

GE_GERICHTE A/2020/2018 vom 11. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2020_2018

FR: GE_GERICHTE A/2020/2018 du 11 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/2020/2018 del 11 giugno 2019

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-Alain BRON recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1962, de nationalité espagnole, est arrivée en Suisse en 1983. Au bénéfice d'un permis, elle a travaillé comme aide-cuisinière dans l'hôtellerie et la restauration. 2. Après son mariage en 1986, elle s'est installée définitivement à Genève où elle a exercé diverses activités professionnelles. Depuis le 10 octobre 1988, elle a travaillé comme ouvrière au département maroquinerie B_____ SA, d'abord à l'usine, puis à domicile dès la naissance de sa fille en 1995, selon des horaires variables. Elle complétait cette activité par des travaux de nettoyage le soir pour le compte de diverses entreprises, la dernière étant C_____ SA, depuis le 4 janvier 2001. 3. Le 7 novembre 2001, à la suite d'un incident dans les locaux où elle effectuait des travaux de nettoyage, l'intéressée a été licenciée avec effet immédiat par C_____ SA. Dès cette date, l'intéressée a cessé toute activité lucrative. 4. Dans un rapport du 16 janvier 2002 à l'attention de La Bâloise, assurance perte de gain, le docteur D_____, médecin traitant, a indiqué que sa patiente souffrait de gastrite depuis octobre 2001. Le 7 novembre 2001, l'assurée avait présenté de fortes douleurs épigastriques accompagnées de nausées et de vomissements. Des douleurs lombaires avec blocage étaient apparues depuis le 14 novembre 2001. L'intéressée avait été en arrêt de travail à 100 % depuis le 7 novembre 2001. Dans un second rapport du 30 octobre 2002, il a indiqué que l'intéressée souffrait de céphalées, avec nausées et vomissements, d'hypertension, de gastrite récidivante, de dystonie neuro-végétative, d'un état dépressif et de PSH de l'épaule droite. 5. Le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport à l'assurance La Bâloise le 4 novembre 2002. Il a indiqué que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique selon CIM-10 F33.11 et qu'elle était en incapacité de travail à 100 % depuis le 27 mai 2002. 6. L'intéressée a déposé une demande de prestations en date du 16 décembre 2002 auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), visant à l'octroi d'une rente. 7. Dans son rapport à l'OAI du 25 mars 2003, le Dr D_____ a posé les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : fibromyalgie, HTA labile, céphalées avec nausées et vomissements, état dépressif, PSH épaule droite et syndrome vertébral dorso-lombaire. Il a aussi noté le diagnostic de status post-opératoire pour cure de hernie hiatale en 1996, sans influence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail en tant que nettoyeuse et ouvrière était de 100 % dès le 7 novembre 2001. Il a exposé que depuis 1995, la patiente avait présenté un syndrome cervical récidivant, puis un syndrome dorso-lombaire, de fréquentes crises migraineuses avec nausées et vomissements, une fibromyalgie avec douleurs diffuses et un état dépressif, nécessitant des arrêts de travail de

