

GE_GERICHTE A/2997/2012 vom 23. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2997_2012

FR: GE_GERICHTE A/2997/2012 du 23 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE A/2997/2012 del 23 ottobre 2013

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame D_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, Service juridique, rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame D_____ (ci-après l'assurée), née en 1955 au Maroc, s'est établie en Suisse en 1979. L'assurée a alterné des périodes d'emploi, notamment en qualité d'aide-soignante, avec des périodes de chômage. Elle n'a plus travaillé depuis novembre 2000. ![]> 2. Le 13 janvier 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) en invoquant une totale incapacité de travail depuis 2003 en raison d'une fibromyalgie, de troubles psychiques (dépression, anorexie, anxiété), d'une polyarthrite et d'un hématome sousdural opéré en 2009. ![]> 3. Dans un rapport du 4 février 2010, Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne, allergologie et immunologie et médecin-traitant de l'assurée, a indiqué que sa patiente souffrait depuis 2002 d'un syndrome douloureux chronique fibromyalgique et, depuis mai 2009, d'un hématome sous dural chronique. Il a précisé qu'elle suivait une psychothérapie et que les symptômes consistaient en une récurrence des céphalées sans hématome sousdural et en des douleurs fibromyalgiques évoluant depuis dix ans, décompensées en juin et en octobre 2006. ![]> Le médecin a attesté d'une totale incapacité de travail depuis 2003. Il a émis l'avis qu'on ne pouvait s'attendre ni à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de la capacité de travail. A titre de limitations, il a mentionné, entre autres, des troubles de l'équilibre, le fait que l'assurée ne pouvait pas rester assise ou debout de façon prolongée, ni adopter certaines positions ou porter des charges supérieures à un ou deux kilogrammes (kg) et qu'au surplus, ses capacités d'adaptation et de résistance étaient limitées. A son rapport, le médecin-traitant a notamment joint les documents suivants: - un rapport rédigé le 16 décembre 2002 par le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, consultée par l'assurée "il y a quelques années", indiquant que le médecin avait alors conclu à un probable syndrome fibromyalgique ou à un trouble somatoforme douloureux, diagnostics qui ne justifiaient pas d'emblée un arrêt maladie; l'assurée se plaignait alors de "polyarthralgies, de fatigue, le tout associé à un état dépressif pas toujours reconnu", mais un large bilan rhumatologique n'avait rien révélé de particulier; ![]> - un rapport rédigé le 4 février 2003 par le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, diagnostiquant une fibromyalgie et précisant qu'il n'y avait pas de signes pour une atteinte articulaire inflammatoire; ![]> - un rapport établi le 13 juin 2006 par le Dr O_____, médecin chef du Service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), suite à l'hospitalisation de l'assurée pour une symptomatologie digestive chronique, diagnostiquant une baisse de l'état général

