

## **GE\_GERICHTE A/1678/2012 vom 21. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1678\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1678_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1678/2012 du 21 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1678/2012 del 21 novembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

ème Chambre En la cause Madame Y \_\_\_\_\_, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT Madame Y \_\_\_\_\_, née en 1952, d'origine turque et naturalisée suisse, est mère de cinq enfants adultes. Elle réside en Suisse depuis le 31 juillet 1983. En dernier lieu, elle a travaillé au service de X \_\_\_\_\_ SA en qualité d'aide de cuisine du 1<sup>er</sup> juillet 1988 au 9 janvier 1999, à plein temps. Elle y réalisait un salaire mensuel de 2'960 fr. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999, l'intéressée est en arrêt de travail total. Dans un rapport adressé le 1<sup>er</sup> octobre 1999 à ALPINA assurance, assureur perte de gain de l'employeur, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué que sa patiente souffrait d'une dépression nerveuse, et soupçonnait l'existence d'une sinistrose. Toutes les tentatives de reprises de travail s'étaient soldées par des échecs. Dans le cadre d'une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, le Dr A \_\_\_\_\_ a posé, dans son rapport du 28 février 2000, les diagnostics suivants : cervico-occipitalgies latérales droites avec irradiation dans le membre supérieur droit, troubles statiques cervicaux dans les deux plans, status dépressif, haute tension artérielle (réfractaire à plusieurs traitements), céphalées d'origine indéterminée (sur dépression nerveuse, sur troubles statiques cervicaux et sur prolactinémie), micro-adénome hypophysaire (prolactinome), hypercholestérolémie, gastrite chronique, goitre multi-nodulaire. Il a fixé à 100% le taux d'incapacité de travail de sa patiente dès le 1<sup>er</sup> janvier 1999, dans sa profession d'aide de cuisine. Il a estimé en revanche qu'elle pourrait travailler dans une activité ne nécessitant pas la station debout prolongée. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) du 29 avril au 2 mai 2002 en vue d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant notamment une expertise psychiatrique, une évaluation neurologique et une observation en ateliers professionnels. Selon le rapport de synthèse du 6 mai 2002 de cette clinique, les plaintes exprimées étaient très largement disproportionnées en regard des anomalies objectives. Les experts ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, tout en estimant qu'il n'y avait pas d'éléments suffisants pour admettre une comorbidité psychiatrique. Ils ont estimé de façon unanime que l'activité d'aide de cuisine exercée jusqu'ici était encore exigible. Toutefois, s'ils ont admis que le pronostic d'une quelconque reprise professionnelle était sombre et en imputaient la responsabilité à des facteurs sortant du champ médical à proprement parler, tel que le départ progressif des enfants du domicile parental, les difficultés d'acculturation, l'illettrisme et la désinsertion sociale du couple, l'époux étant également en attente d'une décision de l'assurance-invalidité. Selon l'expertise psychiatrique du Dr B \_\_\_\_\_, l'assurée a décrit une ambiance familiale très chaleureuse et soutenante, tous les enfants passant quasi quotidiennement à la maison. Le ménage était assuré par deux de ses enfants. L'assurée

avait par ailleurs déclaré à l'expert avoir un bon moral, acceptant sa situation telle qu'elle était. Dans les observations cliniques, l'expert a noté que la thymie n'était guère altérée et qu'il ne retrouvait pas de symptômes dépressifs caractéristiques. L'expert a en outre relevé ce qui suit : "De manière inconsciente, l'adoption d'une identité de malade contribue certainement au maintien des relations familiales proches, qui sont aussi dépendantes de facteurs culturels. Son statut d'invalidé semble aujourd'hui assimilé aussi bien par l'expertisée que par son entourage. Une certaine homéostasie semble atteinte." Enfin, l'expert a relevé que l'évaluation était légèrement limitée par le fait que l'expertisée ne s'exprimait que dans un français rudimentaire. Par décision du 11 décembre 2002, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) a rejeté la demande de l'assurée. Par arrêt du 27 avril 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011) a admis le recours de l'assurée contre cette décision et renvoyé la cause à l'intimé pour complément d'instruction consistant en une expertise psychiatrique par un médecin parlant le turc. Selon la lettre du 21 novembre 2004 du Dr C \_\_\_\_\_, psychiatre, au Dr A \_\_\_\_\_, ce premier praticien suivait la patiente depuis le 17 mars 2004. Le mari de celle-ci était à l'AI. Ce praticien a relevé que l'état psychique de sa patiente s'était progressivement détérioré avec des symptomatologies somatiques. La symptomatologie dépressive était la suivante : humeur déprimée, perte d'intérêt et de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, altération de la capacité à penser et à se concentrer, ralentissement psychomoteur important, perturbation du sommeil, absence de réaction par rapport aux événements ou aux activités, désespoir, incapacité de faire face aux responsabilités habituelles, pessimiste, parle peu et ses réponses sont très courtes et après un certain délai, stupeur dépressive, douleurs multiples somatiques. Elle présentait également des troubles de la mémoire récente et de faits anciens. Elle était désorientée dans le temps et dans l'espace. Il l'avait suivie régulièrement pour un traitement de psychothérapie