression de degré moyen, qu'il existait un substrat physique à la dépression lié aux douleurs abdominales persistantes, que le trouble somatoforme douloureux pouvait donc être écarté et que les facteurs psychosociaux ou socioculturels n'étaient pas prépondérants. 26. Le 16 mars 2012, l'OAI a produit l'avis du SMR du 15 mars 2012, lequel a relevé que l'expert contestait le caractère récurrent de l'épisode dépressif et admettait qu'il ne s'accompagnait pas d'un syndrome somatique, que la sévérité de la dépression n'était clairement établie que depuis avril 2010, que l'expert avait retenu une capacité de travail de 50 % au moment de l'expertise (2011) et que tout portait à croire que l'aggravation était survenue après la décision contestée et qu'il convenait d'instruire les aspects survenus ultérieurement afin de déterminer leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail. Sur la base dudit avis, l'OAI a maintenu ses conclusions et estimé qu'il apparaissait qu'une aggravation de l'état de santé était rendue plausible postérieurement à la décision du 24 novembre 2009, pouvant, le cas échéant, faire l'objet d'une demande de révision de la part de l'assurée. 27. Dans son écriture du 25 avril 2012, l'OAI a observé que le droit à une rente d'invalidité à la suite de l'incapacité de travail totale de l'assurée du 15 mars 2008 au 31 mars 2009 ne pouvait être octroyé. Ayant déposé sa demande de prestations le 16 juin 2009, un éventuel droit à la rente ne pouvait prendre naissance que dès le 1^{er} décembre 2009, date à compter de laquelle l'assurée ne présentait toutefois plus un degré d'invalidité. 28. Le 3 mai 2012, l'assurée a indiqué que l'OAI fondait son refus sur un avis du Dr F_____, qui n'avait pas examiné l'atteinte à la santé sous l'angle psychique. 29. Par arrêt du 7 mai 2012 (ATAS/597/2012), la chambre de céans a partiellement admis le recours. Sous l'angle somatique, la chambre de céans a confirmé la décision litigieuse du 24 novembre 2009. Sur la base des éléments médicaux, y compris ceux émanant de la SUVA, elle a admis que l'assurée présentait une incapacité de travail totale du 15 mars 2008 au 31 mars 2009, de 75 % du 1^{er} au 26 avril 2009, de 50 % dans son activité habituelle et nulle dans une activité adaptée dès le 27 avril 2009. Après avoir confirmé que le statut de l'assurée était celui d'une personne active, au 15 mars 2009, soit à l'échéance du

délai d'attente, l'assurée avait en principe droit à une rente entière d'invalidité. Toutefois, sa demande ayant été tardive, elle n'avait pas droit à une rente limitée dans le temps. Au 27 avril 2009, la chambre de céans a retenu un revenu sans invalidité de CHF 46'471.- (ESS 2008, tableau TA1, n. 55, niveau 4, femme, 41,6 heures hebdomadaires, indexé en 2009) et un revenu avec invalidité de CHF 47'374.- (ESS 2008, tableau TA1, total, femme, niveau 4, 41,6 heures hebdomadaires, indexé en 2009, abattement de 10%). Par une comparaison des gains, le taux d'invalidité négatif ne donnait droit à aucune rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2009, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Sous l'angle psychiatrique, la chambre de céans a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente dès le 1^{er} avril 2011. Après avoir accordé une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr G_____ du 23 mai 2011 ainsi qu'à son complément du 28 février 2012, la chambre de céans a retenu que l'assurée présentait un diagnostic d'état dépressif de degré moyen entraînant, depuis le 1^{er} avril 2010, une incapacité de travail de 50 % dans toute activité. Sur cette base, la chambre de céans a étendu l'objet du litige et constaté qu'au 31 mars 2011, l'assurée aurait été en incapacité de travail d'au moins 40 % pendant une année. Ainsi, la chambre de céans a retenu un revenu sans invalidité de CHF 46'843.- (soit CHF 46'471.- indexé en 2010) et un revenu avec invalidité de CHF 22'409.- (ESS 2010, tableau TA1, total, femme, niveau 4, capacité de travail de 50%, 41,6 heures hebdomadaires, abattement de 15% pour tenir compte d'un travail à temps partiel). Par une comparaison des gains, le taux d'invalidité était de 52 %, ouvrant le droit à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2011. 30. Le 7 juin 2012, l'OAI a déféré cet arrêt devant le Tribunal fédéral, concluant, principalement, à son annulation en ce qu'il octroyait une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2011 et au renvoi de la cause à l'administration pour examen du droit aux prestations suite à l'aggravation alléguée à compter du mois d'avril 2010. L'OAI a rappelé qu'il avait indiqué le 16 mars 2012 que l'aggravation de l'état de santé postérieurement à la décision du 24 novembre 2009, rendue plausible, pouvait être examinée dans le cadre d'une procédure de révision. Or, en se déterminant sur le droit de l'assurée à des prestations suite à l'aggravation intervenue en avril 2010, la chambre de céans avait étendu la procédure au-delà de l'objet du litige, alors que l'OAI ne s'était pas prononcé à ce sujet. 31. Le 20 août 2012, l'assurée a conclu au rejet du recours. 32. Le 9 novembre 2012, le conseil de l'assurée a informé l'OAI d'une aggravation de l'état de santé tant sous l'angle psychique que somatique. Les rendez-vous hebdomadaires auprès de la Dre H_____ avaient augmenté en fréquence à raison de deux séances par semaine. Le traitement avait été modifié, sans impact positif, malgré la bonne compliance de l'assurée. Fin décembre 2011, celle-ci avait été opérée de la vésicule biliaire. Au mois d'avril 2012, elle avait été revue aux HUG pour des problèmes de foie et de reins en lien avec le fait qu'elle supportait mal la médication. En septembre 2012, elle avait été hospitalisée pour un problème de kyste au pancréas et avait été récemment hospitalisée aux HUG pour une intervention d'un problème en lien avec une hernie hiatale. 33. Par arrêt du 25 janvier 2013 (9C_488/2012), le Tribunal fédéral a admis le recours, annulé le chiffre 4 du dispositif de l'arrêt attaqué (octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2011) et réformé le chiffre 2 du dispositif dudit arrêt (admission partielle du recours) en ce sens que le recours formé contre la décision du 24 novembre 2009 était rejeté. Le Tribunal fédéral a constaté que l'arrêt du 7 mai 2012 n'avait pas été contesté dans la mesure où il confirmait la légalité de la décision du 24 novembre 2009, de sorte que celle-ci était entrée en force. Selon la Haute Cour, l'instance cantonale n'avait pas invité l'OAI à se déterminer sur le droit à la rente à partir du 1^{er} avril 2011, de sorte que le droit de l'administration d'être

entendue n'avait pas été respecté dans le cadre de l'extension de la procédure. Enfin, le Tribunal fédéral a pris acte du fait que l'OAI entendait procéder à l'examen du droit de l'assurée aux prestations en raison de l'aggravation de l'état de santé alléguée à compter du mois d'avril 2010. [endif]> [if> 34. Par pli du 18 mars 2013, l'OAI a informé l'assurée que, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral précité, une nouvelle demande avait été formée en date du 25 février 2013 (recte : 25 janvier 2013) et, afin de compléter le dossier, il l'a invitée à lui transmettre les coordonnées de tous les médecins consultés depuis avril 2010, ce que l'assurée a fait le 30 avril 2013. [endif]> [if> 35. Dans son rapport du 21 juin 2013, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie, a diagnostiqué un syndrome de reflux gastro-œsophagien. L'assurée avait séjourné du 7 au 12 novembre 2012 aux HUG. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, étaient possibles à 100% dès le 16 novembre 2012. [endif]> [if> En annexe figurait la lettre de sortie des HUG du 20 novembre 2012, faisant état dudit diagnostic, ayant nécessité une fundoplicature selon Nissen le 7 novembre 2012. Les comorbidités actives comprenaient le trouble dépressif et la hernie hiatale avec gastroscopie en juin 2012, tandis que le kyste pancréatique séreux d'allure stable était inactif. L'assurée présentait depuis plusieurs mois des épigastralgies, associées à un pyrosis et à un signe du Lacet clairement positif. Elle mentionnait des régurgitations de salive et parfois alimentaires. Un traitement d'IPP (inhibiteur de la pompe à protons) avait été introduit, sans amélioration symptomatologique. Le bilan comportant une OGD (œsogastroduodénoscopie) faite sous Nexium avait pu exclure la possibilité d'un reflux biliaire. La manométrie avait révélé une hypotonie, sans aucun trouble moteur de l'œsophage. En post-opératoire, l'évolution était favorable tant sur le plan clinique que biologique. L'incapacité de travail était totale du 7 au 16 novembre 2012. 36. Dans son rapport du 24 juin 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : un état dépressif depuis 2009 et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec rupture profonde du supra-épineux depuis janvier 2010. Il avait suivi l'assurée du 23 juillet 2010 au 18 février 2011. Elle avait chuté à deux reprises, en janvier et mai 2010. Une arthro-imagerie par résonance magnétique (IRM) avait montré une rupture profonde du supra-épineux gauche. L'assurée se plaignait de douleurs à la face externe de l'épaule et du bras gauches, sur l'omoplate, le trapèze gauche et la nuque. L'évolution était lentement favorable avec les médicaments en février 2011. Elle se plaignait également de lombalgies et de douleurs aux poignets et aux mains, sans argument pour une maladie spécifique. Le pronostic n'était pas très bon au vu de ses plaintes à plusieurs localisations et de 12/18 points de fibromyalgie douloureux. Quant à l'exigibilité de l'activité exercée ou à une reprise d'une activité professionnelle, n'ayant pas revu l'assurée depuis le 18 février 2011, le médecin ne s'est pas prononcé. À cette date, une activité à temps partiel paraissait possible, si l'assurée ne portait pas de charges lourdes (de plus de 4/5 kg) et ne travaillait pas avec le membre supérieur en hauteur. [endif]> [if> À l'appui de ses explications, le médecin a annexé ses rapports des 23 juillet, 31 août, 6 décembre 2010 et 18 février 2011. 37. Dans son rapport du 3 juillet 2013, la docteure K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptôme somatique (F 32.10). À titre de diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, était retenu un trouble de la personnalité (F 60.9). Elle suivait l'assurée depuis le 7 mai 2013. Le dernier contrôle remontait au 17 juin 2013. L'assurée présentait une réaction dépressive prolongée dans un contexte de difficultés socio-économiques, de douleurs

chroniques en lien avec les conséquences d'une opération d'une hernie ombilicale et d'un conflit conjugal important (séparation en cours). L'assurée était calme, collaborante, orientée, fatiguée, triste, déprimée, avec aboulie, anhédonie, irritabilité, anxiété, perte de l'appétit et troubles du sommeil. Elle souffrait d'un retrait et d'un isolement social. Le discours était fluide, cohérent, sans éléments de la lignée psychotique. L'évolution était lentement progressive. Elle poursuivait un traitement psycho et pharmaco-thérapeutique. L'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis le 1^{er} mai 2013. ![endif]>![if>

38. Dans son rapport du 7 août 2013, le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : un état dépressif (F 32.1), une douleur abdominale récurrente et une rupture de la coiffe de l'épaule gauche. Il suivait l'assurée depuis le 22 avril 2013. Le dernier contrôle remontait au 6 juin 2013. L'assurée souffrait de douleurs abdominales récurrentes, ballonnement, constipation et vomissements. L'activité exercée n'était plus exigible. ![endif]>![if>

