

## **GE\_GERICHTE A/306/2017 vom 14. November 2017**

GE Cour de justice, 2017-11-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_306\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_306_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/306/2017 du 14 novembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/306/2017 del 14 novembre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Mme A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1960, originaire du Kosovo, mariée, mère de deux enfants nés en 1991 et 1996, est arrivée en Suisse le 23 octobre 2003 et est titulaire d'une autorisation d'établissement C.![endif]>![if> 2. L'assurée a travaillé comme femme de chambre à l'Hôtel B\_\_\_\_\_ dès le 1 er mars 2007 à raison d'environ vingt heures par semaine et a été en incapacité de travail totale dès le 22 janvier 2009.![endif]>![if> 3. Suite à la demande de prestations de l'assurée du 14 mai 2009, l'office de l'assurance invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) a mis en œuvre deux expertises:![endif]>![if> - par rapport du 7 janvier 2011, le docteur C\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie-médecine interne, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome cervico-brachial récurrent sans signe radiculaire irritatifs ou déficitaires (discopathie C5-C6); un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent et un syndrome de fatigue chronique. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatifs ou déficitaires (discopathie L3-L4 et L5-S1 modérée, péri-arthropathie de hanches d'accompagnement); une dyspnée sur asthme actuellement compensé sous traitement et un syndrome anxio-dépressif modéré sous traitement. Dans son activité de femme de chambre, sa capacité de travail était estimée à 70 %, et pouvait raisonnablement être augmentée à 80%, voire 90% grâce à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique. Dans une activité adaptée, en limitant les mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier, les ports de charges de plus de 10 kg de manière répétitive et avec une alternance des positions assises et debout, sa capacité de travail pourrait être totale, sans diminution de rendement. La capacité de travail était exigible trois mois après l'arrêt du 22 janvier 2009, soit dès mai 2009. ![endif]>![if> - par rapport du 1 er juillet 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin interne au Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) et E\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint, responsable de la supervision, ont rendu une expertise le 1 er juillet 2011. Les experts ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (depuis 2008) et autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants (depuis 2008). Le diagnostic principal était un trouble douloureux somatoforme persistant, lequel était de mauvais pronostic. Les stratégies de coping de l'assurée étaient en effet défailtantes et inadéquates, elle n'avait pas de ressources psychologiques pour faire face à ses douleurs et elle était totalement fixée sur ses problèmes physiques (douleurs, vertiges, dyspnée). Elle était dans une attitude très régressive et totalement dépendante de son entourage familial. Une prise en charge psychothérapeutique

ne pouvait influencer favorablement l'évolution de ce syndrome devenu chronique, mais un traitement antidépresseur devait néanmoins être tenté. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 janvier 2009. La douleur, qui était sévère et ressentie comme invalidante, la dyspnée et les vertiges, ainsi que la fatigue et le manque d'énergie, associés à un état régressif et à un sentiment d'impuissance, avaient entraîné une incapacité à accomplir la moindre activité, même à domicile. L'assurée était incapable de faire son propre ménage ou de préparer un repas. L'incapacité de travail résultait des douleurs alléguées et non pas de la sévérité du trouble dépressif associé. Aucune activité n'était exigible. Le syndrome douloureux somatoforme persistant relevait d'une prise en charge multidisciplinaire. Par ailleurs, la prise d'un antidépresseur pourrait élever le seuil de la douleur et le niveau d'énergie, et améliorer l'humeur. Les chances de succès de ces mesures étaient faibles. L'assurée était incapable de s'adapter à un environnement professionnel, quel qu'il soit.

4. Par avis du 26 septembre 2011, le Service médical régional AI (ci-après SMR) a retenu comme atteinte principale, un syndrome cervico-brachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Les pathologies associées étaient des discopathies C5-C6, un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent, un syndrome de fatigue chronique, un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'autres troubles de l'humeur, un syndrome lombo-vertébral récurrent avec discopathies L3-L4 et L5-S1 modérées sans signe radiculaire irritatif ni déficitaire, une péri-arthropathie des hanches d'accompagnement, et une dyspnée sur asthme actuellement compensée sous traitement. L'incapacité de travail durable avait débuté le 22 janvier 2009. Sur le plan somatique, la capacité de travail était de 70% dans toute activité dès avril 2009. Sur le plan psychiatrique, l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail étant donné que le syndrome douloureux somatoforme ne remplissait pas les critères jurisprudentiels permettant de le retenir comme étant invalidant.

5. Par décision du 17 novembre 2011, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations d'invalidité, au motif que depuis avril 2009, sa capacité de travail était d'au moins 70% dans l'activité habituelle. Par ailleurs, une enquête ménagère n'était pas nécessaire dès lors que l'on pouvait retenir des empêchements identiques dans la sphère ménagère et dans l'activité lucrative.