et médicamenteux (Efexor 150 mg et un neuroleptique). L'évolution n'était pas favorable. Ce médecin a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Saisi par l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales a constaté, par arrêt du 10 mai 2005, que l'OAI avait commis un déni de justice, en omettant de soumettre l'assurée à une expertise, a ordonné qu'il entreprenne les démarches nécessaires pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avec un médecin parlant le turc dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'arrêt. L'OAI a mis en œuvre une expertise interdisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, auprès du Centre d'expertise médicale de Genève. L'expertise s'est déroulée avec l'aide d'une traductrice qui s'était dite être une amie de longue date. Dans son rapport du 15 septembre 2005, le consilium des experts a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant et des troubles statiques et dégénératifs légers de la colonne lombaire. Il a relevé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail: épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique en rémission incomplète, correspondant actuellement à un épisode léger à moyen, séquelles d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche, goitre nodulaire euthyroïdien, micro-adénome hypophysaire traité et hypertension artérielle traitée. L'assurée présentait un état douloureux chronique se manifestant sous forme de céphalées continues de type tensionnel, de cervico-brachialgies gauches et de lombalgies irradiants dans le membre inférieur gauche. Pour des raisons somatiques, les experts ont estimé que l'activité d'aide de cuisine n'était plus exigible. Toutefois, une activité moyenne sans position statique prolongée sollicitant le tronc, telle que la flexion

prolongée, était exigible du point de vue rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, le collège d'experts a admis qu'il existait un état dépressif qui avait évolué dans le temps. La dysthymie évoluait vers une résolution avec des symptômes résiduels de type tristesse. Cette atteinte n'entravait pas la capacité de travail et, au moment de l'expertise, l'assurée possédait les ressources psychiques pour affronter son état douloureux. Les experts ont cependant indiqué que, "Comme l'a montré l'évolution, son état n'est pas stabilisé et la possibilité d'une récurrence de la dépression n'est pas exclue." Dans l'évaluation psychiatrique, il est relevé que, pour une raison inconnue, son traitement antidépresseur a été réduit de moitié. L'expertisée a par ailleurs déclaré à la Dresse D \_\_\_\_\_, psychiatre au Centre d'expertise médicale, que la problématique dépressive était directement liée à sa souffrance somatique et une conséquence de ses douleurs. Dans la discussion et l'évaluation du cas, la Dresse D \_\_\_\_\_ a notamment mentionné ce qui suit : "Suite à l'arrêt de son activité professionnelle, l'expertisée, illettrée et sans grand intérêt (ni capacités) de suivre les événements du monde extérieurs de sa famille, a commencé à perdre les repères du temps. Lors de l'évaluation actuelle, elle ne peut pas donner la date exacte en ce qui concerne le mois et elle n'a pas pu donner le jour et la date lors de l'expertise du Dr E \_\_\_\_\_. Il s'agit probablement d'un signe de désafférentation sociale plutôt que d'un signe de dépression. L'expertisée ne sort plus de chez elle, souffre de ses douleurs et n'a plus d'activité ou de contact avec le monde extérieur." L'expert psychiatre rejoint l'avis du Dr B \_\_\_\_\_, selon lequel l'assurée a essentiellement adopté une identité d'invalidé dans le contexte du départ de ses enfants et d'une perte de son identité de mère. Par courrier non daté, le Dr C \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur l'expertise interdisciplinaire. Selon ce médecin, sa patiente était totalement incapable de travailler, tout en relevant que la problématique dépressive était plutôt réactionnelle à son problème physique (tumeur cérébrale et maux de tête non soulageables). Il a persisté à diagnostiquer un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le Dr A \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur l'expertise interdisciplinaire par courrier du 4 mai 2006 au mandataire de l'assurée. Il a considéré que sa patiente était en incapacité totale de travail, même si, d'un point de vue purement physique, elle pourrait théoriquement essayer d'exercer une activité légère. Cependant, en raison de son psychisme, il doutait qu'elle puisse reprendre une telle activité. Selon ce médecin, l'expertise n'avait pas pris en considération l'ensemble des troubles dont sa patiente souffrait, en relevant que les psychiatres traitants parlaient d'épisodes dépressifs sévères. Vu la non amélioration de la symptomatologie dépressive, il fallait considérer que cette dépression avait un caractère chronique récidivant. En outre, les points douloureux de son dos correspondaient à des points de fibromyalgie. Enfin, depuis le début de l'année 2006, son état psychique s'était dégradé. Par décision du 25 mai 2007, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente. Dans le cadre du recours contre cette décision, le Tribunal cantonal des assurances sociales a mis en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et l'a confiée au Dr F \_\_\_\_\_ à Bienne qui parle le turc. Dans son rapport du 10 novembre 2008 contresigné par le Dr G \_\_\_\_\_, l'expert judiciaire a relevé dans les plaintes subjectives que la requérante se plaignait d'angoisses journalières, de douleurs au cou et de fatigue accrue. Elle se sentait démunie par le fait que son état de santé psychique et physique l'avait obligée à arrêter de travailler, sa confiance en elle était diminuée et elle avait des sentiments pessimistes face à son avenir. A l'examen clinique, elle était bien orientée dans les quatre dimensions. L'humeur était abaissée et elle présentait un ralentissement psychomoteur, ainsi qu'une diminution de la concentration et de l'attention. Elle confondait souvent les dates et était