et des épigastralgies; étaient mentionnées à titre de comorbidités : une fibromyalgie diagnostiquée en février 2003, une gastrite éradiquée en juin 2002, une épicondylite en 1996, un état dépressif ancien et une allergie à l'aspirine; !endif>![if> - un rapport rédigé le 13 novembre 2006 par le Dr P _____, médecin cheffe de Clinique au Service de rhumatologie des HUG, relatant que l'assurée avait été hospitalisée du 26 octobre au 8 novembre 2006 en raison d'une fibromyalgie décompensée; l'assurée avait souffert, en cours d'hospitalisation, d'une décompensation anxieuse avec une attaque de panique, de sorte qu'elle avait été prise en charge par le Dr Q _____, psychiatre, qui avait conclu à un trouble dépressif;!endif>![if> - un rapport rédigé le 12 mai 2009 par le Dr R _____, spécialiste en neuroradiologie, suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM), concluant à un hématome sous dural subaigu;!endif>![if> - un rapport établi le 27 mai 2009 par le Dr S _____, chef de Clinique au Service de neurochirurgie des HUG, relatant que l'assurée se plaignait de céphalées persistantes depuis février 2009 et qu'elle avait été opérée le 13 mai 2009 afin d'évacuer un hématome sous dural; les suites opératoires étaient favorables;!endif>![if> - un rapport du Dr S _____ du 1 er juillet 2009, indiquant que l'assurée ne souffrait plus de maux de tête, qu'elle présentait un bon équilibre et que l'examen clinique n'avait pas révélé de déficit neurologique majeur;!endif>![if> - un rapport du 23 décembre 2009 du Dr T _____, spécialiste FMH en radiologie, faisant suite à une échographie de l'épaule droite, concluant à un conflit antéro-supérieur avec une tendinopathie du sus-épineux sans rupture et à une bursite. !endif>![if> 4. Dans un rapport du 27 mars 2010, le Dr Q _____, chef de Clinique en psychiatrie aux HUG, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen; F33.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), troubles dont il a précisé qu'ils étaient présents depuis une quinzaine d'années et qu'ils avaient un effet sur la capacité de travail de l'assurée, qu'il suit depuis octobre 2006. Le médecin a mentionné les symptômes suivants : une tristesse persistante, une anhédonie, un élan vital diminué, des troubles du sommeil, ainsi qu'une anxiété et une inappétence fluctuantes. Il a expliqué que l'assurée avait vécu de nombreux décès difficiles et qu'un trouble dépressif majeur s'était progressivement développé, avec un syndrome douloureux somatoforme. Le traitement consistait en des séances de psychothérapie deux fois par semaine et en la prise d'antidépresseurs. !endif>![if> Sur le plan psychiatrique uniquement, l'incapacité de travail était d'environ 60% depuis de nombreuses années. A titre de restrictions, le médecin a mentionné une fatigue, une fatigabilité, une résistance médiocre au stress, ainsi que des troubles mnésiques et de la concentration. Selon lui, ces restrictions pouvaient être réduites par l'aménagement d'une place de travail adaptée aux besoins et handicaps de sa patiente, ainsi que par l'évitement du stress et de trop grandes responsabilités. Selon le médecin, l'incapacité de travail était plutôt à mettre en relation avec les plaintes douloureuses de l'assurée et le handicap qui en résultait, de sorte que l'évaluation d'une éventuelle reprise de l'activité professionnelle était d'avantage d'ordre somatique. Son pronostic était favorable, avec la poursuite de la psychothérapie. 5. Le 13 octobre 2010, le Dr Q _____, interrogé par l'OAI, a confirmé les diagnostics déjà posés et précisé que l'état de sa patiente était stationnaire. Il a maintenu que sa capacité de travail n'était que de 40% sur le plan strictement psychiatrique et suggéré de procéder à une évaluation somatique. Il a par ailleurs estimé qu'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique.!endif>![if> 6. Mandaté par l'OAI, le Dr U _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise le 13 mai 2011.!endif>![if> L'expert a retenu les diagnostics de trouble douloureux somatoforme lié