39. Dans son rapport du 8 août 2013, la docteure M_____, médecin interne du département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent (F 33) depuis janvier 2011. Le dernier contrôle remontait au 9 avril 2013. Suite à une intervention chirurgicale pour une hernie ombilicale, l'assurée présentait des douleurs dans l'abdomen qui empêchaient une activité régulière. Elle a alors développé un état dépressif et fait deux tentatives de suicide par abus médicamenteux. Elle était en instance de divorce et se battait pour la garde de ses enfants. Elle estimait avoir toujours été soucieuse de leur bien-être, contrairement à son époux. Elle avait également agi en justice contre les HUG, auxquels elle reprochait sa situation clinique. Elle luttait pour obtenir une rente partielle. Cette accumulation de fatigue et de douleurs avait un impact sur sa thymie, qui allait en s'aggravant. L'assurée était triste, angoissée, en pleurs lorsqu'elle racontait ses problèmes somatiques et familiaux. Elle présentait des idées noires, sans idées suicidaires, un net ralentissement psychomoteur avec anhédonie et aboulie. Elle était orientée dans le temps et dans l'espace, sa concentration était diminuée. Le discours était cohérent, structuré, informatif, sans éléments de la lignée psychotique. Les plaintes subjectives concordaient avec le constat médical. En revanche, suite à un changement de traitement en mars 2013, une amélioration de sa thymie avait été observée. L'assurée était plus souriante, plus alerte. Elle ne s'était plus présentée aux rendez-vous depuis avril 2013. L'activité habituelle n'était plus exigible. Une activité à temps partiel dans un poste adapté était envisageable. ![endif]>![if>

40. Par avis du 4 décembre 2013, le SMR a relevé qu'au vu du rapport du Dr I_____, retenant un bon pronostic, aucune limitation n'influençait la capacité de travail de l'assurée sous l'angle gastro-entérologue. Vu les diagnostics de fibromyalgie et de douleurs chroniques évoqués par le Dr J_____, suite à un examen clinique effectué en février 2011, auxquels s'ajoutaient une pathologie psychiatrique, selon la Dre K_____, le SMR a proposé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qui serait confiée à un centre de type COMAI via la plateforme MED@P, comprenant les volets rhumatologique, psychiatrique et médecine interne. ![endif]>![if>

41. Par communication du 18 décembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise pluridisciplinaire serait réalisée, le choix du centre d'expertises se faisant de manière aléatoire. Les questions aux experts étaient annexées et l'assurée était invitée à adresser ses éventuelles questions complémentaires. ![endif]>![if>

42. Le 27 janvier 2014, par l'entremise de son conseil, l'assurée s'est opposée à une nouvelle expertise psychiatrique portant sur les atteintes et limitations courant jusqu'au mois de mai 2011, le Dr G_____ s'étant déjà prononcé à ce sujet, autrement la nouvelle expertise reviendrait à une « second

opinion », interdite par la jurisprudence. Cela étant, pour la période consécutive, une expertise psychiatrique s'avérait utile et il convenait de la confier au Dr G _____; le choix de l'expert de manière consensuelle était conforme à la jurisprudence. S'agissant de l'aspect rhumatologique, il y avait lieu de nommer un spécialiste du milieu académique, de préférence des HUG, le Dr G _____ officiant dans cet hôpital. Au vu de ses problèmes gastriques, de la vésicule biliaire, du foie, des reins, du pancréas et de la hernie hiatale, il convenait également de prévoir, dans le cadre de l'expertise, les spécialités de chirurgie viscérale, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie ou neuropsychologie. Cette dernière spécialité s'avérait en particulier indispensable, dans la mesure où les douleurs à l'abdomen pouvaient trouver leur origine dans une problématique de nerfs intercostaux selon le Dr N _____ ou dans la colonne cervicale selon le Dr J _____. Enfin, l'assurée a intégré des remarques au questionnaire et ajouté des questions supplémentaires. [endif]>[if> 43. Le 30 janvier 2014, l'OAI a répondu qu'il n'était pas en mesure de mandater un spécialiste du milieu académique; suite à une modification du règlement sur l'assurance-invalidité, les expertises pluridisciplinaires devaient être attribuées aux centres d'expertise selon le principe du hasard, lesquels étaient enregistrés dans la plateforme SuisseMED@P. Au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 25 janvier 2013, une nouvelle instruction était indispensable en raison d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis avril 2010. Compte tenu du rapport du Dr I _____ du 21 juin 2013, lequel estimait que le pronostic au niveau des problèmes gastriques était bon, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles liées à cette atteinte. Enfin, les questions complémentaires devaient faire l'objet d'une appréciation du centre d'expertise. [endif]>[if> 44. Le 3 février 2014, l'assurée a reproché à l'OAI d'avoir procédé à une lecture restrictive de la jurisprudence lorsqu'il considérait qu'il n'avait pas la compétence de mandater un spécialiste en milieu académique. Cela étant, une fois le centre d'expertise désigné de manière aléatoire, l'assurée espérait que les parties se concilieraient sur le choix des experts eux-mêmes. Elle a ensuite répété qu'en vertu du principe de l'interdiction de la « second opinion », le volet psychiatrique ne devait pas porter sur la période couverte par l'expertise du Dr G _____. Elle a persisté à solliciter la prise en compte du volet gastro-entérologue. Enfin, l'OAI ne s'était pas déterminé sur le volet neurologique ou neuropsychologique. [endif]>[if> 45. Le 4 février 2014, l'OAI a rappelé qu'il n'avait pas la compétence pour désigner l'établissement qui serait responsable d'établir le rapport d'expertise. De l'avis du SMR du même jour, au vu des documents médicaux, aucun diagnostic ne nécessitait une expertise supplémentaire dans les disciplines neurologique et/ou neuropsychologique. [endif]>[if> 46. Par communication du 23 avril 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée que l'expertise serait effectuée par le CEMed à Nyon, en particulier par les docteurs O _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, P _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et O _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale. [endif]>[if> 47. Le 9 mai 2014, l'assurée a reproché à l'OAI le fait qu'aucun effort n'avait été fait en vue de désigner de manière consensuelle, à tout le moins, les experts du centre choisi par le système d'attribution aléatoire. [endif]>[if> 48. Le 14 mai 2014, l'assurée a demandé à l'OAI de lui transmettre les documents justifiant la désignation aléatoire du CEMed. [endif]>[if> 49. Le lendemain, l'OAI lui a communiqué une copie de la plateforme MED@P. [endif]>[if> 50. Le 24 mai 2014, le Dr P _____ s'est récusé, au motif qu'il avait déjà examiné l'assurée en tant que médecin-conseil de la SUVA en 2010. Le CEMed a dès lors désigné le docteur Q _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. courriel du 28 mai 2014). [endif]>[if> 51. Les 23 et 27 mai, puis le

10 juillet 2014, l'assurée a été examinée par les experts. Dans leur rapport du 14 octobre 2014 (qui mentionne à la première page que l'annonce SuisseMED@P date du 16 avril 2014), lequel repose sur le dossier, l'anamnèse et les plaintes de l'assurée, les experts ont noté que celle-ci se plaignait de douleurs abdominales à type de spasmes, localisées à l'hypochondre et au flanc droits, à l'instar des douleurs éprouvées lors des calculs de la vésicule. Elle ressentait également une oppression rétrosternale, notamment depuis qu'elle se savait porteuse d'un thymome, diagnostiqué en janvier 2014. Sur le plan rhumatologique, elle se plaignait de douleurs diurnes de l'épaule et de la région du trapèze à gauche, exacerbées par le port de charges et les mouvements au-dessus du plan des acromions, malgré les infiltrations locorégionales de stéroïdes, l'acupuncture et la physiothérapie. La nuit, une fois une position antalgique trouvée, elle n'avait pas mal, sauf si elle se retournait. Elle ressentait également des douleurs qui intéressaient les muscles du squelette axial et leurs insertions, à savoir sur la ceinture pelvienne pour le segment lombaire, compliquées de douleurs articulaires dans les genoux, les pieds et les chevilles; sur la ceinture scapulaire pour le segment cervical, compliquées de douleurs articulaires dans les épaules, les coudes et les poignets. Ces arthralgies seraient parfois accompagnées d'une tuméfaction inflammatoire. Elles fluctuaient au gré des saisons et des conditions météorologiques. Elles apparaissaient sans événement déclenchant ni horaire particuliers et étaient exacerbées par les positions statiques prolongées et tout effort suivi. Elles étaient parfois accompagnées de céphalées occipito-temporales, uni- ou bilatérales, plus souvent à gauche, et se calmaient quelque peu avec les antalgiques mineures. Ces symptomatologies la restreignaient dans la tenue de son ménage, de sorte qu'elle faisait appel à l'aide de ses enfants. Sur le plan psychique, l'assurée avait spontanément évoqué une tumeur découverte récemment dans le thorax, pour laquelle une opération aux HUG était prévue dans une semaine, ce qu'elle appréhendait passablement. Son état psychique était toujours caractérisé par des hauts et des bas : elle était tantôt optimiste, tantôt déprimée. Elle ne se sentait jamais à l'aise, notamment à l'extérieur, elle souffrait d'anxiété. Parfois, elle ne sortait pas de la maison. Elle tremblait depuis longtemps, ce qui était probablement en lien avec son anxiété. Les antidépresseurs l'aidaient, mais cela restait limité. Elle avait trouvé une insertion sociale dans une église évangélique, mais ne se sentait pas toujours à l'aise quand bien même elle était bien acceptée et connaissait un peu les gens. Apparaissaient toujours des idées d'abandonner la vie, moments durant lesquels elle estimait parfois que ses enfants allaient se débrouiller sans elle, mais pensait l'inverse à d'autres moments. Au quotidien, elle encadrait ses enfants, s'occupait du ménage, sortait à l'église ou faisait les courses, lisait un peu, utilisait Internet et se promenait parfois avec une amie. Son sommeil était insatisfaisant. Elle entretenait également des contacts réguliers avec sa fratrie, vivant au Brésil, via Facebook. À l'examen, les experts ont relevé que les pleurs étaient fréquents durant l'entretien lorsqu'elle décrivait ses douleurs, notamment le dernier diagnostic qui nécessiterait probablement une intervention chirurgicale. L'auscultation pulmonaire était normale, sans bruits adventices, sans matité ni tympanisme. Les vibrations vocales transmises étaient normales et symétriques. L'abdomen était souple, un peu douloureux à la détente, diffusément sensible, surtout à l'épigastre et à l'hypocondre droit. Le foie au rebord costal était un peu sensible à l'ébranlement. Les loges rénales étaient souples et indolores à la palpation et à la percussion. L'assurée se levait facilement de son siège et se déplaçait sans boiterie. Elle gardait la position assise plus d'une heure sans demander à changer de position. Les gestes de déshabillage et d'habillage étaient effectués debout, sans recherche de position antalgique. Elle exécutait scrupuleusement les consignes données par