peu sûre de la chronologie des évènements. La fixation de la mémoire était perturbée à cause de la diminution de la concentration. Elle se sentait culpabilisée et inutile à cause de sa maladie. Le sommeil était perturbé. Au test psychologique BECK-21 et Hamilton, le score était de respectivement 29 et 41, ce qui situait l'intensité de la dépression entre moyenne et grave. L'expert judiciaire en a conclu qu'elle se trouvait dans un état dépressif moyen. Il a émis le diagnostic de "trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome dépressif" (sic). L'expert a en outre mentionné qu'il ressortait de son anamnèse que la recourante avait des problèmes psychiques depuis de nombreuses années, mais que les troubles ne l'avaient pas empêchée de travailler jusqu'en 1999, année depuis laquelle elle était en traitement psychiatrique. Sa capacité de travail était nulle. Quant au pronostic, il a relevé que le fait de ne pas être apte à travailler constituait une blessure narcissique pour l'expertisée et que, dans ces conditions, elle pourrait être doublement motivée pour sortir de son état actuel. Le trouble dépressif n'était pas réactionnel à un éventuel syndrome somatoforme douloureux persistant, mais accompagnait au contraire un tel syndrome. Dans les limitations fonctionnelles, l'expert a mentionné un abaissement de l'humeur, un grave trouble de la concentration et de l'attention, une perturbation de la mémoire et une diminution de la confiance en soi avec des idées de culpabilité. A son avis, sa capacité de travail n'avait pas changé depuis 1999. Le traitement était adéquat. A la question de savoir pourquoi la symptomatologie dépressive perdurait, en dépit d'un traitement médical optimal, une bonne compliance, l'expert a répondu qu'il s'agissait d'une femme qui ne savait ni lire, ni écrire et que le fait de travailler et gagner de l'argent était une valorisation narcissique pour elle. Son incapacité de travail a provoqué une blessure narcissique. Selon l'expert, la désorientation constatée était le symptôme d'un trouble dépressif moyen grave. Enfin, le Dr F \_\_\_\_\_ fait observer que l'expertise psychiatrique par la Dresse D \_\_\_\_\_ avait été faite en septembre 2005 et que l'expertisée s'était éventuellement trouvée dans un état dépressif léger à ce moment. Il a enfin relevé le bon contact avec ses enfants et que l'expertisée avait très bien accepté leur départ de la maison. Selon le courrier du 7 décembre 2008 du Dr A \_\_\_\_\_ au mandataire de l'assurée, ce médecin partageait les conclusions de l'expert judiciaire. Il a également estimé que la recourante souffrait d'une dépression chronique l'empêchant de travailler à 100%. Son faciès était dépressif et elle était introvertie. Même si elle le connaissait depuis quatorze ans et pouvait s'exprimer dans sa langue maternelle avec lui, elle était restée réservée, méfiante et discrète comme relevé dans l'expertise judiciaire. Son comportement ne dépendait pas de sa personnalité, mais de sa pathologie. Elle était profondément triste et perturbée. A cela s'ajoutaient notamment un trouble somatoforme douloureux et des cervicalgies en partie également dues à un trouble statique et dégénératif. Les lombosciatalgies gauches étaient probablement à attribuer en partie à des discopathies L4-L5 et L5-S1. Sa patiente avait aussi subi la pose de stents coronariens pour angor et coronarthropathie ischémique (le 19 mars 2007 sur la coronaire droite et le 12 mars sur l'IVA). Depuis lors, sa peur de mourir, ses angoisses et oppressions thoraciques anxiogènes avaient augmenté. Elle était par ailleurs suivie depuis de nombreuses années pour un prolactinome, qui lui provoquait des céphalées et des troubles visuels, pour un reflux gastro-œsophagien et une hypertension. Selon le résumé du séjour du 20 août 2008 du Département psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assurée y a été hospitalisée du 30 juillet au 20 août 2008. Les Drs H \_\_\_\_\_, I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. A cela s'ajoutait un syndrome douloureux somatoforme résistant, un probable syndrome de Ganser,

un infarctus du myocarde en mars 2007, un prolactinome hypophysaire, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie. La raison de l'hospitalisation était le risque d'incapacité de s'occuper d'elle-même dans un contexte de symptomatologie dépressive depuis plusieurs mois et d'épisodes de confusion apparente depuis quelques semaines. L'un des fils avait décrit une dégradation cognitive de sa mère, notamment des épisodes de confusion avec désorientation spatio-temporelle, depuis son infarctus en mars 2007. Dans ce contexte, elle avait été adressée au Centre de thérapies brèves (CTB) des Pâquis pour une prise en charge, en date du 17 juillet 2008. Deux jours plus tard, elle présentait un vertige avec chute et perte de connaissance, raison pour laquelle elle a été amenée aux Urgences où un hémisyndrome moteur gauche a été mis évidence. Elle a ensuite été hospitalisée au Service de neurologie des HUG pour investigations de l'hémisyndrome sensitivo-moteur et les malaises d'origine indéterminée. Face à la persistance de malaises et la suspicion d'une origine psychogène au tableau clinique (syndrome de conversion), la patiente a été adressée à l'Unité de psychiatrie hospitalière adulte (UPHA). Les