à des facteurs psychologiques et d'affection médicale généralisée, de légère dysthymie et de personnalité histrionique et estimés qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a décrit l'assurée comme vigile, alerte, faisant preuve de beaucoup d'humour, souriante, vive et pétillante, sauf lorsqu'elle elle évoquait le décès de son père. Son discours était très dramatique, théâtral et autocentré. L'examen neuropsychologique était dans les normes. Il n'y avait pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire ou de la fixation, d'idéations suicidaires, de trouble de l'anxiété ou encore de troubles alimentaires. Le jugement et le raisonnement étaient conservés. Selon l'expert, l'assurée recourant aux plaintes somatiques pour signaler le besoin que l'on s'intéresse à elle et manipuler son entourage. Ces plaintes psychosomatiques étaient survenues en rapport avec les difficultés à accepter un enfant handicapé (décédé à l'âge de 8 ans) et la nécessité impérieuse de débiter une activité professionnelle suite à sa séparation. L'expert a conclu que, d'un point de vue psychopathologique, la symptomatologie émotionnelle était relativement légère, parfois atypique. Il n'y avait pas d'éléments suggérant une aboulie ou un apragmatisme, de sorte qu'on ne pouvait pas évoquer un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère, mais il existait éventuellement un fond dysthymique. Les attaques de panique étaient survenues en rapport avec le décès du père, mais n'étaient désormais plus au premier plan. Le tableau clinique consistait essentiellement en des plaintes multiples, ubiquitaires, subjectivement incapacitantes, mais, objectivement, l'assurée était peu limitée, surtout très théâtrale. Le diagnostic était ouvert entre un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, voire un trouble somatoforme indifférencié, plus proche de la fibromyalgie. Le facteur essentiel étant l'existence d'une personnalité histrionique, qui ne paraissait pas gravement décompensée. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a relevé l'absence de désinsertion sociale et familiale, le fait que la comorbidité psychiatrique n'était pas majeure et que la dysthymie n'avait pas de valeur incapacitante. La personnalité histrionique était certes un facteur de vulnérabilité, mais il ne s'agissait pas non plus d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Si l'hypothèse d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive ou d'un état dépressif majeur suite au décès du père était possible, l'évolution avait néanmoins été largement favorable. L'expert a conclu qu'en fournissant l'effort médicalement exigible, l'assurée devait être apte à poursuivre une activité médico-théorique. Les limitations consistaient en une tendance aux somatisations et aux plaintes diverses, en une émotivité et une variation de l'humeur, ainsi qu'en une personnalité histrionique et dépendante. L'expert a finalement retenu une incapacité de travail de 60% telle qu'attestée par le Dr Q_____ au mois d'octobre 2006, ce qui correspondait à l'aggravation décrite dans les différents rapports. L'état de l'assurée s'était cependant ensuite amélioré de sorte que depuis le 1^{er} janvier 2010 au plus tard, l'intéressée avait recouvré une capacité de travail médico-théorique de 80% au minimum dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation, étant précisé que la diminution de rendement était de 20% au maximum pour une activité à temps complet. 7. Dans un rapport du 30 juin 2011, le Dr L_____ a résumé l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le mois de février 2010. Il n'y avait pas eu de récurrence de l'hématome sousdural, mais une instabilité et des vertiges rotatoires - aggravés en position couchée et lors d'infections virales - persistaient. Le médecin a indiqué avoir été consulté par l'assurée en avril 2010, alors qu'elle "souffrait le martyr" (son rachis était bloqué et elle ne sentait plus ses pieds). Une nouvelle poussée de fibromyalgie était survenue en mai 2010. En juillet 2010, elle s'était plainte de céphalées et de douleurs dans tout le corps, en septembre 2010, d'une otite