l'examineur et réalisait les gestes et postures, sans manifestation intempestive de douleur. Sur le plan ostéo-articulaire, la mobilité était satisfaisante, à peine douloureuse avec flexions latérales harmonieuses et flexion antérieure excellente. Le redressement était facile, sans l'aide des mains. La rotation de la ceinture scapulaire n'engendrait pas de rotation du bassin dans le même sens, la pression verticale sur les épaules et le vertex n'engendrait aucune douleur à la charnière lombo-sacrée. La palpation du tissu cellulo-graisseux sous-cutané n'était pas douloureuse. Il n'y avait pas de spasme nodulaire paravertébral douloureux. Les crêtes iliaques étaient indolores à la palpation. La pression sur les apophyses épineuses et les ligaments interépineux était très douloureuse en S1 et de C7 à D5. Les trigger points de la fibromyalgie étaient absents et les manœuvres des sacro-iliaques étaient indolores. Les épaules étaient symétriques. Les attaches tendineuses et les articulations acromio-claviculaires étaient douloureuses à la palpation à droite. L'examen de la mobilité montrait une élévation antérieure de 150° à gauche, normale à droite, une abduction de 150° à gauche, normale à droite, une rotation externe de 80° des deux côtés et une rotation interne de 17 cm à gauche contre 22 cm à droite. Les autres articulations périphériques étaient exemptes de tuméfaction inflammatoire, stables, bien mobiles, indolores à la mobilisation active ou passive. Sous l'angle neurologique, l'assurée était bien orientée dans l'espace et dans le temps. Le contact était bon, la collaboration excellente, sans signe de non organicité (Waddell). Les pupilles isochores réagissaient bien aux deux modes, les mouvements oculaires étaient bien coordonnés, la motricité et les sensibilités de la face conservées, la langue était bien mobile dans toutes les directions. Le tonus musculaire était conservé avec trophicité symétrique. La force des extrémités supérieures était conservée, les sensibilités respectées. Les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques. La force des membres inférieurs était conservée à tous les niveaux, les marches sur les pointes des pieds et sur les talons étaient bien exécutées, et les sensibilités, respectées. Les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques. Les manœuvres de Lasègue directe et indirecte étaient normales. D'un point de vue psychique, les experts ont constaté, à quelques reprises, que l'assurée était immobile et regardait souvent droit devant elle dans le vide. Aux présentations, elle était furtivement souriante. Il existait un léger ralentissement moteur. Les pas étaient petits, elle manquait de tonus et elle marchait un peu mécaniquement. Assise, elle était peu mobile, avec une mimique moyennement expressive. Ses expressions étaient peu consistantes, voire superficielles. Elle ne présentait pas de troubles majeurs de la concentration, de l'attention ou de la mémoire. La mobilité cognitive était faible, elle manquait de tonus. La fluidité idéique était faible, sans troubles formels de la pensée ni de troubles de la lignée psychotique. Sur le plan affectif, elle avait un double aspect : une façade de gentil sourire qui s'effondrait très rapidement et très souvent lorsqu'elle parlait de son état et de son vécu. Elle était facilement en larmes et il existait derrière cette façade une sorte de tristesse permanente. Lorsqu'elle déclarait qu'elle n'était pas toujours connectée aux valeurs de la vie, cela semblait possible et était perceptible. L'élan vital était clairement réduit, l'ouverture pour les choses de la vie et les plaisirs diminuée. La réactivité et l'oscillation émotionnelle étaient réduites. Il existait un important manque d'estime de soi. Il y avait un certain détachement relationnel, même envers ses enfants. Elle ne présentait pas d'émotions agressives ou colériques. Il s'agissait d'une personnalité de type asthénique, faible et peu affirmé. Dans la synthèse et discussion, les experts ont noté que, sur le plan de la médecine interne, l'examen était rigoureusement normal, en dehors des douleurs à la palpation de l'abdomen, largement investiguées, qui demeuraient inexplicables. Elles ne présentaient pas un caractère incapacitant. En revanche,

l'ablation du thymome, récemment diagnostiqué, nécessiterait une incapacité de travail temporaire. Sur le plan rhumatologique, l'assurée souffrait d'une épaule douloureuse simple à gauche, responsable d'une minime limitation fonctionnelle dans les élévations. Les médecins de la SUVA et le rhumatologue traitant avaient conclu à une capacité de travail entière dès avril 2004 (recte : 2011), dans la mesure où elle ne travaillait pas en charge en-dessus du plan des épaules. Les experts partageaient cet avis. Les cervico-brachialgies droites n'étaient confirmées ni par l'imagerie, ni par l'électroneuromyogramme (ENMG). Il s'agissait donc d'une cervicalgie chronique, compliquée parfois de céphalées de tension, qui ne pouvait pas avoir un caractère incapacitant de longue durée. Les douleurs parallèles qui concernaient les muscles du squelette axial, leurs insertions sur les ceintures scapulaire et pelvienne ainsi que les articulations périphériques (genoux, chevilles, pieds, épaules, coudes et poignets) étaient fluctuantes, variant dans leur localisation et leur intensité selon les saisons et les conditions météorologiques. Elles apparaissaient sans événement déclenchant ni horaire particulier, surtout lors de positions statiques prolongées et tout effort suivi. Elles étaient atypiques et le rhumatologue traitant avait évoqué le diagnostic de fibromyalgie, reconnaissant 12 points sur 18 et excluant tout rhumatisme inflammatoire chronique. La présente expertise ne retrouvait pas les points en question et ne constatait aucun signe de non-organicité. Cette apparente négativité n'excluait pas pour autant le diagnostic de fibromyalgie; d'autres conditions annexes, souvent rencontrées, étaient présentes en l'espèce : oppression thoracique, syndrome asthmatique, maladie de reflux, colopathie fonctionnelle, céphalées, dysménorrhées. Certaines d'entre elles pourraient être en relation avec le thymome récemment découvert. Ainsi, l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique qui ne pouvait pas être expliqué par des constatations objectives, y compris par le thymome. Une incapacité de travail de longue durée ne pouvait pas être justifiée par ces douleurs de l'appareil locomoteur sans autre comorbidité. Sous l'angle psychique, il était difficile d'apprécier, de surcroît rétroactivement, la situation et l'évolution psychique, ce volet ayant été analysé à plusieurs reprises par différents spécialistes, avec des conclusions différentes, voire contradictoires. Cela dit, durant son enfance, l'assurée avait été entourée par sa famille, avec laquelle elle restait en contact, de sorte qu'il n'y avait pas de notion de carence affective. L'encadrement et l'investissement pour ses enfants étaient devenus une priorité. Son mari l'avait quittée en 2012, avec vraisemblablement une aggravation psychique momentanée. Elle avait relevé le défi et s'occupait dorénavant seule de ses trois enfants, et semblait parfois épuisée par la tâche. Elle était à la fois gaie, souriante, avec une certaine gentillesse et derrière cette façade, elle était très fragile, vite en larmes, avec une tristesse de fond permanente. Les experts ont constaté un certain ralentissement psychomoteur, une monotonie d'expression et une personnalité asthénique. Il n'y avait pas vraiment d'atteinte cognitive, mais ses réserves et sa flexibilité paraissaient très limitées. Le monitoring médicamenteux du Cymbalta montrait une valeur sérique très en-dessous de la zone thérapeutique, alors que l'assurée affirmait prendre régulièrement ce médicament. Les experts avaient ainsi des doutes quant à la compliance, qui n'avait jamais été contrôlée par le passé, ni par le Dr P_____ en 2010 ni par le Dr G_____ en 2011. Au stade actuel, l'assurée présentait un état dépressif de moyenne intensité, insuffisamment traité. À cela s'ajoutait une certaine anxiété, avec un aspect flottant, une symptomatologie neurovégétative sous forme de tremblements plus ou moins constants et un évitement partiel dans la réalité extérieure. Cette pathologie anxieuse n'était pas invalidante en soi, mais l'état dépressif de moyenne intensité actuelle était associé à une problématique anxieuse. Lors de l'examen psychiatrique, les douleurs

somatiques n'étaient pas au centre des plaintes. Elles étaient manifestes pour les experts somaticiens, qui avaient noté un décalage entre leur importance et les constatations objectives, de sorte que le syndrome douloureux somatoforme était retenu. Cela dit, les experts ont posé les diagnostics suivants : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), une anxiété généralisée d'intensité moyenne (F 41.1), une personnalité asthénique (F 60.8) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Un épisode dépressif d'intensité ne justifiait pas une incapacité de travail durable, ni d'ailleurs l'anxiété généralisée ni la personnalité asthénique, qui étaient des troubles légers. Le trouble somatoforme n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère. Il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, mais des rémissions, sans perte d'intégration sociale, ni d'état psychique cristallisé ou d'échec des traitements ambulatoires. Il y avait par contre des doutes sur la motivation et la collaboration de l'assurée. En conclusion, sa capacité de travail était complète en temps et rendement, sans limitation. À la question de savoir si l'assurée présentait des atteintes à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail, les experts ont répondu que l'épaule douloureuse à gauche l'empêchait de travailler avec les membres supérieurs au-dessus du plan des épaules mais permettait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les douleurs fibromyalgiques et les rachialgies communes n'entraînaient pas de limitation. Le thymome, qui serait prochainement opéré, entraînerait par contre une incapacité de travail passagère. Les atteintes, sans effet sur la capacité de travail, étaient les diagnostics psychiatriques susmentionnés ainsi que les cervico-brachialgie à gauche sur troubles dégénératifs modérés, le status après cure de hernie ombilicale étranglée et l'ablation des fils d'ancrage du filet, le cystadénome séreux du pancréas, le status après cholécystectomie pour lithiase et le status après cure de hernie hiatale par fundoplicature. À la question de savoir depuis quand l'assurée présentait une incapacité de travail justifiée médicalement, les experts ont répondu que les incapacités de travail secondaires aux problèmes abdominaux n'avaient été que transitoires et liées aux interventions chirurgicales (cure de hernie, ablation des fils d'ancrage du filet, cholécystectomie et cure de la hernie hiatale) et médicales (endométrite). Concernant l'épaule, si la limitation était respectée, il n'existait aucune justification à une incapacité de travail de longue durée. Sur le plan psychique, selon le dossier, l'incapacité était présente depuis 2009 à des taux variables. Il existait des doutes quant à la compliance au traitement psychotrope. Il n'y avait pas d'indication à une activité adaptée. Par contre, la capacité de travail était complète en temps et rendement dans l'activité habituelle. Le pronostic était objectivement bon. 52. Dans son rapport du 10 octobre 2014, le service de radio-oncologie des HUG a indiqué que le traitement de radiothérapie adjuvante, débuté le 1^{er} septembre 2014, (suite à l'opération du thymome le 18 juillet 2014, ayant entraîné une incapacité de travail totale dès cette date jusqu'au 10 août 2014 [cf. rapport des HUG du 23 juillet 2014]) avait pris fin le 3 octobre 2014. L'assurée avait bien toléré le traitement et présentait en fin de traitement une asthénie de grade I avec apparition d'une odynodysphagie de grade I, nécessitant l'introduction d'un traitement de grade I (Dafalgan et Irfen). Neuf mois après la fin de la radiothérapie adjuvante, aucun signe clinique ou radiologique n'indiquait une poussée évolutive de la maladie. L'alimentation de l'assurée (qui effectuait un rééquilibrage nutritionnel chez une diététicienne) était correcte (cf. rapport des HUG du 8 septembre 2015). 53. Sur demande de l'avocat, le 22 octobre 2014, l'OAI lui a transmis une copie du rapport d'expertise pluridisciplinaire. 54. Par avis du 6 novembre 2014, le SMR a résumé les conclusions de l'expertise et ajouté que le port de charges lourdes (10 kg) de manière occasionnelle et 5 kg