psychiatres ont en outre relevé ce qui suit : "Sur le plan psychiatrique, la désorientation spatio-temporelle présente à l'admission s'amende rapidement. La thymie reste triste durant tout le séjour avec, lors des entretiens, difficultés à élaborer à ce sujet. En fin de séjour, un entretien avec le mari en présence d'un interprète a pu se faire, avec insistance, et nous n'avons que pu constater l'absence de communication possible à ce moment entre eux (le mari n'a jamais regardé son épouse durant l'entretien, ne lui a pas adressé la parole, malgré le fait qu'il venait lui rendre visite régulièrement à l'hôpital). Mme Y\_\_\_\_\_ souffre de sa relation avec son époux, mais est possiblement trop dépendante de cette relation pour envisager une modification de cette dernière. Il a été constaté clairement qu'une partie des syndromes présentés par la patiente est en lien avec des difficultés psychiques, ce qu'elle reconnaît parfaitement elle-même. Son mari par contre ne peut admettre une telle hypothèse et le fait qu'une origine somatique n'ait pas été mise en évidence." Les nombreux examens neurologiques et somatiques n'avaient pas permis de mettre en évidence une cause somatique de l'hémisyndrome sensitivo-moteur gauche. Pour les fortes douleurs de l'hémicorps gauche, une consultation de la douleur a eu lieu qui a proposé d'introduire un traitement anti-inflammatoire avec physiothérapie. Lors de son hospitalisation, une évaluation neuropsychologique a été réalisée en juillet et août 2008. Selon le rapport du 14 août 2008, le premier examen, effectué en français, avait été limité en raison du comportement de l'assurée qui se présentait comme confuse. Le second examen a eu lieu dans sa langue maternelle avec un interprète. Le tableau mis en évidence traduisait une amélioration des performances comparativement au bilan de juillet 2008. Ce tableau était peu évocateur d'une souffrance cérébrale et il n'y avait pas de signes de latéralisation dans les résultats. Le comportement de l'assurée était méfiant face à l'examen et les performances parfois peu cohérentes. Ces aspects pouvaient évoquer des éléments de conversion. Dans son courrier du 2 mars 2009 au Tribunal cantonal des assurances sociales, le Dr C\_\_\_\_\_ a expliqué que la recourante suivait un traitement antidépresseur (Efexor) et neuroleptique (Risperdal). Sa compliance était bonne, après vérification par une analyse de sang. Les séances de psychothérapie avaient lieu une fois toutes les deux semaines. Elle souffrait d'un état dépressif chronique moyen à sévère depuis des années, sans phase de rémission. La cause de la dépression était plutôt indéterminée, à savoir "endogénique" (sic), et non pas réactionnelle. Dans ces conditions, son état psychique pouvait s'aggraver avec n'importe quel problème physique. Ainsi, suite à son problème cardiaque et son opération en mars 2007, son état psychique s'était progressivement aggravé et elle a présenté un état

confusionnel à plusieurs reprises avec une désorientation dans le temps et dans l'espace, un manque de concentration et des troubles de la mémoire, à tel point qu'elle avait dû être hospitalisée en admission non volontaire dans le Département psychiatrique. Enfin, le Dr C \_\_\_\_\_ a fait observer que sa patiente n'a jamais présenté d'évolution favorable jusqu'à présent et que le pronostic n'était pas bon. Par arrêt du 8 avril 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour procéder à une révision. Ce faisant, il s'est fondé sur l'expertise du 15 septembre 2005, tout en attribuant une valeur limitée à l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_. Il a considéré qu'à la date de l'expertise pluridisciplinaire, l'assurée ne présentait aucune atteinte psychiatrique invalidante et que les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissaient au premier plan. Le trouble somatoforme douloureux persistant ne remplissait pas les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître un caractère invalidant. Il a toutefois admis qu'il résultait des rapports médicaux postérieurs à l'expertise du Centre d'expertise médicale du 15 septembre 2005 et à la décision querellée que l'état psychique de la recourante s'était aggravé. Dans son rapport du 10 août 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ a repris les diagnostics précédemment émis. La médication actuelle consistait en Efexor 150 mg et Risperdal 1mg. La capacité de travail était nulle depuis le 11 janvier 1999 à ce jour. Selon le rapport du 26 août 2009 du Dr A \_\_\_\_\_, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble somatoforme douloureux, d'une probable fibromyalgie, d'une anxiété généralisée, de cervicalgies sur troubles statiques et dégénératifs et d'une lombalgie sur discopathie L4-L5 et L5-S1. Sa capacité de travail était nulle depuis le 11 janvier 1999 pour une durée indéterminée. Selon le rapport du 19 octobre 2009 relatif à une IRM du rachis cervical effectuée le 16 octobre 2009, cet examen ne révélait aucune lésion du rachis cervical, notamment pas de canal cervical étroit ou de sténose foraminale pour expliquer la symptomatologie algique de la patiente. Le 6 novembre 2009, le Dr K \_\_\_\_\_, cardiologue, a attesté que la coronarographie effectuée le 5 novembre 2009 avait mis en évidence la progression de la maladie coronarienne, nécessitant une augmentation du traitement médical. A la même date, le Dr K \_\_\_\_\_ a également informé le Dr A \_\_\_\_\_ de la progression de la maladie coronarienne, mais que les lésions étaient actuellement non significatives et ne nécessitaient pas une implantation de stents ou une angioplastie. Il proposait ainsi de continuer le traitement médical identique