plus ou moins courte durée. 8. Le 20 mai 2003, le Dr E_____ a établi un rapport à l'OAI. Il a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11), événement entraînant une perte de l'estime de soi pendant l'enfance (Z61.3), surveillance inadéquate de la part des parents (Z62.0) et myocardite aiguë survenue le 14 mars 2003, hospitalisée aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 7 novembre 2001, pour des raisons psychiques uniquement. 9. Le 4 février 2004, le Dr D_____ a relevé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire. Il a joint un rapport du 31 mars 2003 établi par le docteur F_____, spécialiste FMH en cardiologie, aux termes duquel la patiente a présenté une myocardite en mars 2003 dont l'évolution avait été favorable sous traitement. 10. Dans un rapport intermédiaire du 25 février 2004, le Dr E_____ a relevé que l'état de santé de la patiente était stationnaire et que l'incapacité de travail, en raison des troubles psychiques, était de 50 % en tant que nettoyeuse ou dans une activité semblable. 11. Le 26 janvier 2005, l'intéressée a été examinée par les docteurs G_____, rhumatologue, et H_____, psychiatre, du service médical régional (ci-après : SMR). À l'anamnèse, les médecins ont relevé l'apparition de céphalées depuis 1984, qui avaient augmenté d'intensité depuis 1994, avec des troubles visuels. L'assurée avait essayé de nombreux médicaments. Le 7 novembre 2001, alors qu'elle était allée chercher un verre de lait pour éteindre la fumée qui s'échappait du mélange de produits de nettoyage, elle avait été accusée de vol par la sécurité et licenciée sur le champ. Traumatisée, elle avait donné son congé le jour même à l'usine de maroquinerie et n'a plus repris d'activité. À cette période, des symptômes anxieux et dépressifs étaient apparus. Au status, il n'y avait pas de limitation de mouvement, et, sur le plan psychiatrique, pas de troubles de l'attention ni de la concentration, mais une certaine anhédonie, ainsi qu'une diminution de la vie sociale et des loisirs. Les diagnostics de migraines avec aura et de trouble de l'adaptation et réaction mixte anxieuse et dépressive avaient été posés, avec répercussion sur la capacité de travail. Les autres diagnostics, hypertension artérielle, obésité et changements dans les relations familiales pendant l'enfance n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Dans leur appréciation du cas, les médecins ne retenaient, sur le plan somatique, que le diagnostic de migraines avec aura comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. La fibromyalgie n'avait pas été retenue, en raison de l'absence de douleur insertionnelle. Sur le plan psychique, l'intéressée, après l'incident du 7 novembre 2001, avait subi un traumatisme de réaction aiguë à un facteur de stress, avec apparition de symptômes anxieux et dépressifs. Le tableau dépressif était assez discordant : la dévalorisation était notamment très importante alors que la thymie était fluctuante. L'élan vital, l'appétit et le sommeil étaient conservés mais une souffrance psychologique était nettement identifiable. La combinaison des symptômes dépressifs et des crises de migraines entraînait une incapacité de travail de 30 %. Dans ses conclusions, le SMR a retenu une incapacité de travail entière depuis le 7 novembre 2001, puis une capacité de travail exigible de 70 % dès le 25 février 2004, dans toute activité. 12. Par décision du 10 mars 2005, l'OAI a accordé à l'assurée une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. 13. L'assurée a formé opposition en date du 6 avril 2005, alléguant que son état de santé actuel ne lui permettait pas de reprendre une activité. Elle a expliqué souffrir de douleurs musculaires, de fortes migraines et de crampes d'estomac lors de situations de stress qui l'empêchaient même de s'occuper de son ménage et de sa famille. 14. Par décision du 28 avril 2005, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée, se référant au rapport d'examen du SMR. 15. Par décision du 24 mai 2005, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité, assortie