de manière répétée était admissible (sic), tout comme le travail répété du membre supérieur gauche (sic). Le SMR a écarté la capacité de travail entière dans l'activité habituelle, retenue par les experts, et maintenu qu'elle était de 50% et de 100% dans une activité adaptée. Ainsi, les experts n'avaient pas retenu d'aggravation manifeste de l'état de santé depuis avril 2010. Les douleurs abdominales n'étaient plus au premier plan et ne justifiaient plus aucune incapacité de travail durable. Le problème de l'épaule présent depuis janvier 2010 entraînait une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle. Cela dit, il convenait de réexaminer le dossier après avoir reçu les documents médicaux relatifs au thymome. ![endif]>![if> 55. Dans son rapport du 8 janvier 2015, le docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie thoracique, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un thymome B2 Masaoka IIB, opéré le 18 juillet 2014 suivi de radiothérapie. Le dernier contrôle remontait au 31 juillet 2014. L'assurée présentait une incapacité de travail totale du 18 juillet au 20 août 2014. À priori, elle était guérie de son thymome, sans séquelle ni limitation. ![endif]>![if> 56. Par avis du 18 février 2015, le SMR, se référant audit rapport, a conclu que le thymome n'avait pas entraîné d'incapacité de travail durable, de sorte qu'il convenait de maintenir les conclusions de l'avis précédent. ![endif]>![if> 57. Dans un projet de décision du 30 mars 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations. S'appuyant sur le rapport d'expertise et l'avis du SMR, il a estimé que l'aggravation alléguée de l'état de santé n'était pas incapacitante. La capacité de travail de l'assurée était toujours de 50% dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Pour calculer le degré d'invalidité, l'OAI s'est basé sur les ESS tant pour le revenu sans invalidité (au vu de l'impossibilité de déterminer avec précision le revenu que l'assurée aurait été en mesure de réaliser dans l'activité habituelle) qu'avec invalidité (soit TA1, total, femme, activité à 100%, niveau 4). Le revenu estimé était alors largement supérieur à tous les revenus que l'assurée avait perçus durant sa carrière professionnelle. Lorsque ces deux revenus étaient basés sur la même table statistique, comme en l'espèce, il était superflu de chiffrer ces derniers avec exactitude. Dans ce cas, le degré d'invalidité se confondait avec l'incapacité de travail (0%), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Les conditions pour un reclassement dans une nouvelle profession n'étaient pas réunies. ![endif]>![if> 58. Les 22 avril, 26 mai, 30 juin et 15 septembre 2015, le conseil de l'assurée a sollicité une prolongation du délai afin de pouvoir poser de nouvelles questions aux médecins traitants au vu du syndrome douloureux somatoforme retenu comme étant non invalidant par les experts. Or, eu égard à la nouvelle jurisprudence en la matière, l'expertise apparaissait superficielle, de sorte qu'il convenait de compléter le dossier. ![endif]>![if> 59. En dépit de l'octroi du délai supplémentaire après chaque requête, l'OAI a constaté, dans une note du 16 septembre 2015, que l'avocat n'avait produit aucune pièce médicale. Il avait toutefois relevé à juste titre qu'il fallait vérifier si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux répondait aux critères de la nouvelle jurisprudence. ![endif]>![if> 60. Par avis du 20 octobre 2015, le SMR a proposé de réaliser un complément d'expertise par quatre internistes et rhumatologues, ce dont l'assurée a été informée par communication du 10 novembre 2015. ![endif]>![if> 61. Suite à un entretien téléphonique entre le CEMed et l'OAI le 30 novembre 2015 pour clarifier le complément d'expertise, ce dernier a indiqué que l'examen interniste n'était pas indispensable (cf. note de l'OAI du 1^{er} décembre 2015). ![endif]>![if> 62. Par communication du 18 décembre 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée que le complément d'expertise porterait sur les volets rhumatologique et psychiatrique. ![endif]>![if> 63. Le 15 janvier 2016, le CEMed a indiqué à l'OAI que l'examen de médecine interne était

finalement nécessaire, si bien que l'examen inclurait trois spécialités.]endif]>]if> 64. Les 15 et 21 janvier 2016, l'assurée a été examinée par les Drs O_____ (spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale) et Q_____. Dans leur rapport du 19 février 2016, les experts ont noté que l'assurée se plaignait toujours de ses douleurs de la paroi abdominale consécutive aux interventions subies (la hernie ombilicale en 2007, la cholécystectomie en 2011, la fundoplicature en 2012). Depuis sa dernière intervention, elle ressentait une douleur semblable dans le creux axillaire gauche, qui s'étendait en direction du sein homolatéral et qui correspondait avec le site opératoire de la thymectomie de 2014 avec une extension correspondant à la surface irradiée par la radiothérapie adjuvante postopératoire. Ces douleurs étaient exacerbées lors de pression et de frottements de la surface cutanée incriminée, ainsi qu'en cas de contraction de la musculature sous-jacente.]endif]>]if> Sur le plan rhumatologique, l'assurée se plaignait toujours de douleurs ubiquitaires qui impliquaient le squelette axial, sous forme de lombalgies avec sciatalgie à bascule, plus fréquemment à droite. Les pieds étaient lourds, sur lesquels des dysesthésies pouvaient être ressenties le soir au coucher et les chevilles étaient douloureuses. Les cervicalgies étaient occasionnelles et les brachialgies gauches s'inséraient dans les douleurs résiduelles postopératoires du creux axillaire et de la poitrine gauches. Des dysesthésies étaient parfois ressenties dans les doigts des deux côtés et l'index droit était douloureux à l'IPP (interphalangienne proximale). Il lui arrivait de lâcher des objets par perte de force de préhension à droite. Une douleur aux genoux survenait à la marche, notamment en descente et en charge dans les derniers degrés de l'extension et également en position assise prolongée. La douleur restait présente le soir au coucher et pouvait retarder le sommeil. Elle pouvait également être présente le matin et engendrer un dérouillage de plusieurs heures. Ces symptomatologies douloureuses la restreignaient dans la tenue de son ménage. Elle devait faire appel à l'aide de ses enfants. Une de ses amies effectuait le nettoyage, la lessive, le repassage et l'aspirateur. L'assurée préparait les repas. Elle marchait trois à quatre fois par semaine vingt minutes pour faire les courses et un de ses enfants venait la rejoindre pour lui porter le sac. Sur le plan psychique, l'assurée a déclaré spontanément les douleurs aux articulations, qui changeaient d'endroit et d'intensité. Elle prenait de nombreux médicaments. Elle manquait de force. Elle souffrait de maux à son abdomen. Ses nerfs étaient abîmés et il existait des cicatrices avec nodules douloureux. Elle avait entrepris des thérapies, des infiltrations et de l'acupuncture, sans résultat. Ainsi, elle avait sombré dans la dépression. Elle souhaiterait travailler dans le parascolaire, avec des horaires partagés à temps partiel. Elle avait insisté auprès des régies, avec le soutien de l'Hospice général et de ses médecins, pour obtenir un nouvel appartement dans un quartier qu'elle appréciait dorénavant. Elle aimait fréquenter l'église. Elle était active pour s'occuper des enfants à l'église. Elle leur racontait des histoires et chantait dans la chorale. Elle faisait des efforts pour sortir (promenades ou courses). Elle avait pu perdre du poids (10 kg) et était satisfaite. Elle faisait de l'ergothérapie et de la physiothérapie. Elle éprouvait toutefois des douleurs aux cervicales, aux lombaires, au ventre, et avait régulièrement des crises de migraine. Elle aimait lire (mais avait des problèmes de concentration), faire la cuisine, regarder des documentaires à la télévision, s'occuper de ses enfants, s'entretenir avec son amie et fréquenter l'église. Elle faisait régulièrement des sorties au Salève et ailleurs, avec ses enfants ou amis. À l'examen, les experts ont indiqué que, durant tout l'entretien, l'assurée restait assise sans changer de position, mais faisait remarquer les difficultés qu'elle avait pour se lever après être restée longtemps dans la même position. Les gestes de déshabillage et d'habillage étaient effectués en position assise, en limitant les mouvements de l'épaule

gauche. Elle réalisait les gestes et postures imposés sans manifestation intempestive à la douleur. L'auscultation pulmonaire, notamment les ampliations thoraciques étaient bonnes, sans ronchis ni de sibilances. L'abdomen était souple, ballonné, atone, avec paroi douloureuse à la contraction et à la palpation du cadre colique. Sur le plan neurologique, les experts ont observé que l'assurée était bien orientée dans l'espace et dans le temps. Les mouvements oculaires étaient bien coordonnés. La motricité et les sensibilités de la face étaient conservées et la langue bien mobile dans toutes les directions. L'équilibre était satisfaisant, le Mingazzini était par contre mal tenu aux membres inférieurs en raison de la douleur provoquée par la contraction de la musculature abdominale. La force des extrémités supérieures était limitée, les sensibilités respectées, les ostéodendineux étaient présents et symétriques. La force des membres inférieurs était conservée à tous les niveaux, les marches sur les pointes des pieds et sur les talons étaient bien exécutées. Les sensibilités étaient respectées, les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques. Les manœuvres de Lasègue étaient douloureuses dans le dos dès 80° et il en allait de même de la distance doigts-orteils en position assise. Sur le plan ostéo-articulaire, la mobilité était satisfaisante, à peine douloureuse avec des flexions latérales qui étaient harmonieuses. Le redressement, avec l'aide des mains, était indolore. La rotation de la ceinture scapulaire n'engendrait pas de rotation du bassin dans le même sens, la pression verticale sur les épaules et le vertex n'engendrait aucune douleur de la charnière lombo-sacrée. La musculature abdominale et hypotonique permettait une bascule antérieure du bassin. Les ischio-jambiers étaient rétractés. La palpation du tissu cellulo-graisseux sous-cutané n'était pas douloureuse. Il n'existait aucun spasme nodulaire paravertébral douloureux. Les crêtes iliaques étaient douloureuses à la palpation. La pression des apophyses épineuses et des ligaments interépineux était très douloureuse en S1 et de C7 à D5. Les trigger points de la fibromyalgie étaient présents à l'exception des épicondyles et des styloïdes radiales. Les manœuvres des sacro-iliaques étaient indolores. La colonne cervicale était mobilisable dans toutes les directions, et indolore. La manœuvre du palpé-roulé du tissu cellulo-graisseux sous-cutané de la ceinture scapulaire était indolore à droite, mais très sensible à gauche et dans le creux axillaire gauche. La musculature des trapèzes était tendue et douloureuse à la palpation. Les coxo-fémorales étaient libres et douloureuses en amplitudes maximales normales. La flexion des genoux était douloureuse en amplitude maximale avec une distance talon-fesse symétrique de 11 cm des deux côtés. Les rotules étaient bien centrées, mobiles, avec robot douloureux. L'accroupissement complet était impossible en raison d'une douleur antérieure dès 30° de flexion. Les chevilles étaient douloureuses en fin d'amplitude, la palpation du couloir calcanéen interne et des tendons d'Achille était douloureuse. Les épaules étaient symétriques, les attaches tendineuses et les articulations acromio-claviculaires étaient douloureuses à la palpation à droite. Sur le plan psychique, les experts n'ont pas constaté de ralentissement moteur significatif. L'assurée était concentrée sur les sujets et son expression. Elle pouvait tenir un discours sans difficulté pendant dix à quinze minutes. Elle avait envie de s'exprimer. Elle pouvait écouter et se centrer sur le focus. Il n'y avait pas de troubles majeurs en ce qui concernait la concentration, l'attention et la mémoire, ni de trouble formel de la pensée, ni de symptôme de la lignée psychotique. Les capacités de jugement et de raisonnement étaient préservées. Sur le plan affectif, l'assurée était euthymique. Elle était un peu affectée lorsqu'elle décrivait l'ampleur de ses douleurs, ses limitations, et sa voix tremblait parfois, sans larme ni abaissement de thymie majeur. Dans l'ensemble, la réactivation et l'oscillation émotionnelle étaient normales. Il existait une certaine estime d'elle-même. L'énergie vitale était présente et palpable. Elle