6. Suite au recours interjeté par l'assurée contre cette décision, la chambre de céans a instruit le dossier en interrogeant notamment plusieurs médecins : - les doctresses F\_\_\_\_\_, médecin interne, et G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie aux HUG, ont rendu un avis selon lequel l'assurée était suivie depuis le 7 décembre 2011 pour un trouble de l'humeur sans précision (F33.9) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) entraînant un ralentissement psychomoteur, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, une anhédonie, une aboulie, des céphalées, des vertiges, de la nervosité et de la fatigue, ainsi qu'une incapacité de travail totale depuis janvier 2009 ; l'assurée ne s'occupait pas de son ménage ; des facteurs psychosociaux ou socioculturels pouvaient entrer en ligne de compte ; l'assurée vivait isolée dans sa chambre ; le traitement instauré depuis quatre mois n'avait pas entraîné d'évolution ; elle présentait un état psychique cristallisé, avec peu de ressources ; elle était compliant et il n'y avait pas d'exagération des symptômes. Le traitement consistait en la prise de Cymbalta et de Xanax depuis le 20 décembre 2011 ; - par rapport du 7 juin 2012, les Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont expliqué que l'assurée avait conservé un réseau social riche et recevait souvent des visites ; elle présentait des symptômes dépressifs chroniques, soit un trouble de l'humeur qui était une manifestation réactive au syndrome douloureux somatoforme persistant et ne constituait pas une comorbidité psychiatrique importante et autonome ; elle présentait

depuis plusieurs années des bronchiectasies kystiques et un emphysème pulmonaire, ainsi qu'un syndrome cervico-brachial récurrent, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, un syndrome lombovertébral et une périarthropathie des hanches ; on pouvait parler d'échec des traitements destinés à atténuer les douleurs ostéo-articulaires ; elle était compliant ; son état psychologique était cristallisé (elle était totalement fixée sur ses problèmes physiques douleurs, vertiges, dyspnée) et se trouvait dans un état régressif sévère: ses stratégies pour faire face à la douleur (coping) étaient défailtantes et inadéquates et son état psychologique était donc cristallisé ; il n'y avait pas de discordance entre ses plaintes et son comportement ; elle se plaignait de handicaps importants (céphalées, douleurs ostéo-articulaires, vertiges) limitant ses déplacements et sorties : son environnement familial et psychosocial était intact ; elle n'avait pas les ressources psychologiques nécessaires pour faire face à ses douleurs et était totalement fixée sur ses problèmes physiques dans une attitude régressive et dépendante de son environnement familial ; enfin, aucun facteur psychosocial ou socioculturel n'intervenait dans l'incapacité de travail ;

7. Par rapport du 23 août 2012, la doctoresse H\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, a expliqué qu'elle suivait l'assurée depuis le 16 mai 2012 une à deux fois par mois. Les diagnostics posés étaient ceux de trouble de l'humeur sans précision (F33.9) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elle présentait une lassitude et une fatigabilité importante, des troubles de la concentration et de la mémoire, un manque de motivation et d'énergie pour les tâches de la vie quotidienne et un ralentissement psychomoteur, étant relevé qu'elle souffrait de symptômes physiques (céphalées, douleurs musculaires), probablement d'origine psychique. Elle présentait une irritabilité provoquant un isolement social important. Elle était en incapacité de travail totale depuis janvier 2009 et ne pouvait effectuer les tâches ménagères en raison de céphalées et vertiges. L'assurée était isolée socialement et affectivement de façon importante, avec quasiment plus de contact avec son entourage. Elle présentait un état psychique cristallisé et le comportement observé était congruent aux douleurs décrites.

8. Par arrêt du 21 janvier 2013, la chambre de céans a rejeté le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Sur le plan somatique, l'assurée présentait une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, l'expertise des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ (du 1<sup>er</sup> juillet 2011) avait pleine valeur probante. Les critères jurisprudentiels n'étaient toutefois pas suffisants pour reconnaître le caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme. En définitive, seule une incapacité de travail de 30% dans l'activité habituelle pouvait être retenue, laquelle était insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Postérieurement à la décision du 17 novembre 2011, l'état de santé de l'assurée semblait s'être aggravé. Il se justifiait par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale postérieurement au 17 novembre 2011 dans le cadre d'une procédure de révision ( ATAS/76/2013 ).

9. En mars 2013, l'OAI a entamé une procédure de révision.

10. Le 10 avril 2013, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé en raison d'une dépression récurrente, une absence totale de contact avec l'extérieur et un état léthargique. Elle n'était plus capable d'entretenir son intérieur, de faire les courses ou la cuisine.

Par rapport du 24 avril 2013, la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a noté que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis environ deux ans, sans changement dans les diagnostics. Elle avait d'importantes douleurs au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire, des membres inférieurs, à l'épaule droite, à la hanche gauche, des troubles respiratoires, de l'asthénie, des angoisses et des troubles du sommeil.

