

## **GE\_GERICHTE A/4437/2011 vom 21. Januar 2013**

GE Cour de justice, 2013-01-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4437\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4437_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/4437/2011 du 21 janvier 2013

IT: GE\_GERICHTE A/4437/2011 del 21 gennaio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Mme A\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante), née en 1960, originaire du Kosovo, mariée, mère de deux enfants nés en 1991 et 1996 est entrée en Suisse le 23 octobre 2003 et est titulaire d'une autorisation d'établissement C. L'assurée a travaillé comme femme de chambre à l'Hôtel X\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 31 mai 2009 à raison de vingt heures par semaine et a été en incapacité de travail totale depuis le 22 janvier 2009. Une échographie de la glande thyroïde du 29 janvier 2009 a conclu à une glande thyroïde de volume normal avec deux structures nodulaires, la première localisée dans le tiers inférieur, de structure échogène, vascularisée dans sa périphérie et en son centre et la deuxième relativement hypoéchogène, bien délimitée et séparée par un fascia; une origine parathyroïdienne peut-être suspectée. Une scintigraphie thyroïdienne était à envisager. Une RX crâne et thorax de face-profil du 29 janvier 2009 a conclu à un grand volume pulmonaire avec multiples bulles d'emphysème dans le lobe supérieur droit; aspect irrégulier et flou du bord gauche du cœur; attraction de la trachée vers la droite; ces images sont à confronter aux précédentes; silhouette cardiaque de taille dans les limites supérieures de la norme et scoliose dorsale à convexité droite. Le 27 février 2009, le Dr L\_\_\_\_\_, FMH radiologie, a attesté sur la base d'un CT-Scan thoracique de bronchiectasies kystiques prédominant au sommet droit sur un fond d'hyperinflation pulmonaire; aspect en "verre dépoli", non spécifique, des deux lobes inférieurs; thyroïde hétérogène; hernie hiatale; lithiase vésiculaire, sans signe inflammatoire associé et stéatose hépatique. Le 15 mars 2009, le Dr M\_\_\_\_\_, FMH pneumologie, a posé les diagnostics de symptomatologie respiratoire multifactorielle : asthme probable reflux gastro-oesophagien; bronchiectasies kystiques du sommet droit (CT-scan thoracique du 27 février 2009); hernie hiatale; lithiase vésiculaire et stéatose hépatique (CT-scan thx du 27 février 2009); possible emphysème pulmonaire et obésité (BMI 30kg/m<sup>2</sup>). Le 24 mars 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_, médecin-traitante, a rendu un rapport médical intermédiaire à l'attention d'Helsana Assurances SA en indiquant des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne CDlombaire, des lombosciatalgies aiguës droites, une tendinopathie de l'épaule droite, un emphysème pulmonaire, une suspicion de réactivation de TBC pulmonaire et d'un adénome hypophysaire, un état anxieux important, un goitre et une lithiase vésiculaire. Le pronostic était bon. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 janvier 2009. Une RX épaule droite de face et en axial du 9 avril 2009 a conclu à un espace articulaire gléno-huméral conservé; kystes synoviaux dans la partie inférieure de la glène, de taille infracentimétrique; tête humérale à sphéricité normale, sans calcification adjacente; à signaler, de multiples bulles d'emphysème au niveau de l'apex droit, à confronter aux