n'était pas particulièrement anxieuse. Il n'y avait pas de symptôme neurovégétatif. La personnalité était compensée, sans indice pour un trouble clinique de personnalité. Dans la synthèse et discussion, les experts ont noté que les douleurs des parois thoracique et abdominale étaient toujours présentes et reproductibles. Elles ne s'étaient pas modifiées depuis l'expertise antérieure, simplement étendues après la thymectomie. Leur exacerbation par une pression ou frottement (sacs à dos) et par la contraction de la musculature sous-jacente avait été quelque peu sous-estimée et depuis l'intervention de juillet 2014, elles constituaient une limitation fonctionnelle difficilement compatible avec l'activité de nettoyeuse au vu des charges à transporter et des mouvements répétitifs à effectuer. Les migraines étaient quant à elles bien contrôlées. L'assurée se plaignait d'une importante asthénie, et l'indice d'Hepworth (15/24) confirmait une importante hypersomnie diurne. L'éventualité d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil existait. Sur le plan rhumatologique, quand bien même l'épaule douloureuse gauche n'était plus aussi flagrante, l'assurée devait éviter tout travail en charge en-dessus du plan des épaules. Les cervico-brachialgies et les lombosciatalgies, en l'absence de syndrome déficitaire clinique, sans lésion anatomique, s'associaient aux autres douleurs musculo-squelettiques, sans explication objective, et constituaient un tableau de syndrome douloureux chronique. L'examen clinique confirmait le diagnostic de fibromyalgie (12 points sur 18), des troubles du sommeil, des dysfonctions digestives et des difficultés de concentration. Il n'y avait toutefois pas de caractère incapacitant. Aucune incohérence entre l'importance des plaintes et les constatations objectives n'avait été observée. Les genoux, montrant un valgus bilatéral, souffraient d'un syndrome douloureux du compartiment antérieur sur hyperpression externe, ce qui expliquait la difficulté à réaliser l'accroupissement et les douleurs en charge dans les derniers degrés de l'extension. Ainsi, l'assurée devait éviter la marche en terrain inégal, dans les escaliers et l'utilisation d'échelles ou d'escabeaux. Les atteintes étaient suffisamment importantes pour justifier des limitations fonctionnelles (la position debout prolongée, les mouvements répétitifs du tronc, le port de charges supérieures à 12 kg, le travail en hauteur, l'accroupissement, le travail à genoux, les positions en porte-à-faux), mais insuffisamment graves pour impliquer une incapacité de travail totale de longue durée. Sur le plan psychique, la situation s'était nettement améliorée. Les données anamnestiques témoignaient d'une fluctuation anxio-dépressive légère et d'un état compensé s'agissant de l'état dépressif. La personnalité asthénique, évoquée en 2014, probablement liée à l'état spécifique de ce moment-là où l'assurée était figée devant l'opération chirurgicale à venir, n'était plus retenue. L'assurée était nettement plus tonique, son expression verbale était soutenue, la plupart du temps euthymique, assez souvent un peu souriante, sans anxiété majeure. Elle se projetait dans un avenir professionnel, elle évoquait l'idée de travailler dans le parascolaire à temps partiel. Le monitoring médicamenteux (Cymbalta et Lyrica) montrait que l'assurée était observante. Il existait de légères fluctuations anxio-dépressives associées aux problèmes somatiques (douleurs tronculaires et du compartiment antérieur des deux genoux), mais pas de diminution significative des capacités fonctionnelles. Sur cette base, les experts ont posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, compensé à niveau léger (F 41.2) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail. En conclusion, les experts ont retenu, les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, suivants : les douleurs des parois thoracique et abdominale en relation avec les interventions chirurgicales antérieures depuis 2007 et un syndrome douloureux fémoro-patellaire des deux genoux sur hyperpression externe par valgus bilatéral. À titre de

diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont posé les migraines de longue date bien contrôlées par triptans, un trouble anxieux et dépressif mixte, compensé à niveau léger (F 41.2), et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), avec fibromyalgie. Ces diagnostics étaient présents d'une manière fluctuante probablement depuis 2011. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais entière dans une activité adaptée dès le 3 novembre 2014, soit un mois après la fin de la radiothérapie adjuvante (le 3 octobre 2014). Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter les contractions répétitives ou soutenues des musculatures thoraciques et abdominales, le port de charges supérieures à 3 kg, les mouvements répétitifs du tronc, la position debout prolongée, la position en porte-à-faux du tronc prolongée, le travail au-dessus des acromions, le travail à la chaîne, le travail en hauteur, les longues déambulations, les escaliers, les accroupissements, les mises à genoux, les positions assises prolongées et les sautilllements. 65. Par avis du 12 avril 2016, le SMR s'est aligné sur les conclusions de cette expertise. Les nouvelles atteintes somatiques justifiaient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. La capacité de travail était, par contre, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 3 novembre 2014. 66. Par décision du 14 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision. Se fondant sur le rapport d'expertise du 19 février 2016 ainsi que l'avis du SMR subséquent, l'OAI a retenu une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le 3 novembre 2014, de sorte que sa capacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse et/ou employée polyvalente dans l'hôtellerie était nulle dès cette date. En revanche, sa capacité de travail dans une activité adaptée étant totale, l'assurée n'était pas invalide. 67. Sur demande de l'assurée, le 22 avril 2016, l'OAI lui a transmis le mot de passe permettant d'accéder au dossier (incluant le rapport d'expertise précité), enregistré dans un compact disc, communiqué deux jours plus tôt. 68. Par acte du 17 mai 2016, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son recours, puis à l'audition du Dr Q_____ et à sa confrontation avec la Dre K_____, et principalement, à l'octroi d'une rente, fondée sur un degré d'invalidité minimum de 50% dès le 1^{er} novembre 2009, ou dès le 1^{er} février 2010 conformément à l'expertise du Dr G_____. Au préalable, la recourante a reproché une violation de son droit d'être entendue. Le complément d'expertise ne lui avait pas été transmis pour observations avant le prononcé de la décision attaquée, si bien qu'elle avait été privée d'un échelon procédural, puisqu'elle ne pouvait faire valoir ses observations pour la première fois que dans le cadre de la procédure de recours. Pour ce motif, même si le recours devait être rejeté, les frais devraient être mis à la charge de l'intimé. Sur le fond, la recourante a critiqué l'expertise du CEMed du 14 octobre 2014 ainsi que son complément du 19 février 2016, tant d'un point de vue formel que matériel. À la forme, outre le fait que l'expertise était, en partie, une « second opinion » (le Dr Q_____ se prononçait sur des périodes couvertes par l'expertise du Dr G_____), elle avait été réalisée alors même que la recourante avait sollicité le 27 janvier 2014 une expertise consensuelle et proposé de confier la mission d'expertise ou tout complément d'expertise au Dr G_____, lequel connaissait déjà le dossier. Cette demande avait été refusée sans explications, ce qui violait le principe de priorité de l'expertise consensuelle, seule conforme à l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101). Par ailleurs, il était douteux que l'expertise fût mise en œuvre selon le principe aléatoire, via le SWISSMED@P, système en lui-même critiquable dans la mesure

où les centres mis « dans le pot » seraient uniquement tirés au sort. À cet égard, la capture d'écran du 15 mai 2014 indiquant simplement que le centre d'expertise choisi était le CEMed laissait à penser que ledit centre, figurant « seul dans un pot », n'avait pas été désigné de manière aléatoire. Sous l'angle matériel, l'expertise n'était ni motivée ni convaincante. L'expert admettait qu'il avait des difficultés à se prononcer sur le passé et n'avait pas mentionné les divers séjours effectués par la recourante au Centre de thérapie brève. Alors que l'expert n'avait pas suffisamment examiné la recourante (à deux reprises d'une durée totale inférieure à deux heures), il se permettait de la décrire comme étant « d'une personnalité de type asthénique, faible et peu affirmée », « pas défensive ». En outre, les lignes directrices de la SSPP (Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie) en vue de l'établissement d'une expertise n'avaient pas été suivies, et les critères de la CIM-10 (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes éditée par l'Organisation mondiale de la santé, 10^{ème} révision) n'étaient pas discutés. Enfin, les réponses aux questions n'étaient nullement motivées et le complément d'expertise relatif à l'examen des critères développés par l'ATF 141 V 281 (trouble somatoforme douloureux) n'était pas convaincant. 69. Dans un complément de recours du 14 juillet 2016, la recourante a sollicité, au préalable, un délai supplémentaire pour produire le rapport de la Dre K_____, avant de persister dans ses conclusions. Elle a ensuite conclu, à titre subsidiaire, à l'octroi d'une demi-rente limitée dans le temps, conformément aux conclusions du Dr G_____, puis d'un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2014 ou le 1^{er} février 2016. Sur le fond, elle a soutenu que le complément d'expertise avait été effectué hâtivement, dans le seul but de confirmer le premier examen. L'expert estimait que la recourante, qui n'aurait pas observé son traitement, ne présentait pas de comorbidité psychiatrique. Or, le traitement suivi avait été modifié, de sorte que l'expert aurait dû au préalable s'enquérir auprès du médecin traitant, la Dre K_____. De même, ni l'intimé ni l'expert n'avaient contacté le neurologue qui suivait la recourante pour ses crises de migraine. L'expertise comportait une analyse partielle de la situation de la recourante, atteinte dans sa santé depuis fin 2009 ou début 2010, ayant conduit à des tentamens à trois reprises en 2011. L'expert ne pouvait dès lors pas conclure que cette dernière souffrait d'une dépression de « niveau léger ». En outre, au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, pourtant retenues dans l'expertise du 19 février 2016, la recourante n'était pas apte à travailler dans une activité adaptée, laquelle n'existait vraisemblablement pas sur un marché équilibré du travail. Alors que les douleurs qu'éprouvait la recourante constituaient une limitation fonctionnelle non compatible avec l'activité habituelle, curieusement, les effets de ces mêmes douleurs n'avaient pas été pris en compte pour examiner l'exigibilité dans un travail adapté. Dans son arrêt (9C_488/2012), le Tribunal fédéral avait renvoyé le dossier pour instruction complémentaire au vu de l'aggravation de l'état de santé de la recourante dès avril 2010. Or, dans la décision litigieuse, l'intimé ne s'était pas prononcé sur l'état de santé entre avril 2010 et novembre 2014, date à compter de laquelle il considérait qu'une activité adaptée était exigible. Dans la mesure où l'expertise judiciaire du Dr G_____ concluait à l'existence d'atteintes donnant droit à des prestations durant cette période, et compte tenu des trois tentamens ainsi que de l'appréciation de l'expert du CEMed selon laquelle il était difficile de se déterminer sur le passé, la recourante devait être mise au bénéfice d'une rente temporaire. Enfin, la recourante a remis en cause le degré d'invalidité fixé. Elle arguait qu'en l'absence de formation et au vu de sa nationalité étrangère, il y avait lieu de retenir un revenu avec invalidité plus bas que la moyenne. De plus, ses très nombreuses limitations fonctionnelles justifiaient un abattement