de rentes complémentaires pour son époux et ses enfants, du 1^{er} novembre 2002 au 31 mai 2004. Pour la période postérieure au 1^{er} juin 2004, l'OAI a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail de 70 à 72 % dans toute activité, d'où une invalidité de 28 à 30 %, inférieure au minimum légal de 40 %. 16. L'opposition formée par l'assurée le 10 juin 2005 a été rejetée par décision de l'OAI du 25 août 2005, au motif que selon le rapport d'examen du SMR, à partir du 25 février 2004 au plus tard, la capacité de travail de l'assurée était de 70 % dans toute activité. 17. Le recours interjeté par l'assurée le 6 octobre 2005 contre la décision du 25 août 2005 a été rejeté par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui la chambre des assurances sociales de la Cour de justice [ci-après : CJCAS] du 12 avril 2006 (ATAS/366/2006). Le Tribunal cantonal a retenu en substance que le rapport rhumatologique et psychiatrique avait été établi sur la base d'un dossier complet, tenant compte des plaintes de l'assurée et comportant une anamnèse générale et psycho-sociale détaillée. Après avoir procédé à une appréciation consensuelle du cas, les médecins avaient admis que les migraines étaient invalidantes, tout en notant que l'assurée en souffrait déjà depuis de longues années et qu'elle avait néanmoins pu exercer une activité lucrative. Du point de vue psychiatrique, c'était à juste titre que les médecins n'avaient pas tenu compte des carences dues à l'éloignement des parents durant l'enfance de l'assurée, dès lors que les difficultés n'avaient pas empêché l'assurée de travailler durant de nombreuses années. Le SMR avait en outre mentionné que les symptômes dépressifs observés lors de l'examen étaient en partie secondaires au sentiment de dévalorisation lié à l'inactivité professionnelle et qu'il était très important que l'assurée reprenne un travail. 18. Par certificat médical du 7 avril 2010, la doctoresse I_____, médecine générale et consultation migraine et céphalées, a indiqué que l'assurée était suivie à la consultation multidisciplinaire de la douleur depuis le mois de novembre 2008. L'assurée souffrait de céphalées chroniques quotidiennes, avec des crises d'exacerbation qui correspondaient aux critères IHS de migraines sans aura. Les diverses tentatives de traitement de fond médicamenteux n'avaient pas permis d'amélioration. Les céphalées entraînaient une gêne fonctionnelle, et retentissaient sur ses capacités de mémorisation et d'adaptation psychosociale. Une prise en charge globale de cette situation douloureuse chronique était en cours et nécessitait encore des soins prolongés. 19. Par certificat médical du 22 juin 2010, le Dr D_____ a posé les diagnostics suivants : migraine avec aura, troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, fibromyalgie, HTA traitée, syndrome vertébral dorso-lombaire, obésité, myocardite d'origine probablement virale en mars 2003 et status post-cure de hernie hiatale en 1996. 20. En juin 2010, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a indiqué qu'elle souffrait de migraines chroniques, d'auras visuelles et de paresthésies. Elle subissait quotidiennement des pertes de mémoire et avait des difficultés à faire des travaux à domicile. La lumière et le bruit la gênaient beaucoup. Elle ressentait également des douleurs dans le cou qui l'empêchaient de bouger. 21. Par projet de décision du 23 septembre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière. Les nouvelles pièces médicales produites par l'assurée (certificats médicaux des Drs I_____ et D_____) n'apportaient aucun élément prouvant l'aggravation de son état de santé ou une nouvelle atteinte au sens de l'assurance-invalidité. 22. Le 22 octobre 2010, l'assurée a demandé à l'OAI de reconsidérer sa position. Elle a joint à sa demande un courrier de la Dresse I_____ du 18 octobre 2010, faisant état d'une aggravation des douleurs chroniques rebelles de l'assurée. D'après le médecin, les capacités de recherche d'emploi de l'assurée étaient entravées par ses douleurs continues et permanentes. 23. Par décision du 22 novembre 2010, l'OAI a maintenu sa position de refus d'entrer en matière.

24. Le 15 octobre 2015, la Dresse I_____ a précisé que, de 2008 à 2011, elle avait essayé divers traitements médicamenteux de la migraine, mais également une approche par thérapie neurale (approche de neuromodulation par injections d'anesthésiques locaux réalisées par un spécialiste en anesthésie), avec, par périodes, une amélioration partielle et transitoire. Depuis sa prise en charge avec le docteur J_____, psychiatre, en 2012, les céphalées, bien que toujours quotidiennes, semblaient moins envahissantes et contenues en général par les antalgiques spécifiques. L'assurée n'était pas revenue depuis novembre 2013. La Dresse I_____ l'avait revue en août 2015 et n'avait pas jugé nécessaire de modifier ses traitements de la migraine.

25. Dans un rapport médical du 4 novembre 2015, le Dr J_____ a indiqué qu'il suivait l'assurée à la Maison de psychothérapie pluridisciplinaire à Mies depuis février 2011 au rythme d'une à deux séances par mois. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique (F33.11) et sévères céphalées chroniques et quotidiennes. Depuis le début de sa prise en charge, il avait observé une amélioration partielle des céphalées avec des antalgiques spécifiques. Les céphalées étaient devenues un peu moins envahissantes mais n'avaient jamais répondu aux antidépresseurs à visée antalgique. Ces derniers se révélaient peu efficaces également sur le plan de la dépression qui s'était depuis lors chronicisée. L'évolution de l'assurée sur le plan de l'humeur était donc défavorable, avec une aggravation constante de la démotivation et de la perte d'élan vital. Des troubles de la mémoire et de la concentration s'étaient également ajoutés à son tableau clinique et la patiente n'était clairement plus en mesure d'assumer correctement les tâches domestiques du quotidien. La perspective d'une reprise de travail, même dans des conditions adaptées à son état, était plus éloignée que jamais.

26. Le 29 février 2016, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a indiqué qu'elle était atteinte de migraines depuis environ 15 ans et de dépression depuis 4 ans.