clichés thoraciques. Une échographie de l'épaule droite du 9 avril 2009 a conclu à une articulation acromio-claviculaire d'épaisseur normale; le tendon du long chef du biceps est dans sa gouttière bicipitale et pas de lésion du sous-scapulaire; le tendon du sus-épineux est suivi tout au long de son trajet, sans rupture; image nodulaire hypo-échogène de 2,3 mm bordant la surface supérieure du sus-épineux évoquant une petite bursite et tête humérale à sphéricité normale, sans calcification adjacente. L'assurée a déposé le 14 mai 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Une RX de la colonne cervicale, dorsale et lombaire du 3 juin 2009 a conclu à une discrète scoliose à convexité gauche et disparition de la lordose physiologique; discarthrose C5-C6 avec ébauche ostéophytaire antérieure; les apophyses unciformes sont légèrement en C5-C6; scoliose à convexité supérieure droite avec cyphose physiologique conservée; pas de discopathie ni tassement vertébral; aspect hypoplasique des 12èmes côtes; scoliose à convexité gauche avec une lordose physiologique conservée; discarthrose sévère L4-L5 avec ostéophytose marginale droite, antérieure et sclérose des plateaux vertébraux; arthrose interapophysaire postérieure à l'étage inférieur; angle lombo-sacré dans les limites de la norme, mesurant 31° et sclérose bordant les pieds des articulations sacro-iliaques traduisant des lésions dégénératives. Le 22 juin 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CDLombaire, sur discarthrose sévère C5-C6, L4-L5 et sur probable instabilité lombaire - arthrose interapophysaire postérieure; lombosciatalgies aiguës droites; scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et bursite; emphysème pulmonaire; suspicion de réactivation de TBC pulmonaire; état anxieux important; suspicion d'adénome hypophysaire; goitre; lithiase vésiculaire et asthme. Elle suivait l'assurée depuis le 22 janvier 2009 et lui avait prescrit un traitement médicamenteux et de la physiothérapie. Elle ne pouvait porter de lourdes charges et effectuer des travaux lourds. L'incapacité de travail était actuellement totale. On ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Le 24 juin 2009, une IRM du cerveau a été effectuée ne révélant pas d'effet de masse ni déplacement de la ligne médiane; pas de foyer ni hypo - ni hyperintense dans le parenchyme cérébral; pas de dilatation anévrysmale ni shunt artério-veineux et selle turcique vide. Le 27 juillet 2009, X\_\_\_\_\_ Genève a rempli le questionnaire pour l'employeur en indiquant un horaire normal de travail pour l'entreprise de 42 heures par semaine et un salaire horaire de 21 fr. 10 pour l'assurée, laquelle était en incapacité de travail totale depuis le 22 janvier 2009. Il a précisé que le travail de l'assurée était pénible. Le 13 août 2009, le Dr O\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué qu'il fallait demander au médecin-traitant s'il existait une capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il transmettrait les rapports de consultation spécialisées. Le 24 août 2009, le Dr M\_\_\_\_\_ a mentionné qu'il n'avait vu l'assurée que le 23 février 2009 et ne pouvait se prononcer sur sa capacité de travail. Par communication du 24 septembre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a informé l'assurée qu'il n'y avait pas de mesure professionnelle possible pour le moment. Le 5 octobre 2009, la Dresse M. P\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, diabétologie-endocrinologie, a informé la Dresse N\_\_\_\_\_ que l'assurée présentait selon l'échographie du 29 janvier 2009 deux structures nodulaires au niveau du lobe thyroïdien gauche et souhaitait compléter le bilan. Le 1<sup>er</sup> novembre 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé actuel de l'assurée ne lui permettait pas d'entreprendre un travail quel qu'il était. Le 19 novembre 2009, la Dresse P\_\_\_\_\_ a estimé que la situation était tout à fait favorable et a proposé une échographie en 2010 pour connaître la croissance et la structure nodulaire de la thyroïde. Une IRM du 17 février 2010

a conclu à une dégénérescence discale de L2-L3 jusqu'à L5-S1 avec discarthrose L4-L5; arthrose des facettes articulaires postérieures à l'étage dorsal inférieur; protrusion discale L4-L5 foraminale droite en contact avec la racine L4 dans son trajet foraminal; protrusion discale L5-S1 foraminale gauche en conflit avec la racine L5 gauche dans son trajet foraminal; lésions dégénératives interapophysaires postérieures étagées mais ne provoquant pas de rétrécissement canalaire surajouté et cône médullaire de topographie normale et de signal homogène. Le 23 février 2010, le Dr M\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de ronflement simple suite à une consultation du 17 février 2010 en vue de rechercher un syndrome d'apnées du sommeil, qui pouvait être écarté. Il a rappelé que le traitement instauré en 2009 pour l'asthme et un probable reflux gastro-oesophagien avait conduit à de bons résultats. Le 1<sup>er</sup> mars 2010, la Dresse O\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis dans lequel elle a indiqué que la situation médicale n'était pas encore stabilisée et que des investigations étaient nécessaires. Le 3 mars 2010, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre. Le 30 avril 2010, le Dr Q\_\_\_\_\_, FMH oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a proposé un bilan thyroïdien et, si négatif, une prothèse d'avancement mandibulaire, voire une septoplastie et turbinoplastie pour améliorer la fonction respiratoire nasale. Le 7 mai 2010, la Dresse N\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a mentionné un état de santé stationnaire. L'assurée se plaignait de douleurs au niveau du rachis CDLombaire de façon continue, de douleurs aux épaules, à la hanche gauche, de maux de tête, de troubles respiratoires d'asthénie, d'angoisse et de troubles du sommeil. L'assurée présentait d'importants troubles au niveau du rachis CDLombaire et de troubles respiratoires. Il y avait contre indication pour la prise de charges lourdes et de travaux lourds. Le 18 juin 2010, la Dresse N\_\_\_\_\_ a indiqué, à la demande de l'OAI, que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 22 janvier 2009 et laissé ouverte la question d'une capacité de travail dans une activité adaptée en relevant que l'assurée souffrait de troubles respiratoires, ne parlait pas le français et n'avait aucune formation spécialisée. A la demande de l'OAI, le Dr R\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie-médecine interne, a rendu un rapport d'expertise fondé notamment sur un examen clinique de l'assurée du 6 janvier 2011 et des radiographies complémentaire de la colonne lombaire et cervicale du 6 janvier 2011. L'assurée se plaignait de lombopyalgies, de cervico-brachialgies, de polyarthralgies et des omalgies bilatérales prédominant à droite. Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome cervico-brachial récurrent sans signe radiculaire irritatifs ou déficitaires - discopathie C5-C6; syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent et 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 - périarthropathie de hanches d'accompagnement; dyspnée sur asthme actuellement compensé sous traitement et syndrome anxio-dépressif modéré sous traitement. Du point de vue rhumatologique, dans son activité de femme de chambre, estimant qu'elle devait effectuer des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, sa capacité de travail était estimée à 70 %. Dans une activité adaptée, en limitant les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, et les mouvements d'extension de la nuque, sa capacité de travail pourrait être totale. C'était surtout le vécu douloureux chronique, probablement à insérer dans un contexte d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, d'une difficulté à s'intégrer associée à un probable syndrome anxio-dépressif sous jacent qui entravaient la reprise d'une activité professionnelle. Il n'y avait pas de déconditionnement musculaire, il n'y avait pas de discopathies sous-jacentes