de 25%. Ce faisant et compte tenu d'une réduction d'au moins 15%, elle bénéficiait au moins d'un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2014. 70. Dans le délai qui lui a été imparti, le 26 août 2016, la recourante a produit le rapport de la Dre K_____ du 17 août 2016, et a sollicité l'audition dudit médecin, en tant que de besoin. [endif]>[if> Dans son rapport, la praticienne a indiqué qu'elle suivait la recourante, en arrêt de travail à 100% en raison d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. Le traitement antidépresseur consistait en la prise de Cymbalta 30. L'évolution thymique restait lente, mais progressive. La recourante avait retrouvé durant la dernière année une relative stabilité dans son fonctionnement au quotidien. Elle présentait un syndrome dépressif réactionnel, d'intensité moyenne, conséquent aux douleurs abdominales, ostéo-articulaires et lombalgies chroniques, de même qu'une importante fatigabilité, due en partie à la prise du Lyrica à des doses relativement importantes (300 mg/j). Une diminution progressive de ce médicament n'avait pas pu être opérée eu égard aux douleurs neuropathiques persistantes. Elle souffrait en effet d'une fibromyalgie. L'impact au niveau thymique des problématiques somatiques cumulées ces dernières années était important, lesquelles avaient entraîné une fragilité psychique importante s'accompagnant d'un comportement peu souple, voire rigide et souvent non adapté, faisant penser à une possible modification durable de sa personnalité, avec des mécanismes de défense d'une structure psychotique (projection, clivage, identification projective), conduisant à un isolement social relatif et à une souffrance invalidante. Son état psychique actuel prédisait un pronostic réservé par rapport à une réadaptation professionnelle. S'appuyant sur ledit rapport, la recourante a expliqué que, contrairement à l'expert, la Dre K_____ (qu'elle consultait depuis de nombreuses années à raison d'une fois par semaine) connaissait bien l'évolution de son état de santé. Son appréciation divergeait considérablement de celle du Dr Q_____, de sorte qu'au besoin une confrontation des deux médecins pouvait éclairer la situation. 71. Dans sa réponse du 29 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise du 14 octobre 2014 et son complément du 19 février 2016 remplissaient tous les réquisits jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante. À cet égard, la durée de l'entretien entre l'expert et la recourante n'était pas un critère reconnu par la jurisprudence pour discréditer l'expertise. Le travail de l'expert consistait avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé. D'ailleurs, le temps consacré à l'examen médical, qui varie en fonction des questions posées et de la psychopathologie à examiner, ne constituait pas un indice de partialité du médecin, le contenu du rapport étant déterminant. Le Dr Q_____ avait pris le temps nécessaire pour entendre la recourante et recueillir les données utiles pour établir son expertise. Bien que l'expert ait vu la recourante une seule fois en 2016, il disposait de différents documents médicaux, lui permettant de poser un diagnostic ne relevant pas d'une unique observation momentanée. [endif]>[if> Cela dit, l'intimé a versé au dossier l'avis du SMR du 9 septembre 2016, lequel s'était prononcé sur le rapport de la Dre K_____ du 17 août 2016. Le SMR a considéré que cette dernière n'apportait aucun élément clinique objectif. Il n'y avait pas de status clinique, ni d'élément anamnestique. Le descriptif « comportement peu souple, voire rigide et souvent non adapté... conduisant à un isolement social relatif et une souffrance invalidante » était incompatible avec le fonctionnement tout à fait correct dont la recourante faisait preuve dans le quotidien. Ce descriptif ne correspondait d'ailleurs pas aux informations transmises par la recourante lors de l'expertise de 2015 ni à la présentation clinique ou aux observations du Dr Q_____. L'évolution vers une modification durable de la personnalité était en contradiction avec l'amélioration progressive reconnue par la Dre K_____ qui

concédaient que la recourante avait « retrouvé durant la dernière année une relative stabilité dans son fonctionnement au quotidien ». Ainsi, son rapport n'apportait aucun élément objectif nouveau ou suggérant une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise de 2016. Il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait. L'intimé s'est rallié audit avis et indiqué que le rapport de la Dre K_____ ne modifiait pas son appréciation. En outre, dans un avis du 18 février 2015, le SMR avait noté qu'aucune aggravation de l'état de santé n'était confirmée depuis avril 2010. La capacité de travail était de 50% dans l'activité de nettoyeuse mais de 100% dans une activité adaptée. Par conséquent, aucune aggravation ne pouvait être reconnue dès 2010. 72. Dans sa réplique du 18 octobre 2010, la recourante a estimé que la détermination de l'intimé relevait, pour l'essentiel, de considérations générales purement juridiques. Elle a répété les raisons pour lesquelles elle considérait que le rapport d'expertise du Dr Q_____ était lacunaire et non motivé. Or, selon les lignes directrices de la SSPP du 16 juin 2016, l'examen clinique devait être d'une durée appropriée. Le caractère lacunaire du rapport était dû à un entretien de moins d'une heure. Du reste, dans son rapport du 17 août 2016, la Dre K_____ avait apporté un élément objectif nouveau, puisqu'elle attestait une « importante fatigabilité due à la prise de Lyrica ». Enfin, se basant sur un avis du SMR, qui n'avait pourtant jamais examiné la recourante, l'intimé répliquait à tort que la recourante ne présentait pas une aggravation de l'état de santé depuis 2010. 73. Dans sa duplique du 16 novembre 2016, l'intimé a maintenu sa position. 74. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante, et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), compte tenu du report au mardi de Pentecôte 17 mai 2016, date de dépôt du recours, de l'échéance du délai de recours, qui avait débuté à courir le 16 avril 2016, lendemain de la notification de la décision attaquée, pour arriver à son terme le dimanche 15 mai 2016, terme reporté audit mardi du fait que le lundi de Pentecôte est un jour férié (art. 38 al. 3 LPGA et art. 89C let. b LPA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par la décision attaquée, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. a. Il faut examiner en premier lieu le grief formel soulevé par la recourante (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 124 V 90 consid. 2 notamment), qui invoque une violation de son droit d'être entendue, au motif que le complément d'expertise du 19 février 2016 ne lui avait pas été transmis pour observations avant le prononcé de la décision attaquée. b. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de

la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1; 133 III 235 consid. 5.3). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 [Cst. – RS 101]), notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 138 II 252 consid. 2.2; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; 132 V 368 consid. 3.1). Une violation du droit d'être entendu peut être considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1; 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 126 V 130 consid. 2b). Toutefois, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c). c. En l'espèce, la recourante a effectivement eu connaissance du complément d'expertise au plus tôt le 22 avril 2016, soit après la décision de refus de prestations du 14 avril 2016. Il apparaît ainsi que la garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable n'a pas été respectée. Cela étant, la recourante a pu prendre connaissance du complément d'expertise dans le cadre de la présente procédure et se déterminer. En outre, la chambre de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen en ce qui concerne l'appréciation de la valeur probante d'un rapport d'expertise et la détermination du degré d'invalidité, de sorte que la violation de son droit d'être entendue par l'intimé a été réparée en procédure cantonale. En effet, le recours selon les art. 56 ss LPGA est un moyen de droit complet, qui permet un examen de la décision entreprise en fait et en droit (arrêt 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). d. Par conséquent, le grief de la violation du droit d'être entendu doit être écarté. 3. a. Dans un second grief de nature formelle, la recourante a douté que l'expertise du CEMed fût réalisée selon le principe aléatoire, invoqué une violation du principe de priorité de l'expertise consensuelle et considéré que l'expertise du CEMed constituait une « second opinion », ce qui était interdit. ![/endif]>![if> b. En vertu de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. c. Le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst., art. 42 LPGA et art. 6 CEDH; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et

3.2.4.9). Il est notamment revenu sur la jurisprudence de l'ATF 132 V 93 selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision. Il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre doit revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Ces principes et recommandations sont également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaire (ATF 139 V 349 consid. 5.4). Notre Haute cour a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Il a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire, du 19 juin 1992 (LAM - RS 833.1), qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1). d. Pour répondre aux exigences posées par le Tribunal fédéral, le Conseil fédéral a adopté un nouvel art. 72 bis du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), en vigueur depuis le 1^{er} mars 2012, sur les expertises médicales pluridisciplinaires. Cette disposition prévoit, en son premier alinéa, que les expertises comprenant trois disciplines médicales ou plus doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention. Le second alinéa précise que l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire. À cette fin, a été mise sur pied une plateforme basée sur le web, du nom de SuisseMED@P, qui attribue les mandats d'expertises médicales pluridisciplinaires de manière aléatoire. SuisseMED@P dispose d'un service

statistique permettant de mesurer la qualité et le temps nécessaire à l'accomplissement des mandats. Dans le même ordre d'idées, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a élaboré une liste des critères que les centres d'expertises doivent remplir depuis le 1^{er} mars 2012, comprenant d'une part des exigences formelles et professionnelles, et, d'autre part, la mention obligatoire d'indications pour assurer une plus grande transparence et attester de l'indépendance des instituts. Selon le guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI, l'office AI annonce à la personne assurée qu'elle juge une expertise médicale pluridisciplinaire nécessaire. Il l'informe des disciplines médicales concernées et des questions qu'il est prévu de soumettre aux experts. La personne assurée peut transmettre des questions supplémentaires à l'office AI dans les 10 jours. Lorsque l'office AI transmet le mandat, SuisseMED@P tire au sort un centre d'expertises parmi ceux remplissant les critères requis pour son accomplissement (capacités disponibles dans les disciplines médicales voulues; possibilité de réaliser l'expertise dans la langue de procédure souhaitée). On peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle se soumette à des expertises dans toute la Suisse. Le centre d'expertises tiré au sort et l'office AI à l'origine du mandat sont informés de l'attribution du mandat par courriel (voir Annexe V, circulaire de l'OAFAS sur la procédure dans l'assurance-invalidité).

e. Selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral U.571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in RSAS 2008 p. 181), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2 et les références citées).