27. Dans un avis médical du 21 novembre 2016, le doctoresse K_____, médecin auprès du SMR, a relevé qu'au vu des informations transmises par le Dr J_____, le tableau anxio-dépressif apparaissait péjoré par rapport à celui constaté lors de l'examen du SMR de 2005. Dans ce contexte, l'aggravation était rendue plausible.

28. Le 5 décembre 2016, la Dresse I_____ a indiqué qu'elle n'avait pas revu l'assurée depuis août 2015.

29. Dans un rapport médical adressé à l'OAI le 12 avril 2017, le Dr J_____ a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique (F33.11), existant depuis au moins 2004 et céphalées migraineuses chroniques et pluriquotidiennes existant depuis l'âge de 21 ans et s'étant aggravées particulièrement, déjà quelques mois après son arrêt de travail fin 2003. Il a également relevé que l'assurée présentait de possibles troubles mixtes de la personnalité (F61.0), existant de longue date, sans effet sur la capacité de travail. Il a repris pour le reste l'appréciation de son rapport médical du 4 novembre 2015.

30. Dans un avis médical du 12 octobre 2017, le SMR a relevé qu'il avait de la peine à comprendre quand l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. Il ne trouvait pas non plus de critères pour fonder l'existence actuelle d'un épisode de dépression sévère. Pour ce qui était de la migraine, il ne savait pas quel était l'impact réel sur la capacité de travail et sa relation avec l'état dépressif. Il préconisait ainsi la réalisation d'une expertise bidisciplinaire avec volet neurologique et psychiatrique.

31. Le 20 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise bidisciplinaire avec volet psychiatrique et neurologique était nécessaire et serait réalisée par le Centre d'expertises médicales (ci-après : le CEMed) . Un délai de douze jours était fixé pour indiquer d'éventuels motifs fondés de récusation à l'encontre de l'un ou l'autre des experts concernés. Dans le délai

imparti, l'assurée n'a formulé aucune observation. 32. Les experts du CEMed, soit les docteurs L_____, spécialiste FMH en neurologie, et M_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, ont rendu leur rapport le 17 janvier 2018. Après avoir examiné personnellement l'assurée, ils ont établi conjointement le rapport après une discussion interdisciplinaire. Ils ont retenu comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail la claustrophobie (F40.2). Ils ont également posé différents diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir des céphalées chronifiées d'origine actuellement vraisemblablement plus tensionnelle que migraineuse, entrant dans le cadre de la psychopathologie, syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), surveillance inadéquate de la part des parents (Z62.0), hostilité envers une enfant traitée en bouc émissaire (Z62.3), hyperphagie associée à d'autres perturbations physiologiques (F50.4), phobie de l'avion (F40.2) et troubles anxieux dépressifs mixtes (F41.2). Sur le plan neurologique, les experts ont relevé que l'assurée présentait des maux de tête apparemment chronicisés et quotidiens, totalement atypiques pour des migraines, mêmes chronicisées, les troubles visuels et les fourmillements, de même que le caractère des maux de tête n'évoquant pas des migraines et une aura migraineuse. Dans ce contexte, il s'avérait impossible d'avoir une idée précise de l'importance et de la fréquence exacte des maux de tête. La description qu'en donnait l'assurée correspondait plus à des céphalées tensionnelles qu'à des céphalées migraineuses. Il était très probable que ces céphalées rentraient dans le cadre d'un syndrome algique plus global en relation avec l'état psychique de l'assurée, raison pour laquelle l'appréciation des maux de tête devait être intégrée à l'appréciation psychique du cas. En effet, les céphalées dont souffrait l'assurée n'ayant pas de substrat neurologique clairement objectivable, étant vraisemblablement une des expressions de la problématique psychique, il convenait de les apprécier globalement avec les problèmes psychologiques. Sur le plan psychique, le tableau clinique que présentait l'expertisée était compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Il y avait une autre atteinte psychiatrique sous la forme d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'ensemble des éléments et l'analyse détaillée des activités quotidiennes allait toutefois dans le sens de la présence de ressources personnelles. La capacité de travail de l'assurée était complète dans l'activité exercée préalablement, ainsi que dans l'activité de femme au foyer. Sur le plan psychique, il y avait des limitations fonctionnelles, en lien avec la claustrophobie. L'expertisée ne pouvait travailler dans les lieux sombres, confinés, sans fenêtres. Il n'y avait pas d'incapacité de travail durable en lien avec une affection psychiatrique, le rendement était complet. 33. Dans un rapport final subséquent du 26 février 2018, le SMR a relevé que l'expertise du 17 janvier 2018 était convaincante, en ce qu'elle prenait en compte les plaintes de l'assurée et s'appuyait sur un examen clinique approfondi et complété par des examens paracliniques adéquats. L'appréciation de la situation médicale et les conclusions étaient claires, motivées et cohérentes, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Il convenait donc de retenir une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité habituelle (pas d'incapacité de travail durable en lien à une atteinte ni somatique ni psychique) et de 100 % dans une activité adaptée. Quant aux limitations fonctionnelles, elles concernaient le travail dans des lieux sombres, confinés et sans fenêtres. 34. Par courrier du 5 mars 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR considérait qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. 35. Par courrier du 9 avril 2018, l'assurée a sollicité de l'OAI la reconsidération de son refus de prestations. Contrairement à ce qu'avaient retenu les experts, l'assurée ne disposait pas de