Elle a joint un rapport du 25 janvier 2013 du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluant que la radiographie du thorax ne révélait pas d'évolution significative par rapport à l'examen du 29 janvier 2009. Le médecin traitant a également transmis un rapport du 26 mars 2013 du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, diagnostiquant une dyspnée multifactorielle, des bronchectasies kystiques, un ronflement sans syndrome d'apnée du sommeil et une hernie hiatale par glissement. ![/endif]>![if> 11. Par rapport du 14 juin 2013, la doctoresse L\_\_\_\_\_, médecin interne au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (CAPPI), a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants (F34.8). Le traitement consistait en la prise de Cymbalta 90 mg et de Lyrica 25 mg. Il est relevé notamment que l'assurée se plaignait surtout de céphalées occipitales, de lombo-sciatalgies irradiant dans le membre inférieur droit, de cervico-brachialgies bilatérales, de douleurs dans la région de l'omoplate, de vertiges et de dyspnées à l'effort. Elle signalait des troubles de la mémoire depuis quatre ans et des difficultés de concentration. Elle se sentait énervée, déprimée et décrivait une aboulie. Elle disait entendre occasionnellement des bruits, comme une sonnette de porte, mais pas de voix. Selon le médecin, l'incapacité de travail était totale dans toute activité en raison des douleurs sévères ressenties comme invalidantes, la dyspnée, la fatigue, les vertiges et le manque d'énergie, associés à un sentiment d'impuissance. ![/endif]>![if> 12. Le 12 mars 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise allait être effectuée par la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR). ![/endif]>![if> 13. A la demande de l'OAI, la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie et le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, par rapport du 28 avril 2015, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques non spécifiques sur discopathie C5-C6. ![/endif]>![if> Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une somatisation (F45.0), des troubles de la personnalité anxieuse évitante (F60.6), d'autres troubles de l'humeur persistants (F34.8), des discopathies lombaires modérées, une bronchectasie sacculaire localisée au lobe supérieur droit se manifestant par une bronchite chronique, un asthme bronchique non allergique léger probablement persistant sans obstruction fixée significative, une fibrillation auriculaire, une obésité grade II et une intelligence basse. En général, l'assurée se plaignait de "la tête", de lombo-sciatalgies, de cervico-scapulalgies chroniques, d'asthme et de vertiges. Les experts ont relevé que le contact était assez particulier, l'assurée faisait montre d'un mutisme inexpressif. Les réponses étaient laconiques, exprimées d'un ton monocorde détaché de toute émotion. Le visage était triste, impassible. Elle était collaborante et n'avait pas de propos revendicateur. Au contraire, elle affichait une totale indifférence. L'expert rhumatologue a retenu la présence de nombreux points de fibromyalgie et noté des signes de Waddell pour la lombalgie. Les documents d'imagerie montraient la présence de quelques troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire avec les discopathies et protrusion discale qui auraient pu provoquer un conflit disco-radiculaire actuellement sans traduction radiculaire. Les constatations objectives ne suffisaient pas à expliquer l'intensité douloureuse, la résistance à tous les traitements appliqués et sa diffusion. Le diagnostic incapacitant était des cervicalgies chroniques non spécifiques entraînant des limitations fonctionnelles: pas de manipulation de charges de plus de 10 kg et pas de mouvements répétitifs en porte-à-faux. La capacité de travail dans l'activité de femme de chambre était de 70% et dans une activité adaptée de 100%. L'expert psychiatre a nié le diagnostic de

syndrome douloureux somatoforme persistant figurant dans le dossier, étant donné que les douleurs n'étaient pas la plainte principale de l'assurée. Il s'agissait de malaises, qui portaient « sur la tête », avec des symptômes avant tout d'ordre neurovégétatif. Après l'apparition d'un malaise chez cette personnalité anxieuse, un comportement d'évitement massif s'était installé car elle avait fait le rapprochement conscient de mouvements brusques avec l'apparition de symptômes neurovégétatifs. L'assurée, complètement inactive, était tout à fait consciente de tout ce qui se passait, de sorte qu'il n'y avait pas d'état cristallisé. Une telle situation de vie avait induit un état dépressif chronique concomitant, mais qui n'atteignait pas la gravité d'une dépression majeure et n'engendrait pas symptômes incapacitants. Par conséquent, l'expert retenait une somatisation ainsi que le diagnostic de personnalité anxieuse-évitante avec comportement d'évitement massif, probablement présent depuis l'enfance dont le pronostic, avec une psycho-pharmacothérapie appropriée, et une psychothérapie intensive, était en principe bon. Mais la configuration psycho-sociale dans laquelle vivait l'assurée, analphabète, en complète non acculturation en Suisse, qui ne parlait absolument pas le français alors qu'elle était ici depuis douze ans, rendait difficile l'application de cette thérapie. Cependant, ces facteurs sortaient du champ médical. Selon l'expert pneumologue, la bronchectasie sacculaire et l'asthme bronchique n'entraînaient pas une incapacité de travail de longue durée. Une fibrillation auriculaire avec un rythme irrégulier avait été mise en évidence par un examen complémentaire effectué le 14 avril 2015. Ce trouble de rythme méritait des investigations cardiologiques et un traitement ; le médecin traitant en avait été informé. Si l'essentiel de l'intolérance à l'effort dont l'assurée se plaignait était à mettre sur le compte du déconditionnement et de la régression majeure exhibée par l'assurée, il n'était pas exclu que la fibrillation auriculaire participe à cette symptomatologie. Au terme de leur entretien de synthèse, les experts ont estimé unanimement que l'assurée présentait une atteinte significative à sa santé physique. Les cervicalgies permettaient une capacité de travail dans l'activité habituelle à 70%. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière. Sur ce plan, les experts rejoignaient l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ dans son expertise rhumatologique de janvier 2011. Les atteintes pneumologiques étaient minimales et il n'y avait aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. A l'évidence, des facteurs autres qu'organiques conditionnaient la capacité de travail de l'assurée. Le pronostic d'une reprise était donc sombre. Enfin, la mise en évidence d'une fibrillation auriculaire intermittente pouvait participer pour une part aux épisodes de vertige ou à l'intolérance à l'effort décrits par l'assurée. Des investigations cardiologiques étaient recommandées en vue de l'instauration d'un traitement adéquat. En l'état, il ne leur était pas possible de se prononcer sur la répercussion sur la capacité de travail de cette affection nouvellement découverte et non traitée. 14. Par avis du 11 juin 2015, le SMR a estimé que l'expertise était convaincante. Il convenait encore de connaître le résultat des consultations cardiologiques. 15. A la demande de l'OAI, la Dresse I\_\_\_\_\_ a transmis le 7 septembre 2015 notamment: - un rapport d'IRM lombaire du 22 mai 2015 du Dr J\_\_\_\_\_ concluant à une dégénérescence discales de L2-L3 jusqu'à L5-S1 avec discarthrose L4-L5; une protrusion discale ostéophyttaire L4-L5 de localisation foraminale droite plus accusée actuellement en conflit avec la racine L4 dans son trajet foraminal; une protrusion discale ostéophyttaire L5-S1 de localisation foraminale gauche, en conflit modéré avec la racine L5 gauche dans son trajet foraminal et des lésions dégénératives interapophysaires postérieures; - un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2015 du docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, diagnostiquant une lombalgie