qui étaient certes présentes mais non conflictuelles et ne présentaient pas à son avis d'éléments suffisants pour justifier une telle appréciation ce d'autant plus que ces lésions dataient d'avant l'incapacité de travail de longue durée. Il n'y avait également pas d'atteinte neurologique. L'assurée présentait une limitation concernant les longs bras de levier, le port de charges répétitif à plus de 10 kg, et les longs déplacements de plus d'une demi-heure. Sa capacité de travail dans son activité actuelle de femme de chambre dans un hôtel, était de 70 %. Celle-ci pourrait raisonnablement être augmentée à 80 % voire 90 % une fois l'amélioration de la prise en charge thérapeutique précitée bien conduite. La capacité de travail était exigible trois mois après l'arrêt du 22 janvier 2009, soit dès mai 2009. Le 31 janvier 2011, la Dresse S\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire et que le syndrome douloureux devait être analysé selon les critères de la jurisprudence actuelle. A la demande de l'OAI, les Drs T\_\_\_\_\_, médecin interne au Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG et U\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint, responsable de la supervision, ont rendu une expertise le 1<sup>er</sup> juillet 2011, fondée notamment sur trois entretiens avec l'assurée. L'assurée se plaignait surtout de céphalées occipitales, déclenchées principalement par le bruit, qui étaient décrites comme invalidantes, empêchant toute activité, de lombosciatalgies, de cervico-brachialgies bilatérales, de douleurs à l'omoplate droite, de vertiges et de dyspnée à l'effort; elle se sentait énervée et déprimée depuis deux ans en raison des multiples douleurs et de son incapacité, des troubles de la mémoire, de la fatigue et des difficultés de concentration. 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 défaillantes 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. 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. Le 26 septembre 2011, le SMR a rendu un avis médical selon lequel l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ était probante et celle des Drs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ sujette à caution dès lors que le fils de l'assurée avait œuvré comme traducteur. L'acculturation et l'illettrisme ne permettaient pas une réadaptation professionnelle. Les notions de dépression légère mentionnées dans l'expertise ne pouvaient pas être prises en considération. Selon les critères jurisprudentiels en présence d'un syndrome douloureux somatoforme, il n'y avait pas d'affection corporelle chronique incapacitante, pas de comorbidité psychiatrique invalidante, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état cristallisé dès lors que pour l'établir une investigation psychanalytique eut été nécessaire