ressources personnelles suffisantes pour surmonter les troubles somatoformes retenus. L'assurée contestait également les conditions dans lesquelles l'expertise psychiatrique s'était déroulée, les qualifiant d'inacceptables. 36. Par décision du 4 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. 37. Le 13 juin 2018, l'assurée a saisi la CJCAS d'un recours contre la décision de l'OAI du 4 mai 2018, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 4 novembre 2015. Elle a sollicité, à titre préalable, la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. Sur le fond, l'assurée a contesté la force probante de l'expertise pluridisciplinaire réalisée le 17 janvier 2018 par les médecins du CEMed. 38. Par réponse du 12 juillet 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Toutes les atteintes à la santé avaient été prises en compte tant par les experts que par le SMR. L'assurée n'avait invoqué aucun élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions des experts. 39. Par réplique du 14 septembre 2018, l'assurée a persisté dans les conclusions de son recours. Elle a produit un rapport médical complémentaire du Dr J_____ daté du même jour, dans lequel le médecin a relevé que d'importants éléments expliquant et/ou démontrant une incapacité de travail moyenne d'au moins 70 % n'avaient pas été relevés. Le trouble dépressif récurrent de sa patiente avait été totalement ignoré dans l'expertise. Les importantes variations de son humeur selon l'intensité de ses douleurs étaient peut-être à même d'expliquer pourquoi cette dimension avait été largement sous-évaluée lors de l'expertise. Par ailleurs, considérer que sa patiente était autonome et apte à assurer les tâches de la vie quotidienne était absolument aberrant et ne tenait pas compte de la perte d'élan vital importante observable depuis plusieurs années. Sa patiente avait au demeurant toujours bien suivi son traitement médicamenteux sans jamais voir d'amélioration significative du fait de ses douleurs qui étaient réellement invalidantes durant de longues périodes puisque son syndrome algique était présent très fréquemment. Enfin, l'absence de tout contact des experts avec la Dresse I_____ et lui-même, qui suivaient régulièrement la patiente depuis de nombreuses années, expliquait comment l'expertise avait pu autant s'éloigner de la réalité et sous-évaluer aussi gravement tant le trouble dépressif récurrent que les conséquences concrètes du syndrome algique de la patiente, entre autres l'absence de réponse à tous les traitements antidépresseurs tentés jusqu'à ce jour. 40. Par duplique du 9 octobre 2018, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il a produit un nouvel avis médical du SMR du 25 septembre 2018, selon lequel le rapport du Dr J_____ du 14 septembre 2018 n'apportait pas d'éléments nouveaux objectifs en faveur d'une modification ou d'une aggravation de l'état de santé permettant de s'écarter des conclusions précédentes prises par le SMR. 41. Dans ses observations du 31 octobre 2018, l'assurée a sollicité l'audition du Dr J_____ si une expertise psychiatrique de devait pas être ordonnée, persistant pour le reste dans ses conclusions précédentes. 42. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'OAI. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il

n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10). 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. 5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 7. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Toutefois, dans un arrêt rendu le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées pouvaient en règle générale être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité). Il a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Dans un arrêt subséquent, il a considéré que dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve étaient communes à toutes les affections psychiques, le catalogue d'indicateurs découlant de l'ATF 141 V 281 devait être étendu également à ces affections, y compris aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409 consid. 4.2.1). Ces modifications jurisprudentielles ne changent cependant rien à la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions,

et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante à l'aide des indicateurs standards. À défaut, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (ch. F 45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies]-10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). 8. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière

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

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

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

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

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

9. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas

qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101 ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou 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. 4.4.1.4). 10. a. 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. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

11. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 précité consid. 2.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

c. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPG (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 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.3.2) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge

(ATF 117 V 198 consid. 3a et ATF 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1). 12. a. En l'espèce, dans sa décision du 24 mai 2005, confirmée en cela par la chambre de céans (ATAS/366/2006), l'intimé a considéré que la recourante présentait une capacité de travail de 70 % dans toute activité. Cette décision était fondée sur l'appréciation des médecins du SMR qui, sur le plan somatique, avaient posé comme seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail des migraines avec aura. Ils avaient également retenu des troubles de l'adaptation et réaction mixte anxieuse et dépressive. Les autres diagnostics, hypertension artérielle, obésité et changements dans les relations familiales pendant l'enfance n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. La combinaison des symptômes dépressifs et des crises de migraines entraînait une incapacité de travail de 30 %. La nouvelle demande de prestations de la recourante du 29 février 2016 qui, à l'instar de celle qu'elle avait présentée le 16 décembre 2002, tend à l'octroi d'une rente d'invalidité, est fondée sur le rapport médical de son psychiatre traitant du 4 novembre 2015, selon lequel la dépression s'était chronicisée, avec une aggravation constante de la démotivation et de la perte d'élan vital. D'après le médecin, la recourante n'était clairement plus en mesure d'assumer correctement les tâches domestiques du quotidien et la perspective d'une reprise de travail, même dans des conditions adaptées à son état, était plus éloignée que jamais. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de rente de la recourante. Il a suivi, en cela, l'avis du SMR, selon lequel les informations transmises par le psychiatre traitant de la recourante laissaient apparaître un tableau anxio-dépressif péjoré par rapport à celui constaté lors de son examen de 2005 de sorte que l'aggravation de l'état de santé de l'intéressée était rendue plausible. Il n'est pas nécessaire d'examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière, ce point n'étant pas litigieux. Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la recourante est réellement intervenue. b. Dès lors qu'il est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations formée par la recourante, l'intimé a procédé à une instruction médicale en confiant la mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire au CEMed. Dans sa décision, l'intimé se rallie aux conclusions du rapport d'expertise. En revanche, la recourante conteste toute valeur probante à celle-ci en la critiquant sur plusieurs points. En l'occurrence, la recourante reproche aux experts d'avoir retenu des troubles anxieux et dépressifs mixtes alors que le Dr J_____ avait retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Elle se plaint de ce que la conclusion divergente du Dr J_____ n'aurait pas été discutée, ni écartée de façon motivée. Or, contrairement à ce que soutient la recourante, le diagnostic du Dr J_____ a été intégré dans l'expertise. Les experts ont cependant retenu que la symptomatologie dépressive était insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Ce diagnostic se fonde sur les éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique. À l'anamnèse orientée, les experts ont en effet relevé qu'il n'y avait pas de notion de symptomatologie dépressive intense qui empêchait totalement la poursuite des activités sociales, familiales et ménagères, seules les activités professionnelles ayant été interrompues. La recourante avait en outre des activités « plaisir » comme se promener de manière quotidienne et échanger avec son mari et ses enfants. Les relations privées étaient décrites comme harmonieuses et chaleureuses dans la famille personnelle et la recourante avait une amie très proche qu'elle voyait plusieurs fois par semaine. Si, comme le relève l'intéressée, l'expertise ne fait pas spécifiquement mention de la démotivation et de la perte d'élan vital retenues par le psychiatre traitant dans son rapport du 4 novembre 2015, les