et de douleurs aux pieds, et en novembre et décembre 2010, de douleurs interdigitales. En janvier 2011, elle avait souffert d'une sinusite, de grippe et de céphalées, et en mai 2011, d'une sinusite et d'une polyposse nasale. En juin 2011, elle se plaignait, entre autres, de douleurs dorsales et cervicales, accompagnées de malaises et d'un conflit sous-acromial avec une bursite. 8. Le 25 juillet 2011, le Dr Q_____ a attesté que les limitations fonctionnelles psychiques et le tableau clinique demeuraient inchangés. Il a confirmé ses diagnostics (trouble dépressif récurrent, épisode moyen, et syndrome douloureux somatoforme persistant) et son évaluation de l'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique (60%).! [endif]>! [if> 9. Interpellé par le Service médical régional de l'OAI (ci-après le SMR), le Dr U_____ a persisté dans ses conclusions. Selon lui, l'assurée avait vraisemblablement présenté, en octobre 2006, un état dépressif réactionnel. L'expert a expliqué que les personnalités histrioniques sont souvent assez sensibles et peuvent réagir de manière importante à toute situation de rupture ou de deuil. Il a ajouté que le facteur de gravité accompagnant le trouble somatoforme douloureux résidait essentiellement dans la structure de personnalité relativement fragile du registre histrionique. ! [endif]>! [if> 10. Interrogé par l'OAI, le Dr L_____ a indiqué en date du 15 septembre 2011 que l'assurée souffrait d'un syndrome cervical aigu C5 à D5 et d'un conflit sous-acromial droit avec des polymyalgies depuis le 28 juin 2011. Il a fait état d'une crise de fibromyalgie et de limitations algo-fonctionnelles des quatre membres et du rachis, ainsi que de troubles de l'équilibre. Il a attesté d'une totale incapacité de travail dans toute activité, et suggéré un examen rhumatologique et neuropsychiatrique aux HUG. ! [endif]>! [if> 11. Le 2 janvier 2012, le Dr L_____ a transmis à l'OAI un rapport du 26 octobre 2010 relatif à des radiographies des pieds - n'ayant révélé aucune anomalie de la structure osseuse ou des parties molles, en dehors d'une arthropathie interphalangienne proximale et distale bénigne -, ainsi qu'un rapport d'IRM cérébrale du 17 novembre 2011, concluant également à l'absence d'anomalie, à l'exception d'un kyste de rétention naso-pharyngé. ! [endif]>! [if> 12. Le 17 janvier 2012, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique afin de déterminer les limitations fonctionnelles en relation avec l'atteinte ostéoarticulaire et leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assurée. ! [endif]>! [if> 13. En date du 30 avril 2012, le Dr V_____, médecin SMR et spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, a rendu son rapport. ! [endif]>! [if> L'expert a retenu les diagnostics de fibromyalgie, d'arthrose débutante des doigts et des orteils, de status post-tendinopathie du supra-épineux droit et de status post drainage d'un hématome sous dural chronique, diagnostics dont il a précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Il a relevé que l'examen articulaire était surtout marqué par une fibromyalgie connue de longue date, sans arthrite, et 14 points positifs sur 18. L'examen neurologique et l'IRM de contrôle permettaient de conclure à l'absence de séquelles de l'hématome sous dural et d'exclure toute incapacité de travail persistante en relation avec une éventuelle atteinte neurologique. L'examen clinique ne montrait ni conflit sous-acromial ni tendinite ni syndrome rachidien cervical ou lombaire, mais l'allongement du rachis dorsal était limité. Des examens complémentaires réalisés en mars 2012 avaient montré des troubles dégénératifs débutants des doigts et des signes indirects pour une discopathie débutante cervicale. En revanche, les radiographies dorsales ne montraient ni troubles dégénératifs ni séquelles de la maladie de Scheuermann. L'expert a conclu que le tableau clinique restait celui d'une fibromyalgie; il existait des discordances majeures entre l'importance des douleurs annoncées par l'assurée et sa gestuelle spontanée. Cette discordance concernait

également les douleurs importantes ressenties à la mobilisation articulaire, qui s'estompaient aussi rapidement qu'elles étaient apparues, et la préservation de la fonction des articulations concernées. En définitive, l'examen clinique ne permettait pas de confirmer le tableau dramatique décrit par le Dr L_____ dans son courrier du 30 juin 2011. Selon l'expert, il n'existait pas de limitations fonctionnelles durables; les éléments à sa disposition ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail de 20%, hormis un arrêt de travail limité dans le temps et dans toute activité, en relation avec le drainage de l'hématome sousdural en mai 2009. La fibromyalgie ne justifiait pas de limitations fonctionnelles d'ordre ostéoarticulaire. Partant, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'aide-soignante était totale, tout comme dans celle de réceptionniste-téléphoniste ou dans une activité adaptée et ce, depuis 1986, date du début de l'activité comme aide-soignante. 14. Le 12 juin 2012, le Dr W_____, médecin au SMR, en a tiré la conclusion que les seules atteintes entraînant une diminution de rendement étaient celles d'ordre psychiatrique. Conformément aux conclusions du Dr U_____, la capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 20%.! [endif]>! [if> 15. Le 22 juin 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation au motif qu'en juillet 2010, soit six mois après le dépôt de sa demande, l'assurée disposait d'une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 20%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires dans la mesure où l'assurée pouvait reprendre les activités exercées antérieurement.! [endif]>! [if> 16. Le 3 juillet 2012, l'assurée a contesté ce projet en alléguant que son état de santé ne lui permettait pas d'occuper un emploi. Elle a rappelé souffrir de fibromyalgie, d'anorexie, d'insomnie et a ajouté qu'elle peinait à se remettre d'une importante intervention chirurgicale au cerveau et que son traitement – lourd – réduisait notablement sa capacité d'éveil et l'empêchait de sortir de chez elle. ! [endif]>! [if> 17. Par décision du 7 septembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. ! [endif]>! [if> 18. En date du 5 octobre 2012, cette dernière a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une rente d'invalidité.! [endif]>! [if> 19. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 octobre 2012, a conclu au rejet du recours.! [endif]>! [if> 20. Par son écriture complémentaire du 24 octobre 2012, la recourante a demandé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique en vue de déterminer l'impact de la fibromyalgie sur sa capacité de travail. ! [endif]>! [if> La recourante allègue qu'elle souffre d'une forte fibromyalgie à caractère invalidant. Elle produit notamment : - un rapport du 27 novembre 2004 du Dr A_____, spécialiste FMH en cardiologie, attestant que la recourante, dépressive chronique, a présenté une symptomatologie thoracique oppressive en 2002, ! [endif]>! [if> - trois rapports du Dr T_____ (des 23 décembre 2009, 10 février et 5 novembre 2010), relatifs aux troubles de son épaule droite et faisant état d'un conflit antéro-supérieur et d'une bursite.! [endif]>! [if> 21. Le 30 novembre 2012, la recourante, alléguant que les avis médicaux la concernant sont contradictoires, a une nouvelle fois sollicité la mise sur pied d'une expertise. ! [endif]>! [if> 22. Le 7 janvier 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions. ! [endif]>! [if> 23. Le Dr Q_____, entendu le 14 février 2013 à titre de témoin, a expliqué avoir suivi la recourante d'octobre 2006 à novembre 2012, à raison d'une à deux fois par semaine. ! [endif]>! [if> Il a indiqué avoir conclu à une incapacité de travail de 60 % sur le plan strictement psychiatrique en raison du fait que le trouble dépressif récurrent - de gravité moyenne à sévère - entraînait une fatigue importante, des troubles de la