et d'augmenter la prise de certains médicaments selon la demande lors de crises d'angor. Dans son courrier du 3 mars 2011 à l'OAI, le Dr K \_\_\_\_\_ a certifié, sur la base d'un test d'effort, que les capacités fonctionnelles de l'assurée étaient très limitées. Son traitement consistait en bêta-bloqueurs qui faisaient également obstacle au niveau de la fatigue à l'effort. Mais il s'agissait d'un traitement nécessaire à la pathologie coronarienne. Dans son avis médical du 23 mai 2011, la Dresse L \_\_\_\_\_ du Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) admet notamment que le traitement par bêta-bloqueurs contribue à augmenter la fatigabilité à l'effort. Le caractère durable de l'aggravation de l'état psychique ne pouvant être déterminé et au vu des pathologies somatiques ce médecin a jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. En juillet et août 2011, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (CEMed) par les Drs M \_\_\_\_\_, psychiatre, N \_\_\_\_\_, neurologue, et O \_\_\_\_\_, cardiologue, ainsi que Madame WW \_\_\_\_\_, neuropsychologue. Dans leur rapport du 2 décembre 2011, les experts n'ont posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur celle-ci : syndrome douloureux et troubles sensitivomoteurs sans substrat somatique objectivable, syndrome

douloureux somatoforme persistant, infarctus sans élévation du segment ST en 2007, angioplastie et stent sur la coronaire droite en 2007, angioplastie et pose de stent sur l'artère inter ventriculaire antérieure (IVA) en 2007, hypertension artérielle et dyslipidémie. Il n'y avait pas de limitations ni au niveau physique ni psychique. La capacité de travail était ainsi de 100 %. Sur le plan neurologique, l'expert a constaté que l'examen clinique était caractérisé par des troubles sensitivomoteurs atypiques et l'absence de substrat somatique notamment neurologique évident. Par ailleurs, les éléments anamnestiques, les constatations cliniques, ainsi que le résultat des examens complémentaires notamment des examens radiologiques ne permettaient pas de mettre en évidence une atteinte neurologique centrale ou périphérique expliquant les plaintes de l'assurée. Sur le plan cardiologique, l'assurée a présenté un infarctus NSTEMI en 2007 avec très peu de conséquences cardiaques, puisque sa fonction ventriculaire gauche était normale. L'ergométrie n'avait pas mis en évidence d'ischémie myocardique, mais l'aptitude physique faible était faible. Il n'y avait pas de contre-indication cardiologique à une activité professionnelle, mais probablement des limitations fonctionnelles en raison de l'aptitude physique moyenne (activité sédentaire ou efforts légers). Sur le plan neuropsychologique, il y avait des facteurs d'ordre motivationnel et/ou psychique, notamment d'exagération qui influençaient significativement le degré de collaboration de l'assurée à l'examen et se répercutaient sur son niveau de performance aux tests peu représentatifs de ses capacités et difficultés réelles. Les déficits cognitifs ne pouvant être codifié de manière fiable, aucune incapacité de travail pouvait être reconnue en raison de ceux-ci. Au niveau psychiatrique, il était relevé que l'assurée avait commencé à souffrir de syndromes dépressifs en réaction aux douleurs. De ce fait, le diagnostic d'une maladie psychiatrique autonome, parallèlement à celui d'un trouble somatoforme douloureux, ne se justifiait pas. Selon l'expert psychiatre, la persistance de syndromes dépressifs sévères pendant plusieurs années dans un cadre ambulatoire paraissait peu probable. Les symptômes dépressifs observés en 2008 lors du seul traitement psychiatrique stationnaire ne dépassaient par ailleurs pas le degré de sévérité d'un épisode dépressif moyen. Déjà lors de cette hospitalisation, l'assurée avait présenté des syndromes cognitifs incohérents, comme lors de la présente expertise. Elle avait montré à l'époque un manque d'implication, donnant souvent des réponses laconiques et peu informatives, ce qui avait pu évoquer le diagnostic d'un trouble de conversion. Cependant, indépendamment du fait qu'un tel diagnostic demandait une relation temporelle étroite avec un événement traumatique, ces symptômes étaient habituellement caractérisés par une amélioration en quelques semaines ou quelques mois. La performance cognitive de l'assurée était quasi superposable aux tests neuropsychologiques de 2008. Les symptômes présentés par l'assurée dans le cadre des examens contrastaient en outre avec des informations fournies par le Dr C \_\_\_\_\_ concernant la capacité de la patiente de faire face aux exigences de la vie quotidienne et d'accompagner son fils toxicomane en Turquie au vu d'un sevrage (d'août 2010 à janvier 2011). Ainsi, l'anamnèse et le tableau clinique n'étaient pas compatibles avec la persistance d'un trouble de conversion. L'attente d'un important bénéfice secondaire pouvait expliquer l'adoption d'une identité d'invalidé, comme déjà décrit par le Dr B \_\_\_\_\_ en 2002. L'assurée ne présentait pas non plus de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ayant conservé des relations proches et stables avec les différents membres de la famille. Elle avait en outre fait preuve de ressources personnelles en se rendant en Turquie pendant plusieurs mois pour soutenir son fils toxicomane, de sorte qu'un état psychique cristallisé devait également être écarté. Dans son avis médical du 8 mars 2012, la Dresse L \_\_\_\_\_ a constaté, sur la base de