chronique sur discarthrose étagée et une radiculalgie L5 gauche claudicative sur rétrécissement foraminaux L5-S1 gauche dégénératif et discogène. L'assurée décrivait des douleurs rachidiennes lombaires chroniques qui s'exacerbaient depuis environ cinq ans avec l'apparition d'une irradiation dans le membre inférieur gauche dans un trajet L5 jusque dans le pied. Les symptômes étaient permanents le jour et limitaient le périmètre de marche à environ 200 m. L'imagerie du 22 mai 2015 confirmait la présence d'une pathologie dégénérative expliquant les douleurs chroniques axiales mais également un conflit radiculaire L5 gauche au niveau du foramen. Ceci expliquait la radiculalgie;![endif]>![if> - un rapport du 24 avril 2015 du docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, diagnostiquant la découverte fortuite d'une fibrillation auriculaire normocarde dans un contexte de bronchite aiguë, l'absence d'autre pathologie cardiaque significative et une douleur thoracique.![endif]>![if> 16. Par rapport du 4 mars 2016, le Dr R\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une douleur thoracique atypique non cardiaque de probable origine rhumatismale, une arythmie supraventriculaire avec d'assez fréquentes extrasystoles isolées, non perçues, un status post-fibrillation auriculaire normocarde dans un contexte de bronchite aiguë et un excès pondéral. Selon le médecin, si la capacité fonctionnelle de l'assurée était limitée, c'était en raison de son obésité et de sa dépression. Elle ne présentait aucune atteinte cardiaque ayant une répercussion sur sa capacité de travail dans son activité de femme de chambre. ![endif]>![if> 17. Par avis du 6 juin 2016, le SMR a conclu qu'il n'y avait pas de nouvelle atteinte. L'expertise avait retenu des cervicalgies chroniques entraînant une capacité de travail de 70% en tant que femme de chambre et de 100% dans un poste adapté, une fibrillation auriculaire et une somatisation non incapacitante. Le cardiologue avait retenu des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Par conséquent, celle-ci était toujours de 70% dans son activité habituelle et totale dans une activité adaptée. ![endif]>![if> 18. Par projet du 7 septembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. ![endif]>![if> 19. Le 14 octobre 2016, l'assurée a contesté ce projet, faisant remarquer que les médecins relevaient tous une dépression récurrente et de nombreux problèmes physiques. Les antidépresseurs lui servaient à ne pas basculer dans un état morbide. Depuis la guerre, elle avait petit à petit perdu ses repères et elle se cantonnait aujourd'hui à dormir et à manger. Elle n'était plus présente ni dans son ménage, ni dans sa vie de famille. Elle était allée dans sa famille au Kosovo, mais le constat était le même, elle végétait et ne participait à rien. L'assurée ne prenait plus soin ni de son hygiène, ni de son apparence physique. ![endif]>![if> Au courrier étaient joints notamment : - un rapport du 30 octobre 2015 du Dr Q\_\_\_\_\_ expliquant notamment que le conflit radiculaire L5 gauche était confirmé par l'imagerie du 22 mai 2015; - un rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2016 diagnostiquant des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire, sur discopathie sévère C5-C6, L4-L5, sur protrusions discales L4-L5, L5-S1 et sur probable instabilité lombaire, de l'arthrose interapophysaire postérieure, des lombosciatalgies aiguës à répétition, des scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et bursite, un emphysème pulmonaire, un état anxio-dépressif chronique, un goître, une arythmie cardiaque et de l'asthme. Actuellement, l'assurée se plaignait de blocages au niveau cervico-lombaire, d'une faiblesse au niveau des membres inférieurs ainsi que de fourmillements au niveau du membre inférieur gauche. Elle se plaignait également de la persistance de douleurs au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire, aux épaules, à la hanche gauche et au niveau du membre inférieur gauche ainsi que d'angoisse, d'asthénie et de troubles du sommeil. L'assurée était très