concentration et de la mémoire, ainsi qu'une grande difficulté à se trouver physiquement au travail. Cela étant, il avait toujours mentionné qu'il appartenait au médecin-traitant de se prononcer sur la capacité de travail sur le plan somatique. Le témoin a précisé que le trouble dépressif existait depuis une dizaine d'années au moins lorsqu'il avait vu la recourante pour la première fois en 2006. Il avait pu constater une perte d'intégration sociale liée aux difficultés de la recourante à assumer les activités quotidiennes en raison d'une perte d'énergie, ce qui entraînait une incapacité à sortir de chez elle ou à prendre soin d'elle. En outre, la recourante souffrait de troubles du sommeil assez importants. Le témoin a indiqué que selon lui, le trouble dépressif était antérieur au trouble somatoforme douloureux et s'était progressivement aggravé, mais tous deux étaient intrinsèquement liés. Il avait toujours objectivé les douleurs de la recourante et ne les avait jamais remises en question. Malgré un suivi durant six ans dans les règles de l'art, il n'avait pas constaté d'amélioration significative en termes de capacité de travail. Le témoin a émis l'avis que sa patiente avait pu donner le change à l'expert le temps de l'examen, étant rappelé qu'on pouvait parfaitement être souriant et dépressif. Depuis que lui-même avait quitté Genève, personne n'avait repris le suivi de la recourante, bien que cela eût été nécessaire. Le médecin a souligné à cet égard qu'il est difficile pour un patient de renouer un lien de confiance avec un nouveau thérapeute, particulièrement lorsque l'énergie fait défaut. Enfin, le médecin s'est étonné de n'avoir pas été contacté par l'expert, dont il estime qu'il a pu ne pas avoir accès à tous les éléments. 24. Le Dr V _____, également été entendu le 14 février 2013, a déclaré que la recourante souffre d'une raideur au niveau de la colonne qui s'explique, vu l'absence de maladie dégénérative, par un raccourcissement musculaire, lui-même consécutif à un déconditionnement physique, sans maladie ostéoarticulaire sous-jacente. Cette raideur, qui peut être améliorée par de la physiothérapie, n'explique pas l'importance des douleurs diffuses ressenties au niveau du rachis, lesquelles relèvent de la fibromyalgie. Celle-ci se traduit non seulement par des douleurs périphériques (des membres), mais également par des douleurs axiales (le long du rachis). Les nuqualgies sont également à mettre en lien avec la fibromyalgie, vu la mobilité complète observée à l'examen clinique, l'absence d'atteintes segmentaires et les atteintes peu significatives montrées par les radiographies (discopathie cervicale débutante). L'expert a expliqué avoir examiné l'assurée afin de vérifier si une autre atteinte ostéoarticulaire pouvant expliquer ses plaintes. Or, les radiographies supplémentaires, notamment au niveau du dos et des mains, n'ont pas révélé d'autre atteinte pouvant expliquer l'ampleur des symptômes décrits par la recourante. Il y a certes des ébauches d'arthrose au niveau des mains, mais rien de suffisant pour expliquer l'importance des douleurs, lesquelles sont donc à mettre exclusivement sur le compte de la fibromyalgie. Il s'agit de douleurs nocturnes et d'allure mécanique et inflammatoire (c'est-à-dire sans relation avec une surcharge), ce qui est typique en cas de fibromyalgie, étant rappelé qu'une atteinte rhumatismale inflammatoire a été écartée. L'expert a qualifié le traitement antalgique d'extrêmement important, car s'ajoutent aux anti-inflammatoires 20 mg de morphine tous les quinze jours. Selon lui, on est en présence de l'escalade thérapeutique souvent occasionnée par le fait que les douleurs ne répondent pas aux traitements. Enfin, l'expert a souligné s'être exprimé, s'agissant de la capacité de travail, non seulement en sa qualité de rhumatologue, mais également en sa qualité de spécialiste en médecine physique et de rééducation, sur le plan neurologique. 25. Interpellé par la Cour de céans, le Dr U _____ indique, le 4 mars 2013, que la recourante a probablement présenté une symptomatologie dépressive réactionnelle suite au décès de son père. Il expose qu'il convient de conclure qu'au 1er janvier 2011 au plus tard, la capacité de