f. En l'occurrence, dans son avis du 4 décembre 2013, le SMR a préconisé la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant les volets rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne. Il s'agissait donc de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, soumise en tant que telle à la procédure particulière de l'art. 72 bis RAI (désignation des experts, selon un mode aléatoire, parmi les médecins pratiquant au sein d'un centre d'expertise). Force est de constater qu'en pareilles circonstances, c'est bien le hasard et non le consensus qui doit présider à l'attribution du mandat d'expertise, par le biais de la plateforme SuisseMed@P, qui a effectivement été utilisée en l'espèce puisque le rapport d'expertise du CEMed mentionne que l'annonce SuisseMed@P date du 16 avril 2014. Certes, dans un arrêt du 28 février 2013 (ATAS/226/2013), la chambre de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'OAI, au motif

que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (cf. également, pour un cas similaire: ATAS/540/2013 du 29 mai 2013). Toutefois, dans le cas particulier, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir désigné unilatéralement les experts, ni de ne pas avoir accepté une expertise consensuelle, l'intimé ayant tout simplement respecté la procédure de l'art. 72 bis RAI (voir dans le même sens : ATAS/1282/2013 du 19 décembre 2013 consid. 8 à 10). Enfin, l'expertise du CEMed ne constitue pas une « seconde opinion ». En effet, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, la recourante a produit divers rapports médicaux, dont il ressort que la recourante, qui souffrait de fibromyalgie, de douleurs chroniques et d'une pathologie psychiatrique, a rendu plausible une aggravation de son état de santé. Ainsi, dans son avis du 4 décembre 2013, le SMR a jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Il s'agissait d'élucider le point de savoir si l'état de santé de la recourante avait effectivement subi une aggravation, alors que le Dr G _____ s'était uniquement prononcé sur le volet psychiatrique en 2010. Dès lors que l'examen médical supplémentaire avait pour but d'établir des faits nécessaires à l'examen de la cause, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir voulu recueillir une « seconde opinion » superflue. Qui plus est, les experts du CEMed n'ont pas examiné l'état de santé psychique de la recourante, prévalant en 2010, examiné par le Dr G _____. Ainsi, pour l'ensemble de ces motifs, les griefs de nature formelle tombent à faux. g. Il convient dès lors de se pencher sur le fond du litige. 4. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPG; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPG). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine

FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 5. a. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'espèce, les faits pertinents dans le cadre de la nouvelle demande de prestations remontent au 1^{er} avril 2010, et la décision querellée du 14 avril 2016 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision et la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). b. S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent en règle générale une version formalisée sur le plan de 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). 6. La décision attaquée a été rendue après que le Tribunal fédéral a, par arrêt du 25 janvier 2013, admis le recours introduit par l'intimé contre l'arrêt de la chambre de céans du 7 mai 2012, en ce sens qu'il octroyait à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2011, alors que l'intimé n'avait pas pris position quant à l'aggravation alléguée de l'état de santé psychique de la recourante dès avril 2010. Le Tribunal fédéral a constaté que l'arrêt cantonal n'avait pas été remis en cause dans la mesure où il confirmait la légalité de la décision du 24 novembre 2009, rejetant la demande de prestations, de sorte que celle-ci était entrée en force. Cela dit, le Tribunal fédéral a pris acte du fait que l'intimé souhaitait examiner le droit aux prestations en raison de l'aggravation alléguée de l'état de santé à compter d'avril 2010, ce que l'intimé a effectivement fait par courrier du 18 mars 2013, lorsqu'il a considéré qu'une nouvelle demande avait été formée, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral, et qu'il instruirait le dossier. Ainsi, le litige porte, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité. 7. a. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V

108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2).

b. Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Par ailleurs, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités).

8. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

9. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

b. 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. 28a al. 1 LAI), soit en supposant de manière abstraite qu'il existe sur ce marché de travail une offre suffisante quant à l'activité ou aux activités que l'assuré est à même d'exercer malgré son atteinte à la santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_346/2007 du 23 janvier 2008 consid. 6.3).

c. La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de

l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 10. a. 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 I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. 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). b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse – rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement – qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 p. 197 et les références; voir également

arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2). 11. a. Les atteintes à la santé pertinentes au sens de l'AI peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées (cf. ATAS/1010/2016 du 6 décembre 2016 consid. 7b). Ce diagnostic présuppose en effet une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien ([CIM-10], ad F45.40; voir également ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 p. 285) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_533/2016 du 27 octobre 2016 consid. 4.2). b. Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, 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, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral: la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss). c. Selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption 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. 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. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, 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 dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. d. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie. En effet, dans un arrêt 9C_57/2017 du 21 avril 2017 (consid. 4.2), le Tribunal fédéral a relevé que si les experts n'avaient pas retenu le diagnostic de fibromyalgie, la cour cantonale ne devait pas envisager ensuite l'application des indicateurs posés par l'ATF 141 V 281 (voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 5.2). 12. a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent 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). b. 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 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3). c. 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. c/aa. 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). c/bb. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). c/cc. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14

juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c/dd. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ce principe s'applique tant à l'égard du médecin de famille généraliste que du médecin spécialiste (arrêt du Tribunal fédéral I.803/05 du 6 avril 2006 consid. 5.5). c/ee. 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. À 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). c/ff. 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 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). 13. a. En l'occurrence, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est péjoré entre le 24 novembre 2009, date de la décision rejetant la première demande de prestations, et le 14 avril 2016, date de la décision querellée, rejetant la nouvelle demande de prestations. b. En 2009, la recourante, qui ne présentait pas une atteinte psychiatrique, souffrait de douleurs abdominales péri-ombilicales d'origine cicatricielle et d'un problème cystadénome séreux du pancréas, asymptomatique (cf. rapport du Dr F_____ du 27 avril 2009). Elle disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle (nettoyeuse), mais entière dans une activité adaptée (telle que vendeuse, caissière ou serveuse) à ses limitations fonctionnelles (soit éviter le port de charges lourdes [plus de 10 kg], les déplacements de meubles, l'inclinaison répétée du corps) dès le 27 avril 2009 (cf. également avis du SMR du 11 septembre 2009). Sur cette base, dans son arrêt du 7 mai 2012, entré en force, la chambre de céans a confirmé que, sur le plan somatique, la recourante n'avait pas droit à une rente

d'invalidité. La chambre de céans a toutefois étendu l'objet du litige et, s'appuyant sur l'expertise judiciaire du Dr G_____, pris en compte l'atteinte psychiatrique (épisode dépressif moyen), dont la gravité existait depuis le 1^{er} avril 2010, laquelle entraînait une incapacité de travail de 50% dans toute activité. Ainsi, la chambre de céans a accordé une demi-rente d'invalidité à la recourante dès le 1^{er} avril 2011. Saisi d'un recours, le Tribunal fédéral a annulé l'octroi de cette prestation, l'intimé n'ayant pas eu l'occasion de se déterminer à ce sujet. c. Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, formée suite à l'arrêt du Tribunal fédéral, l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comprenant les volets rhumatologique, psychiatrique et médecine interne. c/aa. Dans leur rapport du 14 octobre 2014, qui repose sur le dossier, l'anamnèse et les plaintes, les experts ont relevé que, sur le plan somatique, la recourante souffrait de douleurs à la palpation de l'abdomen, à l'épaule gauche, limitant de façon minime les élévations, de cervico-brachialgies et de douleurs aux articulations périphériques (genoux, chevilles, pieds, épaules, coudes et poignets), fluctuantes, variant dans leur localisation et leur intensité selon les saisons et les conditions météorologiques. Les trigger points de la fibromyalgie (qu'avait constatés le Dr J_____ dans son rapport du 24 juin 2013) étaient absents le jour de l'examen clinique. Les experts ont indiqué que ces atteintes ne présentaient pas un caractère incapacitant de longue durée. En particulier, les incapacités de travail consécutives aux problèmes abdominaux avaient été transitoires et liées aux interventions chirurgicales et s'agissant de l'épaule, si la recourante ne travaillait pas avec les membres supérieurs au-dessus du plan des épaules, il n'existait aucune justification à une incapacité de travail de longue durée. Cette appréciation ne paraît pas critiquable, ce d'autant qu'à l'examen, la recourante avait exécuté scrupuleusement les consignes données et réalisé les gestes et postures, sans manifestation intempestive de douleur. En effet, il ressort du rapport du Dr I_____ du 21 juin 2013 que, suite à la fundoplicature pratiquée le 7 novembre 2012 (ayant entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 16 novembre 2012) en raison du syndrome de reflux gastro-œsophagien, l'évolution avait été favorable tant sur le plan clinique que biologique, sans aucun trouble moteur de l'œsophage. Ensuite, quand bien même la recourante avait allégué le 9 novembre 2012 que son état s'était aggravé pour des problèmes de foie, de reins, et au pancréas, force est de constater qu'elle n'a pas produit de rapports médicaux confirmant cette aggravation. S'agissant de l'atteinte aux épaules consécutive aux deux accidents en 2010, ni le médecin d'arrondissement de la SUVA ni le médecin traitant, le Dr E_____, n'ont relevé une incapacité de travail totale de longue durée (cf. décision de la SUVA du 19 mai 2011 et rapport du Dr E_____ du 4 mai 2010). c/bb. Sur le plan psychiatrique, en revanche, l'appréciation des experts ne convainc pas. Si on peut admettre avec les experts que les diagnostics de trouble dépressif récurrent de degré moyen, d'anxiété généralisée d'intensité moyenne et de personnalité asthénique, posés le jour de l'examen, reflétaient vraisemblablement l'état spécifique de la recourante à ce moment-là en raison de la thymectomie à venir (cf. complément d'expertise du 19 février 2016), force est de constater que les experts ne se sont pas prononcés sur les répercussions de sa santé psychique, affectée depuis novembre 2009 et aggravée à compter du 1^{er} avril 2010. Les experts se sont bornés à mentionner qu'il était difficile d'apprécier rétroactivement la situation et l'évolution psychique, ce volet ayant été analysé à plusieurs reprises par différents spécialistes avec des conclusions différentes voire contradictoires. Or, la nouvelle demande de prestations avait justement été formée en raison de l'aggravation de l'état de santé psychique alléguée dans le cadre de la procédure de recours contre la décision du 24 novembre 2009, de sorte que, pour procéder à une étude fouillée du