angoissée et déprimée. Il y avait une aggravation de l'état de santé de jour en jour tant sur le plan physique que psychique. Sa capacité de travail était nulle; - un certificat du 13 octobre 2016 du docteur S\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du CAPPI, attestant que l'assurée était suivie depuis décembre 2011 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Elle suivait un traitement médicamenteux et des consultations mensuelles. Son incapacité de travail était totale.![endif]>![if> 20. Par avis du 7 décembre 2016, le SMR a estimé qu'aucune nouvelle atteinte n'avait été rapportée permettant de justifier une modification durable de l'état de santé de l'assurée. Les conclusions précédentes restaient donc valables.![endif]>![if> 21. Par décision datée du 17 octobre 2016, reçue le 14 décembre 2016, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il n'y avait pas eu d'aggravation de son état de santé depuis la décision du 17 novembre 2011. Aucune nouvelle atteinte ne permettait de justifier une modification durable de l'état de santé de l'assurée. Sa capacité de travail dans l'activité habituelle était toujours de 70% et dans une activité adaptée de 100%. Par conséquent, les conclusions de la décision du 17 novembre 2011 demeuraient inchangées.![endif]>![if> 22. Par acte du 24 janvier 2017, complété le 27 février 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des médecins traitants et des experts, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 40% dès novembre 2009. La recourante fait valoir que son médecin traitant a constaté une péjoration continue de son état de santé, confirmée par son psychiatre traitant. L'expertise avait retenu une atteinte significative sur le plan physique et l'expert psychiatre avait relevé un état dépressif chronique. Selon la recourante, elle se mouvait avec peine, souffrait de violentes céphalées, d'obésité et se trouvait incapable de concentration. Sa dépression l'empêchait d'envisager de reprendre une activité professionnelle. Ces affections entraînaient une incapacité de travail d'au moins 40%. ![endif]>![if> 23. Par réponse du 3 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Par ailleurs, l'expertise de la CRR était probante et le cardiologue avait expliqué qu'aucun traitement n'était indiqué. Il convenait par conséquent de suivre les conclusions des experts, selon lesquelles la recourante présentait une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle.![endif]>![if> 24. Le 8 mai 2017, la recourante a sollicité l'audition de ses médecins traitants et des experts.![endif]>![if> 25. A la demande de la chambre de céans, le Dr Q\_\_\_\_\_, par courrier du 23 juin 2017, a indiqué qu'au vu de la problématique lombaire, il pouvait exister des limitations fonctionnelles dans les positions statiques debout et dans les déplacements, puisqu'il existait une claudication que la recourante décrivait à environ 200 m. Une activité adaptée nécessiterait la possibilité de changer de position régulièrement en pouvant effectuer régulièrement des pauses assises. Etant donné qu'il y avait une symptomatologie claudicative en aggravation significative depuis 2010, il pouvait en découler des difficultés à poursuivre l'activité de femme de chambre depuis cette date théoriquement. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale. S'agissant de la tenue du ménage, la recourante pouvait effectuer des activités de courte durée, puis des pauses réparatrices. ![endif]>![if> 26. Le 28 juillet 2017, la recourante a expliqué que le cabinet de son médecin traitant avait été fermé pendant plusieurs semaines, de sorte qu'elle n'avait pas donné suite à la proposition du Dr Q\_\_\_\_\_ d'effectuer des infiltrations thérapeutiques. Par ailleurs, au vu des explications données par ce médecin, il était inconcevable d'exiger d'elle la reprise de son activité habituelle à 70%. Ses douleurs n'étaient donc pas feintes, comme le laissait entendre la Dresse M\_\_\_\_\_. La recourante