travail médico-théorique de la recourante était au minimum de 80%. Il ajoute que les derniers rapports du Dr Q_____, soit ceux des 27 mars et 13 octobre 2010, " sont difficiles à contredire à contrario, même si la discordance d'appréciation entre le médecin traitant et l'expert est attendue avec ce type de personnalité. La date du 01.10.2010 est probablement une regrettable coquille".

26. Par écriture du 9 avril 2013, la recourante a persisté dans sa demande d'expertise judiciaire, en soulignant que le Dr U_____ n'avait pas pris contact avec son psychiatre et que son rapport, tout comme son courrier du 4 mars 2013, comportaient des erreurs de date.

27. L'intimé a quant à lui conclu que c'est à compter du 1er janvier 2011 - et non du 1er janvier 2010 - que la recourante a recouvré une capacité de travail de 80% (entendue comme une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 20%).

28. En date du 3 septembre 2013, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise judiciaire et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à ces derniers.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1 er janvier 2004, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 7 septembre 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision) et du 6 octobre 2006 (5 ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4 ème et 5 ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

4. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié à la recourante tout droit à des prestations, singulièrement, sur celle de savoir si la fibromyalgie dont elle souffre peut être qualifiée d'invalidante.

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1

LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

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 malade, 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).

7. Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). Enfin, on conclura 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, par exemple une 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, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!endif>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le

juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 166 consid. 4 ; ATF non publié I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 9. En vertu de la jurisprudence fédérale, 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. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). 10. En l'espèce, l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, considérant, sur la base des rapports du Dr U _____ du 13 mai 2011 et du Dr V _____ du 30 avril 2012, qu'elle présentait une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. 11. Le rapport du Dr U _____ a été établi suite à un entretien avec la recourante et est basé sur une anamnèse personnelle, professionnelle et socio-économique récente, ainsi que sur des tests psychométriques et le dossier de l'intimé. Toutefois, la Cour de céans observe qu'il est difficilement compréhensible, que ses conclusions sont notamment fondées sur des considérations inexactes, qu'elles sont insuffisamment motivées et qu'elles contiennent des contradictions. S'agissant des diagnostics, le Dr U _____ a écarté le trouble dépressif récurrent retenu par le Dr Q _____ dans ses rapports des 27 mars et 13 octobre 2010, au profit d'un éventuel fond dysthymique. L'expert a estimé, sur la base des pièces médicales au dossier, qu'il était possible que la recourante ait présenté, en 2006-2007, un trouble de l'adaptation avec une humeur anxio-dépressive ou un état dépressif majeur des suites du décès de son