experts ont toutefois relevé que la recourante se sentait triste et déprimée. Or, dans la mesure où cela ne l'entravait pas de manière particulièrement lourde dans ses activités quotidiennes, il n'y avait pas d'argument en faveur d'un état dépressif majeur ou invalidant. Quant aux symptômes de la lignée anxieuse, les experts ont relevé que la recourante mentionnait du stress et de l'anxiété (intensité actuellement faible) en lien avec les douleurs. Contrairement à ce que soutient l'intéressée, on ne perçoit aucune contradiction intrinsèque entre le fait de qualifier son humeur d'anxieuse avec une intensité moyenne et de considérer que la symptomatologie anxieuse était insuffisante pour justifier un diagnostic séparé dans ce groupe de pathologie. On ne saurait pas non plus voir une incohérence dans le fait de constater que la recourante avait pleuré pendant 20 minutes en début d'entretien sans toutefois retenir de labilité émotionnelle. Les experts ont en effet expliqué qu'il n'y avait pas de notion de débordement émotionnel et que la présence de quelques comportements démonstratifs pouvait être retenue à l'examen clinique. Aucune labilité émotionnelle n'avait du reste été retenue par le psychiatre traitant de l'intéressée. Pour le surplus, le rapport du CEMed répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Il a porté sur les disciplines médicales pertinentes pour évaluer les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions sur la capacité de travail de cette dernière, à savoir la neurologie et la psychiatrie, et la mission d'expertise a été accomplie par des spécialistes de ces disciplines médicales. Il sied à cet égard de préciser que, contrairement à ce que soutient la recourante, dans la mesure où elle était bidisciplinaire, l'expertise n'avait pas à être attribuée sur une base aléatoire (ATF 139 V 349 consid. 5.4). Les experts ont procédé à une étude circonstanciée du dossier, dûment constitué ; ils ont examiné la recourante, établi son anamnèse complète et pris ses plaintes en considération. Ils ont également eu connaissance des avis des médecins traitants de la recourante, de sorte que l'absence de prise de contact avec les Drs J_____ et I_____ n'est pas de nature à remettre en cause la force probante de l'expertise. Sur la base de l'ensemble de ces éléments, les experts sont parvenus à des conclusions pouvant être qualifiées de claires, dont rien ne justifie de s'écarter. Certes, dans son arrêt du 12 avril 2006, la chambre de céans avait retenu une incapacité de travail de 30 % alors que les médecins du CEMed ont retenu une capacité de travail complète dans l'activité d'ouvrière, mais également de femme au foyer. On peut certes s'étonner de ce que les médecins du CEMed ont retenu une capacité de travail totale sans expliquer en quoi l'état de santé de la recourante se serait amélioré depuis l'arrêt de la chambre de céans. On pourrait arguer que cela résulte du rapport du psychiatre traitant de la recourante qui fait état d'une amélioration très modérée des céphalées, qui seraient devenues un peu moins envahissantes. Les experts ne précisent cependant pas si cet élément les a conduits à retenir une amélioration de l'état de santé de l'intéressée. Ce point peut toutefois rester indécis dans la mesure où, même avec une capacité résiduelle de travail de 30 %, comme retenue dans l'arrêt précité, le taux d'invalidité serait insuffisant pour donner droit à une rente. L'élément déterminant consiste à savoir s'il convient de retenir l'existence d'une aggravation notable de l'état de santé de la recourante depuis l'arrêt de la chambre de céans du 12 avril 2006. Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. En 2005, les médecins du SMR avaient retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail les migraines avec aura et des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Parmi les diagnostics retenus dans leur rapport du 17 janvier 2018, les experts du CEMed posent également ceux de céphalées et de troubles anxieux et dépressifs mixtes, précisant que l'évolution de la symptomatologie qui avait un caractère chronique était trop long pour retenir un trouble de l'adaptation. Concernant les céphalées, il est vrai que,