persistait dans les conclusions de son recours.![endif]>![if> 27. Le 31 juillet 2017, l'intimé s'est rallié à l'avis du SMR du 28 juillet 2017, selon lequel le Dr Q\_\_\_\_\_ confirmait que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Etant donné que la recourante l'avait consulté pour la dernière fois en octobre 2015, son état de santé n'avait vraisemblablement pas évolué depuis lors. L'intimé a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 28. Le 12 octobre 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour faire valoir leur éventuel motif de récusation et pour faire toute remarque sur les questions libellées dans la mission d'expertise.![endif]>![if> 29. Le 20 octobre 2017, la recourante a indiqué n'avoir aucun motif de récusation à faire valoir à l'encontre du Dr T\_\_\_\_\_. S'agissant de la mission d'expertise, elle souhaitait, pour des raisons culturelles, que l'interprète qui allait l'assister lors de son entretien avec l'expert, soit une femme.![endif]>![if> 30. Le 23 octobre 2017, l'intimé, en se référant à un avis du SMR du 18 octobre 2017, a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir, ni de modification de la mission d'expertise.![endif]>![if> 31. Par pli du 30 octobre 2017 à la recourante, la chambre de céans a confirmé qu'il n'y avait aucun inconvénient à ce que l'interprète soit une femme.![endif]>![if> EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence 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.![endif]>![if> 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 délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre 2016 au 2 janvier 2017 inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA).![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de la survenance d'une aggravation de son état de santé, avec incidence sur sa capacité de travail, depuis la décision de l'intimé du 17 novembre 2011, entrée en force.![endif]>![if> 5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10

consid. 4b). L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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<sup>er</sup> janvier 2008).

7. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est

une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 8. 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). 9. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 9. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). 10. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation

psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 10. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci 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). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).!

Dans un arrêt récent (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 peuvent être surmontés en règle

générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352 ). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.!

[endif]>![if> 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. A 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 révélé 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). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 12. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). 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). 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 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. 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 et les références). 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).! [endif]> [if> 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). ! [endif]> [if> 15. Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).! [endif]> [if> Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4). 16. a. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation de la recourante a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations.! [endif]> [if> Par décision du 17 novembre 2011, confirmée par la chambre de céans le 21 janvier 2013 ( ATAS/76/2013 ), l'intimé a retenu que sur le plan somatique, la recourante présentait une capacité de travail de travail de 70% dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme persistant n'était pas invalidant. Suite à la procédure de révision initiée par l'intimé en mars 2013, ce dernier a mis en œuvre une expertise rhumatologique, psychiatrique, pneumologique et de médecine interne. Sur la base de cette expertise et des avis du SMR des 6 juin et 7 décembre 2016, l'intimé a retenu que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé, de sorte qu'elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité. b. Sur le plan somatique, par rapport d'expertise du 28 avril 2015, les Drs M \_\_\_\_\_, O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_ ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, des cervicalgies chroniques non spécifiques sur discopathie C5-C6, entraînant une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Sans répercussion sur la capacité de travail, la recourante présentait des discopathies lombaires modérées, une bronchectasie sacculaire localisée au lobe supérieur droit se manifestant par une bronchite chronique, un asthme bronchique non allergique

léger probablement persistant sans obstruction fixée significative, une fibrillation auriculaire, une obésité grade II et une intelligence basse. Les experts ont indiqué que la recourante se plaignait de "la tête", de lombo-sciatalgies prédominant du côté gauche, de cervico-scapulalgies chroniques, d'asthme, de vertiges, de fatigue et de troubles du sommeil. Elle était collaborante et n'avait pas de propos revendicateur. Au contraire, elle affichait une totale indifférence. Après avoir procédé à un examen clinique, l'expert rhumatologue a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, des cervicalgies chroniques non spécifiques sur discopathie C5-C6. Sans répercussion sur la capacité de travail, la recourante présentait des discopathies lombaires modérées. La recourante frappait pas une certaine passivité et un faciès dénué d'expression. L'examen n'était pas parasité par un comportement douloureux démonstratif malgré la présence de nombreux points de fibromyalgie et des signes de Waddell pour la lombalgie.

Objectivement, des troubles de la statique dorsolombaire avec une limitation des amplitudes du rachis lombaire sans signe radiculaire aux membres supérieurs ou inférieurs étaient relevés. La mobilité des articulations périphériques était complète et il n'y avait pas de signes inflammatoires. Les documents d'imagerie confirmaient la présence de quelques troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire avec les discopathies et protrusion discale qui auraient pu provoquer un conflit disco-radiculaire actuellement sans traduction radiculaire. Les constatations objectives ne suffisaient pas à expliquer l'intensité douloureuse, la résistance à tous les traitements appliqués et sa diffusion. Les cervicalgies chroniques non spécifiques sur discopathie C5-C6 entraînaient les limitations fonctionnelles décrites par le Dr C \_\_\_\_\_, soit pas de manipulation de charges de plus de 10 kg et pas de mouvements répétitifs en porte-à-faux. La capacité de travail dans l'activité de femme de chambre était de 70%, comme le notait le Dr C \_\_\_\_\_. Dans une activité adaptée, elle était totale. Sur le plan pneumologique, l'expert, après avoir réalisé notamment des épreuves fonctionnelles, a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante, une bronchectasie sacculaire localisée au lobe supérieur droit se manifestant par une bronchite chronique, un asthme bronchique non allergique léger probablement persistant sans obstruction fixée significative, une fibrillation auriculaire et une obésité grade II. Les plaintes n'étaient que très peu spécifiques. Elles étaient essentiellement marquées par une bronchite chronique assortie de douleurs de la cage thoracique. L'expert était frappé par une femme obèse, déconditionnée, exhibant un mutisme inexpressif et une régression massive. Les limitations fonctionnelles secondaires aux deux affections pulmonaires ne représentaient pas une justification pour une incapacité de travail de longue durée. Elles étaient minimales et étaient susceptibles d'être traitées. Une fibrillation auriculaire avait été mise en évidence, qui méritait des investigations cardiologiques. La chambre de céans constate que les expertises rhumatologiques et pneumologiques se basent sur des examens de la recourante et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. Les experts ont expliqué pour quelles raisons ils retenaient les diagnostics, leurs conclusions sont cohérentes, convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions. Il s'ensuit que leur rapport a pleine valeur probante. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément

d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En l'occurrence, la recourante fait valoir qu'au vu des rapports du Dr Q\_\_\_\_\_, elle ne peut reprendre son activité habituelle à 70%. Par rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2015, le Dr Q\_\_\_\_\_ a certes indiqué qu'au vu de l'IRM réalisée le 22 mai 2015, soit postérieurement à l'expertise, la recourante présentait une lombalgie chronique sur discarthrose étagée et une radiculalgie L5 gauche claudicative sur rétrécissement foraminaux L5-S1 gauche dégénératif et discogène. Dans le cadre de l'instruction menée par la chambre de céans, le Dr Q\_\_\_\_\_ a effectivement expliqué, le 23 juin 2017, qu'en raison de la problématique lombaire, il existait des limitations fonctionnelles dans les positions statiques debout et dans les déplacements, ce qui pouvait engendrer des difficultés à poursuivre l'activité de femme de chambre. En revanche, il a estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail de la recourante était totale, rejoignant ainsi les conclusions des experts sur le plan somatique. Par ailleurs, la recourante, en se référant aux rapports de la Dresse I\_\_\_\_\_, fait valoir qu'elle présente une aggravation de son état de santé et une incapacité de travail totale. La chambre de céans est d'avis que l'on ne saurait donner une importance décisive aux rapports des 24 avril 2013 et 13 octobre 2016 établis par ce médecin traitant, lequel se contente de lister les diagnostics et de relever les plaintes et l'existence d'une aggravation de jour en jour de l'état de santé de la recourante entraînant une capacité de travail nulle dans toute activité. Ce faisant, ce médecin traitant, qui ne dispose ni d'une spécialisation en rhumatologie, ni en pneumologie (voir [www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch) ou encore [www.medregom.admin.ch/FR](http://www.medregom.admin.ch/FR)), ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les experts rhumatologue et pneumologue et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions en ce qui concerne, du point de vue somatique, la capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée. On ajoutera encore que s'agissant des investigations cardiologiques préconisées par l'expert pneumologue, celles-ci ont été réalisées par le Dr R\_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué une douleur thoracique atypique non cardiaque de probable origine rhumatismale, une arythmie supra-ventriculaire avec d'assez fréquentes extrasystoles isolées, non perçues, un status post-fibrillation auriculaire normocarde dans un contexte de bronchite aiguë. Selon ce médecin, ces atteintes n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante (rapport du 4 mars 2016). Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate l'absence d'élément objectif précis qui pourrait justifier d'envisager la situation médicale selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur le plan somatique. Il y a donc lieu de considérer que postérieurement à la décision du 17 novembre 2011, la recourante est capable, sur le plan somatique, d'exercer à 100% une activité adaptée. c. Sur le plan psychiatrique, le Dr N\_\_\_\_\_ a conclu, dans son rapport d'expertise du 16 avril 2015, à l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. En revanche, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une somatisation (F45.0), un trouble de la personnalité anxieuse évitante (F60.6), d'autres troubles de l'humeur persistants (F34.8) et une intelligence basse (R41.8). Vu le trouble de somatisation retenu par le Dr N\_\_\_\_\_, la chambre de céans relèvera qu'il lui appartenait d'examiner les anciens critères jurisprudentiels et d'apprécier si et dans quelle mesure la recourante disposait des ressources psychiques qui lui permettaient de surmonter ses douleurs et d'exercer une activité sur le marché du travail. Or, force est de constater que le Dr N\_\_\_\_\_ s'est consacré à expliquer les critères diagnostics du syndrome douloureux somatoforme persistant et les raisons pour lesquelles, contrairement à l'ensemble des