père, mais que l'évolution avait néanmoins été largement favorable. La Cour de céans constate cependant que de nombreux médecins ont attesté de l'existence d'un trouble dépressif chronique bien avant 2006 et qu'il ne paraît donc pas être réactionnel au décès du père de la recourante, que ce décès soit intervenu en 2004 (comme mentionné par l'expert en p. 5 de son rapport) ou en 2007 (p. 24 du rapport). Il est en effet rappelé que le Dr Q _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent existant depuis environ 1995 (rapport du 27 mars 2010 ; procès-verbal d'enquêtes du 14 février 2013), que la Dresse M _____ a relaté un état dépressif depuis "quelques années" (rapport du 16 décembre 2002) et que le Dr A _____ a qualifié la recourante de "dépressive chronique" (rapport du 27 novembre 2004). En outre, les explications de l'expert quant à l'évolution favorable du trouble dépressif ne sont pas convaincantes. En effet, il a invoqué, d'une part, que le Dr Q _____ ne prescrivait plus d'antidépresseurs à la recourante et, d'autre part, que ce médecin paraissait avoir un pronostic favorable en 2010. Or, le Dr Q _____ a clairement mentionné, dans son rapport du 13 octobre 2010, que l'état de santé de la recourante était stationnaire et qu'il maintenait les diagnostics précédemment posés, et l'instruction de la cause a établi que les médicaments étaient prescrits par le médecin-traitant. Partant, dans la mesure où il ressort du dossier de la cause que la recourante a présenté un trouble dépressif majeur plus de dix ans avant la date retenue par l'expert et que ce trouble n'a pas évolué favorablement au cours de l'année précédant son examen, les conclusions du Dr U _____ sont en partie fondées sur des constatations erronées. Concernant la capacité de travail, l'expert a indiqué que les diagnostics retenus, soit un trouble douloureux somatoforme (ou un trouble somatoforme indifférencié), une légère dysthymie et une personnalité histrionique, n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail (p. 20 de son rapport). Il a toutefois conclu que si la recourante fournissait l'effort médicalement exigible, elle devrait être apte à poursuivre une activité médico-théorique à 80% au moins, la diminution de rendement étant de 20% au moins pour un travail à plein temps. Ses conclusions semblent ainsi contradictoires et dénotent d'une confusion entre la capacité de travail et le rendement. De surcroît, la Cour de céans relève que le Dr U _____ a modifié les conclusions de son rapport d'expertise en écrivant, dans son courrier du 4 mars 2013, que la capacité de travail médico-théorique était de 80% au minimum à partir du 1^{er} janvier 2011, alors qu'il avait précédemment indiqué que la capacité de travail s'était améliorée, "au plus tard depuis le 1^{er} janvier 2010". Il a sommairement expliqué à cet égard que "La date du 01.10.2010 [recte 01.01.2010] est probablement une regrettable coquille" et que les derniers rapports du Dr Q _____ des 27 mars et 13 octobre 2010 "sont difficiles à contredire à contrario". Ces justifications sont peu compréhensibles car, dans son rapport du 13 mai 2011, l'expert a justifié la date du 1^{er} janvier 2010 par le fait que le psychiatre de la recourante ne lui prescrivait plus d'antidépresseurs et avait émis un pronostic favorable en mars 2010. Il s'est en outre volontairement et expressément distancé de l'appréciation du Dr Q _____, soulignant notamment la différence de leur mandat. Par conséquent, les conclusions de l'expert quant à la capacité de travail de la recourante sont contradictoires et ne sauraient être suivies. La Cour de céans remarque encore que les considérations de l'expert relatives aux limitations de la recourante sont insuffisamment motivées. Il ne retient notamment aucune restriction liée aux troubles du sommeil, bien qu'il ait relaté les plaintes de la recourante à cet égard. Le Dr Q _____ ayant mentionné que la recourante souffrait d'importants troubles du sommeil qui engendraient de la fatigue, de la fatigabilité, une résistance médiocre au stress, ainsi que des troubles mnésiques et de la concentration, l'expert aurait dû motiver sa