contrairement aux médecins du SMR, les experts ont retenu qu'elles étaient de nature tensionnelle, sans substrat somatique objectivable, et ils leur ont nié toute répercussion sur la capacité de travail. Ils ont fondé leur appréciation sur le constat que la recourante présentait des maux de tête totalement atypiques pour des migraines, mêmes chronicisés, les troubles visuels et les fourmillements, de même que le caractère des maux de tête n'évoquant pas des migraines et une aura migraineuse. Il était ainsi probable que les céphalées rentraient dans le cadre d'un syndrome algique plus global en relation avec l'état psychique de la recourante. La description des experts rejoint en cela celle des médecins du SMR qui, dans leur appréciation du 26 janvier 2005, avaient constaté que la recourante présentait depuis le début des années 80 des céphalées s'étant progressivement généralisées à l'ensemble du crâne et étant accompagnées depuis le courant des années 90 de troubles visuels inauguraux, de nausées et de vomissements sévères. Si, en 2018, les experts du CEMed ont relevé que les nausées et les vomissements avaient partiellement régressé - ce qui rejoint en partie l'appréciation du psychiatre traitant selon laquelle les céphalées étaient devenues moins envahissantes - les plaintes rapportées par la recourante, de même que les symptômes décrits par les experts, sont semblables à ceux relevés en 2006. Il en va de même des plaintes et symptômes décrits en lien avec le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes. En effet, dans leur appréciation du 26 janvier 2005, les médecins du SMR avaient déjà fait état de la perte d'élan vital, de la sensibilité psychique de la recourante et de ses idées suicidaires (rapport du SMR, p. 5 à 7). La recourante se prévaut certes du rapport médical complémentaire du Dr J_____ du 14 septembre 2018, dans lequel il évoque, sans plus de précision, une tentative de suicide « en Espagne suite au décès de son beau-père il y a quelques années ». Force est cependant de constater que les deux premières appréciations du médecin (appréciations des 4 novembre 2015 et 12 avril 2017) se réfèrent uniquement à des idées suicidaires non scénarisées et qu'aucune pièce du dossier ne vient préciser - ni même confirmer - l'existence d'une tentative de suicide. Ce seul élément ne permet dès lors pas de justifier une aggravation de l'état de santé de la recourante, étant du reste précisé que le rapport du CEMed ne mentionne aucune notion de tentative de suicide (cf. rapport du CEMed, p. 14). Il s'ensuit qu'aucune aggravation notable de ces atteintes ne peut être retenue. Aux diagnostics précités, les experts ajoutent un syndrome douloureux somatoforme persistant qui semble être une nouvelle atteinte. La seule mention d'un nouveau diagnostic ne suffit cependant pas pour retenir une nouvelle atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. La recourante ne fait en particulier valoir aucun élément susceptible de remettre en cause l'appréciation des experts quant au défaut d'effet incapacitant du trouble somatoforme douloureux persistant. Contrairement à ce qu'elle prétend, ses ressources personnelles, tant sur le plan neurologique que psychique, ont été décrites de manière suffisamment détaillée par les experts. L'expertise relève notamment que la recourante est autonome dans les activités quotidiennes ; elle dispose d'un réseau familial et est capable de communiquer, de respecter un cadre et de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique. Les ressources personnelles existent également sous la forme d'une certaine résilience face à une certaine maltraitance scolaire. Au niveau du traitement, les experts ont mentionné les nombreux échecs ou intolérances à la liste impressionnante de traitements tentés jusque-là, tout en précisant qu'il convenait de poursuivre les traitements et qu'il était difficile de se prononcer quant à la motivation et l'adhésion à la thérapie dans le contexte. Sur le plan psychique, ils ont relevé qu'il y avait une indication à suivre le traitement psychiatrique afin de valoriser les capacités adaptatives de l'expertisée et de la confronter aux caractères subjectifs de certaines de ses

plaintes. Les experts ont précisé encore qu'il n'y avait pas de divergences significatives entre les symptômes décrits par la recourante et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de l'expertise. Dans la mesure où il examine les différents indicateurs nouvellement énumérés, le rapport des experts du CEMed répond aux réquisits de la nouvelle jurisprudence en matière de trouble somatoforme. La chambre de céans n'a donc pas de motif de s'écarter des conclusions des experts qui concluent à l'absence de caractère invalidant du trouble précité. Il appert en définitive que l'expertise des médecins du CEMed n'a fait qu'évaluer différemment la capacité de travail de la recourante en fonction d'une situation médicale globalement inchangée depuis 2006. Cela ne suffit pas pour justifier une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Compte tenu de ce qui précède, il convient de nier l'existence d'une modification sensible de l'état de santé de la recourante entre l'arrêt de la chambre de céans du 12 avril 2006 et le 4 mai 2018, date de la décision litigieuse. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à l'audition de son psychiatre traitant et à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire, ces mesures d'instruction n'étant pas susceptibles de modifier la présente décision (appréciation anticipée des preuves : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). 13. Mal fondé, le recours doit être rejeté. La recourante, qui succombe, supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé en tant qu'assureur social. * * * * * 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.