l'expertise CEMed, qu'aucune aggravation durable n'était survenue après le 25 mai 2007. Le 21 mars 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Par courrier non motivé du 30 mars 2012, l'assurée a contesté ce projet. Par décision du 30 avril 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision précité. Par acte du 31 mai 2012, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du mois de mars 2008, sous suite de dépens. Le 20 août 2012, elle complète son recours. Elle relève notamment que le Tribunal cantonal des assurances sociales a considéré qu'à partir de mars 2007 un substrat médical était indéniable et que la gravité du trouble dépressif ne rendait plus exigible l'exercice d'une activité professionnelle, ce qui ne saurait être remis en cause. Se fondant sur un rapport du 10 août 2012 du Dr C \_\_\_\_\_, elle soutient en outre que le trouble dépressif sévère chronique depuis de nombreuses années est avéré. La symptomatologie anxio-dépressive importante n'a jamais varié. Par ailleurs, selon le Dr C \_\_\_\_\_, le trouble dépressif récurrent est indépendant du syndrome douloureux somatoforme persistant. Il estime qu'il y a une comorbidité psychiatrique suffisante au trouble somatoforme douloureux, notamment un syndrome de conversion. En ce que l'expertise du CEMed semble écarter ce diagnostic, sa motivation est lacunaire. Quant aux autres critères, ils sont également remplis, dans la mesure où elle présente des affections corporelles chroniques constatées notamment par le Dr A \_\_\_\_\_ et le CEMed, à savoir des troubles statiques dégénératifs de la colonne cervicale entraînant des cervicalgies et des lombosciatalgies dues à des discopathies. Selon le rapport du CEMed du 15 septembre 2005, les seuls troubles physiques entraînent une invalidité d'environ 20%. Elle souffre aussi de graves problèmes d'origine cardiaque. Le processus malade s'étend sur plusieurs années, soit depuis 1999, et ce sans rémission durable, la symptomatologie ne cessant d'évoluer négativement. La recourante juge que son état psychique est à l'évidence cristallisé, aucune évolution n'étant possible au plan thérapeutique. Par ailleurs, ce n'est pas un bénéfice secondaire qu'elle tire éventuellement de la maladie, comme retenu dans l'expertise du CEMed du 2 décembre 2012, mais bien un profit primaire comme cela est mentionné dans l'expertise de 2005, dans la mesure où elle n'entend pas profiter consciemment de sa situation, mais se réfugie inconsciemment dans la maladie. Elle s'est par ailleurs retirée de toute vie publique, comme constaté dans les divers rapports médicaux. Enfin, il y a un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art. La recourante met en outre en exergue que le Dr K \_\_\_\_\_ a constaté le 6 novembre 2009 une progression de la maladie et un état cardiaque aggravé. Le 21 juin 2010, il fait état d'une aggravation de l'angor et d'une progression de la maladie coronaire. Le 3 mars 2011, il atteste une capacité fonctionnelle très limitée et signale pour le surplus que le traitement médical, consistant en bêta-bloqueurs, fait obstacle au niveau de la fatigue à l'effort. Le SMR a également reconnu, dans son avis médical du 27 mars 2011, que ce traitement contribuait à augmenter la fatigue à l'effort. Ainsi, la recourante juge surprenant que l'expertise du CEM écarte tout problème sur le plan cardiologique, même si une aptitude physique faible lui est reconnue. Elle soutient qu'il y a lieu de lui reconnaître une incapacité de travail totale sur la base du rapport du Dr K \_\_\_\_\_, ou du moins lui reconnaître une aptitude physique faible. Or, pour une personne qui ne peut exercer qu'une activité professionnelle physique, une aptitude physique faible présente un caractère d'invalidité justifiant l'octroi d'une rente. Cette aptitude physique faible s'additionne par ailleurs aux restrictions préconisées sur le plan physique à cause des autres problèmes, notamment des dorsolombalgies et des cervicalgies. La recourante persiste ainsi dans ses

conclusions. Préalablement, elle requiert l'audition des Drs C \_\_\_\_\_, A \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_. Dans son courrier du 10 août 2012 adressé au mandataire de la recourante, produit avec le recours, le Dr C \_\_\_\_\_ reprend pour l'essentiel ses rapports médicaux précédents. Le 30 août 2012, la Dresse L \_\_\_\_\_ du SMR se prononce sur le recours. Selon ce médecin, le Dr C \_\_\_\_\_ ne fait état d'aucun élément nouveau. Sur le plan cardiologique, la recourante a bénéficié d'une évaluation complète dans le cadre de l'expertise CEMed. L'échographie cardiaque effectuée dans le cadre de cette expertise n'a montré aucune anomalie et le test d'effort s'est révélé négatif pour une ischémie. Seul un déconditionnement a été mis en évidence, lequel est réversible après reconditionnement de deux à trois mois, comme mentionné dans l'expertise. Le test d'effort est par ailleurs superposable à celui réalisé le 9 novembre 2012 par le Dr K \_\_\_\_\_, ce qui démontre une situation stationnaire sur le plan fonctionnel. Sur la base de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed et de l'avis médical du SMR, l'intimé conclut le 17 septembre 2012 au rejet du recours. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige est la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé durablement depuis la décision du 25 mai 2007 au point de provoquer une invalidité lui ouvrant le droit à une rente. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Quant au point de départ temporel pour l'examen des modifications du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, en changeant sa jurisprudence antérieure, qu'il convient de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci 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 (ATF 133 V 108 page 110 ss consid. 5). 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<sup>er</sup> janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 er 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 ). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que