cas, fût-elle rétroactive, les experts auraient dû s'enquérir auprès des différents psychiatres traitants. c/cc. Se fondant sur ce rapport d'expertise, dans son avis du 6 novembre 2014, le SMR, après avoir considéré que la recourante présentait une capacité de travail de 50 % (et non de 100% selon les experts) dans son activité habituelle (eu égard au problème de l'épaule), mais entière dans une activité adaptée, a noté que les experts n'avaient pas mis en exergue d'aggravation manifeste de l'état de santé de la recourante depuis avril 2010. Or, les éléments au dossier démontrent le contraire. c/dd. En effet, dans son rapport d'expertise (judiciaire) du 23 mai 2011, complété le 28 février 2012, le Dr G_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen, développé fin 2009, qui s'était aggravé en avril 2010, avec deux tentatives de suicide (en avril 2010 et en juin 2011), ce qui a été confirmé par la Dre H_____, officiant aux HUG, le 29 juin 2011. Selon ces deux praticiens, la recourante présentait une capacité de travail de 50%. Dans son arrêt du 7 mai 2012, la chambre de céans avait reconnu une pleine valeur probante aux rapports du Dr G_____ (ATAS/597/2012 consid. 9a), de sorte que le diagnostic d'état dépressif de degré moyen entraînait depuis le 1 er avril 2010 une incapacité de travail de 50% dans toute activité. Au 18 février 2011, le Dr J_____ attestait également une capacité de travail de 50% dans toute activité (cf. son rapport du 24 juin 2013). Dans son rapport du 8 août 2013, la Dre M_____, du département de psychiatrie des HUG, a noté que, suite à un changement de traitement en mars 2013, l'état de santé psychique de la recourante s'était amélioré et elle ne s'était plus présentée aux rendez-vous depuis avril 2013, le dernier contrôle remontant au 9 avril 2013. Il convient dès lors de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a présenté une capacité de travail de 50% dans toute activité du 1 er avril 2010 au 9 avril 2013. Cette appréciation appelle les commentaires suivants. En premier lieu, dès lors que l'intimé, se basant sur le rapport d'expertise du 14 octobre 2014, lacunaire sous l'angle psychiatrique, et sur l'avis subséquent du SMR, s'est déterminé (dans son projet de décision du 30 mars 2015 et sa décision querellée) sur l'aggravation de l'état de santé psychique alléguée par la recourante, qu'elle a considérée, à tort, comme non incapacitante, la chambre de céans peut se fier au rapport d'expertise du Dr G_____, dont la valeur probante a été et doit être reconnue, ainsi qu'aux rapports des Drs H_____, J_____ et M_____ pour examiner les répercussions de l'épisode dépressif de degré moyen sur la capacité de travail de la recourante. En second lieu, la chambre de céans ne tiendra pas compte du rapport du 3 juillet 2013 de la Dre K_____, nouveau psychiatre traitant, selon laquelle la recourante présentait une incapacité de travail totale dans toute activité à compter du 1 er mai 2013. En effet, cette praticienne, qui suivait la recourante depuis le 7 mai 2013 uniquement, a noté que la réaction dépressive prolongée s'inscrivait notamment dans un contexte de difficultés socio-économiques et d'un conflit conjugal important, soit des facteurs étrangers à l'invalidité, dont l'AI n'a pas à répondre (ATF 127 V 294 consid. 5a). Enfin, s'agissant du thymome, opéré le 18 juillet 2014, et de l'anxiété dont a souffert la recourante en lien avec cette pathologie, force est de constater que cette dernière a entraîné une incapacité de travail totale du 18 juillet au 20 août 2014 (cf. rapport du Dr R_____ du 8 janvier 2015), suivie d'un traitement de radiothérapie adjuvante du 1 er septembre au 3 octobre 2014, à l'issue duquel aucun signe clinique ou radiologique n'indiquait une poussée évolutive de la maladie (cf. rapport des HUG du 8 septembre 2015). Il s'ensuit que la recourante n'a pas été en incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année, de sorte que son état psychique en lien avec cette affection n'a pas été invalidant, ce qui est corroboré par l'expertise de février 2016, lors de laquelle les experts n'ont pas observé d'anxiété majeure, ainsi que par le rapport de la Dre K_____ du 17 août 2016, aux termes

duquel la recourante avait retrouvé durant la dernière année une relative stabilité dans son fonctionnement au quotidien. c/ee. Cela dit, il convient de déterminer le degré d'invalidité de la recourante en raison de son affection psychiatrique pour la période d'avril 2010 à avril 2013. Comme indiqué ci-dessus, la recourante présente une capacité de travail de 50% depuis le 1^{er} avril 2010. Au terme du délai d'attente d'un an, soit le 1^{er} avril 2011, elle présentait la même incapacité de travail qui a perduré jusqu'au 9 avril 2013 dans toute activité, ce qui correspond à une invalidité de 50% et donne droit à une demi-rente. En effet, lorsque le taux de capacité de travail est identique dans toute activité, soit tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, comme en l'espèce, il est superflu de procéder à une comparaison des gains, puisque dans cas de figure, le taux d'invalidité se confond au taux d'incapacité de travail (cf. ATAS/279/2017 du 11 avril 2017 consid. 17.b et les références citées). c/ff. Reste à déterminer la date à compter de laquelle la rente doit être octroyée. La révision de la rente d'invalidité est régie par l'art. 17 LPGA. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88 bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b) (arrêt du Tribunal fédéral I. 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.1). En l'espèce, une nouvelle demande de prestations a été formée le 25 janvier 2013 (il sera relevé à cet égard que la date retenue par l'intimé, soit le 25 février 2013, est manifestement erronée, puisque l'arrêt du Tribunal fédéral date du 25 janvier 2013), dans le cadre de laquelle il apparaît que la recourante est invalide à 50% depuis avril 2010 sur le plan psychiatrique, ce qui n'était pas le cas à l'issue de l'instruction accomplie suite à la première demande de juin 2009, de sorte que l'intimé avait rejeté cette dernière le 24 novembre 2009. Dès lors qu'en cas de nouvelle demande, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), conformément à l'art. 88 bis al. 1 RAI, il y a lieu de fixer le dies a quo de la demi-rente au 1^{er} janvier 2013. Celle-ci sera, par contre, supprimée à compter du 1^{er} août 2013, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain, survenue le 9 avril 2013. 14. a. Cela dit, à la demande de l'intimé, les experts ont rendu le 19 février 2016 un complément d'expertise (en réalité un nouveau rapport d'expertise). La demande de l'intimé était motivée par le fait qu'après le rapport du 14 octobre 2014, qui retenait un syndrome douloureux somatoforme persistant, mais avant le prononcé de la décision querellée, une nouvelle jurisprudence fédérale relative au trouble somatoforme douloureux et aux affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281) était intervenue, de sorte qu'il y avait lieu de vérifier si la première analyse des experts était toujours conforme aux exigences prescrites par la nouvelle jurisprudence (cf. ATF 140 V 154 consid. 6; ATAS/157/2017 du 28 février 2017 consid. 13). b. Dans ce nouveau rapport, les experts ont diagnostiqué, sous l'angle psychiatrique, des migraines, contrôlées par triptans, un trouble anxieux et dépressif mixte, compensé à niveau léger et un syndrome douloureux somatoforme persistant avec fibromyalgie. Ils ont spécifié que ces diagnostics étaient présents d'une manière fluctuante probablement depuis 2011, ce qui

paraît effectivement être le cas, puisqu'en février 2011, le Dr J_____ avait retenu une fibromyalgie (12 points sur 18), affection absente lors de l'expertise en 2014, mais présente à nouveau lors de l'examen de février 2016. Selon les experts, ces diagnostics ne sont pas incapacitants. Les experts n'ont pas appliqué la grille d'analyse selon l'ATF 141 V 281 , mais l'examen clinique permet une appréciation du cas à la lumière des indicateurs définis par cette jurisprudence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 3) et démontre que le trouble somatoforme douloureux avec fibromyalgie n'est pas invalidant. En effet, alors que, lors de la première expertise, les experts avaient constaté que la recourante, qui présentait un léger ralentissement moteur, était triste, manquait d'estime de soi et ne prenait pas ses médicaments (Cymbalta), lors de la seconde expertise, le monitoring médicamenteux montrait que la recourante, qui était nettement plus tonique, euthymique, un peu souriante, sans anxiété majeure, était observante. En avril 2013 déjà, le changement de traitement avait permis une amélioration de la thymie (cf. rapport de la Dre M_____ du 8 août 2013). Il s'ensuit que l'atteinte psychique peut être traitée médicalement. Ensuite, la recourante ne présentait pas de limitations. En effet, elle n'avait pas de troubles majeurs de la concentration, de l'attention et de la mémoire. Son expression verbale était soutenue. Elle avait envie de s'exprimer, elle était en mesure d'écouter et de se centrer sur le focus. Ses capacités de jugement et de raisonnement étaient préservées. De plus, son environnement social était normal. Elle fréquentait l'église, s'occupait des enfants dans cet établissement et sortait régulièrement (au Salève) avec ses enfants ou amis. Elle avait également insisté auprès des régies pour obtenir un meilleur appartement. Il s'ensuit que la recourante dispose de ressources personnelles préservées. À la lumière de ces éléments, le syndrome somatoforme douloureux avec fibromyalgie n'a effectivement pas un caractère incapacitant. c. Sur le plan somatique, les experts ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des douleurs des parois thoracique et abdominale en relation avec les interventions chirurgicales antérieures depuis 2007 et un syndrome douloureux fémoro-patellaire des deux genoux sur hyperpression externe par valgus bilatéral. Les experts ont observé que les douleurs des parois thoracique et abdominale s'étaient étendues après la thymectomie, et ils ont reconnu que leur exacerbation par une pression ou un frottement (sacs à dos) et par la contraction de la musculature sous-jacente avait été quelque peu sous-estimé et depuis l'intervention de juillet 2014, ces douleurs constituaient une limitation fonctionnelle difficilement compatible avec l'activité de nettoyeuse au vu des charges à transporter et des mouvements répétitifs à effectuer. Ainsi, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée dès le 3 novembre 2014, soit un mois après la fin de la radiothérapie adjuvante. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter les contractions répétitives ou soutenues des musculatures thoraciques et abdominales, le port de charges supérieures à 3 kg, les mouvements répétitifs du tronc, la position debout prolongée, la position en porte-à-faux du tronc prolongée, le travail au-dessus des acromions, le travail à la chaîne, le travail en hauteur, les longues déambulations, les escaliers, les accroupissements, les mises à genoux, les positions assises prolongées et les sautilllements. Sans doute les experts avaient-ils déjà retenu une capacité de travail entière (en temps et rendement) dans une activité adaptée dans leur précédent rapport du 14 octobre 2014, alors qu'à cette époque n'existaient pas encore les limitations fonctionnelles susmentionnées, liées à son syndrome douloureux fémoro-patellaire des deux genoux et à ses douleurs des parois thoracique et abdominale. Les limitations fonctionnelles que retenait le Dr F_____ en 2009 – à savoir éviter le port de charges lourdes (plus de 10 kg), les déplacements de meubles et l'inclinaison répétée du

corps – se trouvent incluses dans les limitations admises par les experts en février 2016. La chambre de céans ne voit pas dans le dossier d'éléments permettant de remettre en question la conclusion des experts que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée, même si cette même conclusion avait déjà été retenue en présence de limitations fonctionnelles moindres. En revanche, l'aggravation des limitations fonctionnelles dont souffre la recourante ne saurait être restée sans effet sur le type et le nombre des activités adaptées qui lui restent accessibles. Or, l'intimé ne s'est pas prononcé sur cette question, dont il sied de préciser qu'elle ne peut être résolue par une simple référence, quelque peu stéréotypée, à un large éventail d'activités sur le marché du travail. L'intimé doit préciser les activités concrètement adaptées à la recourante, puis procéder à une comparaison des revenus pertinents avec et sans invalidité, pour déterminer si et dans quelle mesure les atteintes à la santé reconnues se répercutent sur sa capacité de gain. Le recours doit donc être admis partiellement et la cause être renvoyée à l'intimé pour détermination des activités adaptées concrètement accessibles à la recourante et pour comparaison des revenus pertinents et, partant, pour trancher la question de l'existence ou non d'une invalidité. d. Enfin, en ce qui concerne la modification durable de la personnalité de la recourante avec des mécanismes de défense d'une structure psychotique, évoquée dans le rapport précité de la Dre K_____, la chambre de céans ne saurait en tenir compte, dès lors qu'elle est le cas échéant postérieure à la décision attaquée. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Or, aucun médecin ayant examiné la recourante jusqu'à présent n'a relevé un symptôme psychotique. La cause étant renvoyée à l'intimé, il appartiendra à ce dernier de statuer sur la base de données actualisées. 15. Sur le vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée, et il sera dit que la recourante sera mise au bénéfice d'une demi-rente du 1^{er} février au 31 juillet 2013. Pour le surplus, le dossier est renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément au considérant 14, puis rende une nouvelle décision. 16. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1^{er} juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoulement, arrêté en l'espèce à CHF 200.-. 17. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, arrêtée en l'espèce à CHF 800.- (art. 61 let. g LPG; art. 89H al. 3 LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoulements et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.