détermination. Enfin, le Dr U_____ n'a pas pris contact avec le psychiatre qui avait suivi la recourante pendant de nombreuses années. Dans la mesure où leurs conclusions divergent notablement, que ce soit sur les diagnostics ou sur la capacité de travail, l'expert aurait dû, à tout le moins, s'entretenir avec lui afin de livrer des conclusions motivées et convaincantes. Au vu de ce qui précède, le rapport du Dr U_____ ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. S'agissant des différents documents établis par le psychiatre de la recourante, seul le rapport du 27 mars 2010 contient une anamnèse détaillée et des conclusions motivées. Toutefois, le Dr Q_____ n'a pas procédé à des tests psychométriques. Etant rappelé que ceux réalisés par le Dr U_____ ont révélé une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro et auto-évaluation et ont témoigné d'une tendance à la dramatisation, la réalisation de tels tests paraît indispensable pour pouvoir considérer que des conclusions sont fondées sur une étude fouillée et des examens complets. 12. Quant au rapport du Dr V_____, il contient certes une anamnèse détaillée et fait suite à des examens complets et à une étude approfondie du dossier. Toutefois, l'examineur ne se prononce pas expressément sur la réalisation des critères jurisprudentiels (existence d'affections corporelles chroniques, processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, échec des traitements conformes aux règles de l'art,...) et il a été mandaté près d'une année après le Dr U_____.

13. Partant, la Cour de céans considère qu'elle ne dispose pas des éléments suffisants pour statuer de manière définitive sur les conséquences de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail et plus particulièrement sur la question de savoir si ses troubles peuvent se voir reconnaître un caractère invalidant. Elle entend donc mettre en œuvre une expertise interdisciplinaire tenant compte des aspects rhumatologiques et psychiques, moyen le plus adéquat pour établir de manière objective si la recourante présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. L'expertise sera confiée au Centre d'expertises médical BEM à Vevey, Dresse B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et au Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, lesquels devront prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné la recourante. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise rhumato-psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, ainsi que du dossier de la présente procédure et si nécessaire, prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré.

2. Commet à ces fins les Drs B_____ et C_____;

3. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée.

2. Données subjectives de la personne.

3. Constatations objectives.

4. Diagnostic(s).

5. S'agissant de troubles somatiques éventuels, répondre aux questions suivantes:

a) L'assurée souffre-t-elle de troubles somatiques ? Si oui, lesquels et depuis quand ? b) Les plaintes de l'assurée sont-elles objectivées ? c) Existe-t-il chez l'assurée des affections corporelles chroniques ? d) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? e) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ? f) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ?

6. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes:

a) L'assurée souffre-t-elle de troubles psychiques ? Depuis quand ?

b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ? c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic ? e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? f) L'assurée est-elle ralentie au point d'altérer sa capacité de travail ou d'adaptation ? g) Quels sont les effets des troubles mis en évidence sur la capacité de l'assurée à gérer sa vie et ses affaires personnelles, tant administratives que financières ? h) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ? i) Existe-t-il chez l'assurée un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie) ? j) L'assurée subit-elle une perte d'intégration sociale due aux affections diagnostiquées et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration par rapport à la période antérieure à l'apparition des troubles psychiques et celles sans perte d'intégration) ? k) Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? l) Selon vous, l'état dépressif doit-il être mis au premier plan par rapport aux douleurs ? Est-il antérieur ou postérieur à leur apparition ? m) La compliance est-elle bonne ? 7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, puis globalement, les conséquences sur la capacité de travail, en pourcent. 8. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, de l'activité habituelle et d'une activité lucrative adaptée et indiquer en quoi pourrait consister celle-ci. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, dans le temps depuis 2003. Si l'état de santé s'est modifié au fil du temps, préciser la date de ces changements et leur contexte. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 9. L'assurée dispose-t-elle encore de ressources ? 10. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle et indiquer en quoi devrait consister celle-ci. 11. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. Indiquer si les mesures en question seraient exigibles de l'assurée et pourquoi. 12. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. Quelle est votre position s'agissant des constatations et conclusions des Drs U_____ et V_____ ? 13. Formuler un pronostic global. 14. Toute remarque utile et proposition des experts. 4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans. 6. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés. 7. Réserve le fond. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le