psychiatres ayant examiné la recourante, il excluait ce trouble dans le cas d'espèce. Ce faisant, il a omis de discuter les critères jurisprudentiels pertinents, hormis celui de la présence d'un état cristallisé, qu'il a écarté chez la recourante (p. 11 du rapport d'expertise). Or, on rappellera qu'en présence de ce genre de syndrome, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission qui leur est confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3). Force est déjà de constater que l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ ne remplit pas les exigences auxquelles étaient subordonnées les évaluations relatives aux symptomatologies douloureuses et qui imposaient aux experts d'examiner les anciens critères jurisprudentiels pour admettre ou non le caractère invalidant du trouble. Cela étant, dans la mesure où la décision litigieuse du 17 octobre 2016 est postérieure à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral rendue le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281 ), celle-ci doit être prise en considération pour résoudre le présent litige. Or, la chambre de céans constate à la lecture du rapport du Dr N\_\_\_\_\_ que son expertise ne permet pas non plus d'effectuer une appréciation concluante du cas de la recourante à l'aune des nouveaux indicateurs déterminants. Il n'est en effet pas possible de se faire une idée précise de l'interaction entre la somatisation, le trouble de la personnalité anxieuse évitante, les autres troubles de l'humeur persistants et les troubles dégénératifs marqués de la colonne cervicale objectivés par l'expert rhumatologue, soit les cervicalgies chroniques. Par ailleurs, le rapport ne contient pas d'indication sur les ressources personnelles de la recourante et sur sa capacité à les mobiliser. Il n'aborde pas davantage les fonctions complexes du Moi et il manque également des éléments pour se faire une idée sur la cohérence, du point de vue du comportement de la recourante. En outre, l'expert psychiatre n'a pas procédé à une comparaison du niveau d'activité sociale de la recourante avant et après la survenance de l'atteinte à la santé . En définitive, il manque à l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ les éléments nécessaires pour permettre de trancher - au degré de la vraisemblance prépondérante - les questions de fait essentielles. La chambre de céans n'est ainsi pas en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale de la recourante et de déterminer si elle a présenté un changement important, au sens de l'art. 17 LPGa. Dans ces conditions, et à défaut d'autres informations médicales fiables et suffisantes au dossier permettant de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychique depuis le 17 novembre 2011, un nouvel examen médical s'impose qui devra mettre en lumière les éléments nécessaires pour se déterminer au regard des nouveaux critères jurisprudentiels déterminants (cf. ATF 141 V 281 ). Par conséquent, une instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique doit être effectuée. Celle-ci sera confiée au docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. \*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise psychiatrique. [endif]>[if> II. Commet, à cette fin, le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, à Aigle.[endif]>[if> III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : [endif]>[if> 1. Prendre connaissance du dossier de la cause.[endif]>[if> 2. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Madame A\_\_\_\_\_. [endif]>[if> 3. Examiner et entendre Madame A\_\_\_\_\_, à l'aide d'une interprète de langue albanaise et après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes.[endif]>[if> 4. Si nécessaire, ordonner d'autres

examens.![endif]>![if> IV. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :![endif]>![if> 1. Anamnèse détaillée.![endif]>![if> 2. Plaintes et données subjectives de Madame A\_\_\_\_\_.![endif]>![if> 3. Status clinique et constatations objectives.![endif]>![if> 4. a. Diagnostics selon la classification internationale. ![endif]>![if> Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). b. En particulier Madame A\_\_\_\_\_ présente-t-elle un syndrome du type trouble somatoforme douloureux ou des affections psychosomatiques assimilées? c. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? d. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? ![endif]>![if> 6. Les plaintes sont-elles objectivées ? ![endif]>![if> 7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par Madame A\_\_\_\_\_).![endif]>![if> 8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?![endif]>![if> 9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?![endif]>![if> 10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? ![endif]>![if> 11. Madame A\_\_\_\_\_ a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? ![endif]>![if> 12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?![endif]>![if> 13. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?![endif]>![if> 14. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? ![endif]>![if> Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. 15. De quelles ressources mobilisables Madame A\_\_\_\_\_ dispose-t-elle ? ![endif]>![if> 16. Quel est le contexte social ? Madame A\_\_\_\_\_ peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? ![endif]>![if> 17. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de Madame A\_\_\_\_\_ à reconnaître sa maladie ? ![endif]>![if> 18. Dans l'ensemble, le comportement de Madame A\_\_\_\_\_ vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? ![endif]>![if> 19. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne.![endif]>![if> a. dans l'activité habituelle ![endif]>![if> b. dans une activité adaptée.![endif]>![if> 20. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de Madame A\_\_\_\_\_, en pourcent et chiffrer une éventuelle diminution de rendement. Dire depuis quand une telle capacité est exigible,![endif]>![if> a. dans l'activité habituelle ![endif]>![if> b. dans une activité adaptée (décrire le domaine d'activité adaptée).![endif]>![if> 21. Dater la survenance de l'incapacité de travail

durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution (dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée).!endif]>![if> 22. a. L'état de santé de Madame A\_\_\_\_\_ s'est-il amélioré/aggravé depuis la décision initiale du 17 novembre 2011 ? si oui, depuis quelle date ?!endif]>![if> b. Cette amélioration/aggravation a-t-elle une influence sur la capacité de travail de Madame A\_\_\_\_\_ ? si oui, de quelle manière ? 23. 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. !endif]>![if> 24. a. Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et les conclusions de la Dresse L\_\_\_\_\_ et du Dr S\_\_\_\_\_ ? (rapports des 14 juin 2013 et 13 octobre 2016) ? si non, pourquoi ? !endif]>![if> b. Êtes-vous d'accord avec les constatations et conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 16 avril 2015) ? si non, pourquoi ? 25. Formuler un pronostic global.!endif]>![if> 26. Toute remarque utile et proposition de l'expert. !endif]>![if> V. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.!endif]>![if> VI. Réserve le fond.!endif]>![if> La greffière Julia BARRY La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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