des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 ). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4 e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 er 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 encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, 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 ; VSI 2000 p. 155 consid. 3). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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. 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). e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, suite à la constatation par le Tribunal cantonal des assurances sociales que l'état de santé de la recourante s'était aggravé, et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, la recourante a été soumise à une nouvelle expertise multidisciplinaire. Celle-ci remplit en principe tous les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été rendue en connaissance du dossier médical complet, prend en considération les plaintes de la recourante et repose sur les examens approfondis de plusieurs experts. Selon les conclusions de ceux-ci, dans leur rapport du 2 décembre 2011, la recourante ne présente aucune atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail sur les plans neurologique, cardiologique, neuropsychologique et psychiatrique. De façon convaincante, les experts exposent pourquoi ils ne retiennent aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail. Il ressort notamment des examens neurologiques, qu'il n'y a aucune atteinte neurologique centrale ou périphérique expliquant les plaintes de la recourante. Sur le plan cardiologique, une échocardiographie et un test à l'effort ont été effectués. Ces examens ont mis en évidence une bonne fonction ventriculaire gauche, des cavités cardiaques de tailles normales et l'absence de valvuloplastie significative. Le test à l'effort a toutefois démontré une aptitude physique moyenne. La recourante était restée asymptomatique et n'avait pas eu de modification électro cardiographique. Par conséquent, il n'existe pas de contre-indication cardiologique à une activité professionnelle. Probablement il y a des limitations fonctionnelles en raison de l'aptitude physique moyenne. En effet, un déconditionnement physique, néanmoins compatible avec une activité sédentaire et des efforts légers, réversible après reconditionnement, est constaté. Certes, les constatations de l'expert cardiologue semblent être en contradiction avec celles du Dr K\_\_\_\_\_, lequel a considéré, dans son rapport du 3 mars 2011, que les capacités fonctionnelles de la recourante étaient très limitées, alors même que le résultat du test d'ergométrie qu'il avait effectué en novembre 2011 est quasiment superposable à celui effectué dans le cadre de l'expertise, où il a été constaté que le test d'effort maximal est cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie du myocarde, qu'il n'y a pas d'arythmie, que le comportement tensionnel est normal et que l'aptitude physique est moyenne. Dans son rapport, le Dr K\_\_\_\_\_ avait par ailleurs constaté que le test d'effort montrait une stabilité clinique sous traitement

médical. Il s'avère ainsi que seule l'interprétation de ces examens est divergente. Au vu de certaines incohérences mises en évidence dans le dossier, il ne peut toutefois être exclu que la recourante se soit autolimitée au test d'effort, ce qui pourrait expliquer ses mauvaises performances, comme la Dresse L\_\_\_\_\_ l'a exposé dans son avis médical du 23 mai 2011. Il semble de surcroît que la mauvaise performance soit essentiellement le résultat d'un déconditionnement qui est réversible. Enfin, il sied également de tenir compte du fait que l'avis du médecin traitant peut être influencé par une trop grande proximité avec le patient, ce qui diminue la valeur probante de son appréciation par rapport à celle d'un expert indépendant. Partant, avec l'expert cardiologue, la Cour de céans estime qu'il n'y a aucune incapacité de travail, du moins dans une activité légère, sur le plan cardiologique.. Sur le plan neuropsychologique, les performances à l'examen effectué dans la dernière expertise du CEMed sont globalement superposables à celles mises en évidence lors du bilan neuropsychologique de 2008. Il n'y a notamment pas d'indice psychométrique en faveur d'une pathologie cérébrale dégénérative à l'origine de troubles cognitifs. L'analyse approfondie du profil psychométrique a révélé plusieurs éléments incohérents faisant suspecter des facteurs d'ordre motivationnel et/ou psychique, notamment d'exagération, influençant significativement le degré de collaboration de la recourante à l'examen et se répercutant sur son niveau de performance au test. Ceux-ci sont donc peu représentatifs de ses capacités et difficultés réelles. Ainsi, les déficits cognitifs ne peuvent pas être quantifiés de manière fiable. Cette évaluation emporte la conviction de la Cour de céans. Elle n'est d'ailleurs contestée par aucun autre examen neuropsychologique. Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a retenu un trouble somatoforme douloureux. A cet égard, il a constaté que la recourante avait commencé à souffrir de symptômes dépressifs en réaction à ce trouble. Il est par ailleurs mentionné, sous « données subjectives » que sa souffrance reste dominée par les douleurs, la recourante précisant qu'elle se perd dans celles-ci (p. 6 de l'expertise). Elle se plaint à cet égard de rachialgies cervico-dorsolombaires avec des douleurs au niveau des quatre extrémités, ainsi que de troubles sensitivomoteurs intéressant particulièrement le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit, avec des paresthésies au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Les experts mentionnent qu'elle décrit une évolution marquée par des douleurs persistantes en réaction à des états dépressifs d'une intensité fluctuante. Lorsqu'elle est interrogée sur ses plaintes par l'expert psychiatre, elle exprime également souffrir de beaucoup de douleurs, notamment dans la nuque et qu'elle doit prendre un traitement contre la prolactine, afin de traiter une tumeur cérébrale. Au vu de ces constatations, il paraît effectivement hautement probable que le trouble dépressif est réactionnel au trouble somatoforme douloureux, de sorte que la symptomatologie dépressive ne peut faire l'objet d'un diagnostic séparé, selon la jurisprudence. Par ailleurs, il apparaît que l'aggravation survenue en 2008 n'était que passagère et que l'état psychique s'est plutôt amélioré depuis lors. Selon les renseignements recueillis par l'expert psychiatre auprès du Dr C\_\_\_\_\_, la recourante est notamment très contente du sevrage de son fils depuis son retour de la Turquie en janvier 2011. L'expert psychiatre explique en outre pourquoi il n'a pas retenu un trouble de conversion qui avait été diagnostiqué par les médecins des HUG dans leur rapport du 20 août 2008. Il admet que le manque d'implication avec des réponses laconiques et peu informatives peut évoquer un diagnostic de conversion, par exemple celui d'un syndrome de Ganser (réponses à côté). L'expert psychiatre estime cependant, en se fondant sur la CIM-10, qu'il faut la mise en évidence d'une relation temporelle étroite avec un événement traumatique et que les symptômes sont habituellement caractérisés par une amélioration en quelques semaines ou

mois. Même si cela ne semble pas ressortir de ce dernier ouvrage, selon les constatations de la Cour de céans, il convient néanmoins de retenir avec la Dresse L. \_\_\_\_\_ que la persistance d'un tel syndrome n'est pas compatible avec notamment le fait que la recourante a pu se rendre pendant plusieurs mois en Turquie, en vue du sevrage de son fils toxicomane. De surcroît, du fait des incohérences relevées lors des évaluations neuro-psychologiques, un tel diagnostic paraît peu probable. En effet, l'assurée s'était montrée plus performante dans des conditions difficiles que dans des conditions faciles, répondant mieux aux items complexes qu'aux items simples des tests. Reste à examiner si la recourante remplit les autres critères permettant de considérer que le trouble somatoforme douloureux présente un caractère invalidant. Même si la recourante n'a essentiellement des contacts qu'avec ses proches, il ne peut être considéré de ce fait qu'elle subit une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie. Quant aux affections corporelles chroniques, il est vrai qu'elle a subi un infarctus et que son aptitude physique est jugée moyenne par l'expert cardiologue. Cela peut être considéré comme une limitation fonctionnelle pour des travaux physiques lourds, mais non pas pour une activité sédentaire légère. Les autres affections chroniques dont fait état la recourante dans ses écritures, n'engendrent pas de limitations fonctionnelles, selon les experts. Or, en l'absence d'une telle limitation, le critère d'affection corporelle chronique ne peut être considéré comme étant réalisé (cf. notamment ATFA du 12 juin 2006 cause I 317/05). S'agissant de la durée du processus maladif, en ce qui concerne les problèmes cardiaques, il y a lieu de considérer qu'il y a une amélioration, l'infarctus ayant eu finalement très peu de conséquences cardiaques, selon l'expert cardiologue du CEMed (page 20 de l'expertise CEMed). Concernant l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, l'expert psychiatre du CEMed a mis à raison en évidence que la recourante dispose de ressources, dans la mesure où elle a pu accompagner son fils toxicomane d'août 2010 à novembre 2011 en Turquie. Ce critère n'est donc pas réalisé. Enfin, il convient de relever que le profil des performances mis en évidence dans l'examen neuropsychologique s'avère peu cohérent, ce qui, selon la jurisprudence, constitue un indice que les douleurs sont surmontables par un effort de volonté, voire doivent être relativisées. Cela étant, un caractère invalidant ne peut être reconnu au trouble somatoforme douloureux. Partant, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expertise du CEMed, selon lesquelles la recourante présente une capacité de travail entière. Aucune aggravation durable de son état de santé, par rapport à celui à l'époque de la première décision de refus, ne peut donc être admise. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Il est à noter cependant qu'en raison de facteurs qui ne peuvent être pris en considération par l'assurance-invalidité, à savoir notamment l'âge (60ans), l'illettrisme et la méconnaissance du français, il apparaît aujourd'hui que la reprise d'une activité professionnelle n'est guère possible. Cela pourrait être pris en compte dans le cadre des prestations complémentaires pour évaluer le revenu hypothétique de la recourante, étant rappelé que son mari est au bénéfice d'une rente d'invalidité. Dans la mesure où la recourante plaide au bénéfice de l'assistance juridique, la Cour de céans renonce à mettre un émolument de justice à sa charge. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à mettre un émolument de justice à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours

doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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