laquelle n'avait pas sa place dans une expertise, ni de traitement conforme aux règles de l'art en l'absence de traitement rhumatologique et psychiatrique. En conséquence, le syndrome douloureux somatoforme n'était pas invalidant. Par projet de décision du 7 octobre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que depuis avril 2009 la capacité de travail était d'au moins 70 % dans l'activité habituelle et qu'une enquête ménagère n'était pas nécessaire dès lors qu'on pouvait retenir des empêchements identiques dans la sphère ménagère et dans l'activité lucrative. Le 31 octobre 2011, l'assurée s'est opposée à cette décision en faisant valoir qu'elle avait des problèmes de santé depuis plusieurs années. Par décision du 17 novembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que l'opposition n'avait apporté aucun élément supplémentaire. Le 22 novembre 2011, l'OAI a reçu un courrier du 14 novembre 2011 de l'assurée indiquant qu'elle ne pouvait travailler à 50 % et plus et devait se rendre régulièrement chez son médecin pour de sérieux problèmes de santé. Le 22 décembre 2011, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 17 novembre 2011 en concluant à son annulation et à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité entière depuis le 20 novembre 2009, au motif que les médecins-traitants avaient attesté d'une incapacité de travail totale depuis janvier 2009, qu'elle avait de la peine à marcher, présentait des douleurs constantes, avec manque de concentration et qu'elle n'avait de contact qu'avec sa famille, sans intégration aucune dans la vie au dehors. Elle requérait d'audition des Drs N\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_, sa psychiatre-traitante. Le 18 janvier 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. A la demande de la Cour de céans, les Desses V\_\_\_\_\_, médecin interne, et W\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au département de psychiatrie générale des HUG, ont rendu un avis médical selon lequel l'assurée était suivie depuis le 7 décembre 2011 pour un trouble de l'humeur sans précision (F 33.9) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) 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. A la demande de la Cour de céans, le 7 juin 2012, les Drs U\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, ont rendu un avis médical. 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 ; il n'y avait pas de discordance entre ses plaintes et son comportement ; elle se plaignait d'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. Le 9 juillet 2012, la Dresse D \_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical selon lequel l'assurée ne présentait pas d'atteinte somatique grave avec répercussion sur la capacité de travail mais seulement un syndrome cervico-brachial récurrent évalué par le Dr R \_\_\_\_\_ ; le propre du trouble somatoforme douloureux était justement l'absence de traitement curatif ; l'état psychique cristallisé ne pouvait être évalué que par une évaluation psychodynamique réalisée sur plusieurs années ; d'autres médecins que les experts mentionnaient une nette discordance entre les plaintes et les éléments objectivés ; en conclusion, l'assurée ne présentait pas les critères pour que son trouble somatoforme soit jugé comme totalement incapacitant et non surmontable. Le 10 juillet 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le 16 juillet 2012, la recourante a observé que le Dr T \_\_\_\_\_ répondait en se fondant sur des entretiens de 2011 en présence de son fils de 20 ans œuvrant comme traducteur, ce qui paraissait déplacé et contraire aux principes d'équité et de véracité. Il ne se référait pas au suivi débuté en novembre 2011 par la Dresse E \_\_\_\_\_, médecin interne au Service de psychiatrie générale (secteur Servette) des HUG. Le 23 août 2012, la Dresse F \_\_\_\_\_ a rendu un avis médical à la demande de la Cour de céans. 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 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 une incapacité à cause des tâches ménagères en raison de céphalées et vertiges. Elle était d'accord avec l'expertise et son complément des Drs T \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_ ainsi qu'avec l'avis des Drs G \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_ sous réserve des facteurs socioculturels qui étaient secondaires devant la psychopathologie invalidante. 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. Le 3 septembre 2012, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré : "Je ne fais rien de mes journées, j'ai des difficultés quand je me lève le matin, puis toute la journée. Je ne peux rien faire et je passe en général mes journées au lit. J'ai beaucoup de douleurs aux jambes, à la nuque et j'ai également des vertiges. Souvent, je perds conscience en raison des douleurs à la nuque. Je suis tombée à de nombreuses reprises. Je n'assume aucune tâche ménagère, mon mari et mon fils s'en occupent entièrement. Comme je n'arrive pas à supporter le bruit, lorsque des invités viennent, je m'isole dans ma chambre. Mon mari et mon fils s'occupent des invités. En général, je n'ai pas de contacts avec ces derniers. Je ne sais pas pourquoi les experts ont indiqué que je recevais beaucoup d'amis. La famille vient me rendre visite, mais ce n'est pas moi qui les reçois car je ne supporte pas le bruit d'un groupe de personnes. J'ai toujours eu le souhait de travailler, mais n'en suis pas capable. Je n'ai pas la force de marcher. J'ai des douleurs aux jambes. Je ne me sens pas bien psychologiquement. J'ai également des douleurs quotidiennes intenses à la tête qui parfois me font perdre connaissance. Je ne pense pas que mon fils ait mal traduit les entretiens que j'ai eus avec les experts en 2011. Mon fils parle bien français. Je suis toujours en traitement chez la Dresse F \_\_\_\_\_. Je suis également suivie par un autre médecin psychiatre, dont je ne me

souviens pas le nom, depuis un an". Le 28 septembre 2012, la Dresse D\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel le trouble de l'humeur attesté par la Dresse F\_\_\_\_\_ faisait partie du trouble somatoforme douloureux et n'était pas co-invalidant. L'incapacité de travail ne pouvait être retenue au vu de la jurisprudence. L'assurée n'aurait plus de contact avec son entourage alors qu'elle avait des visites quotidiennes lors de l'expertise de sorte que la question d'une aggravation se posait, laquelle était en tous les cas postérieure à la décision et non durable. Le 22 octobre 2012, l'OAI a observé que l'assurée ne souffrait pas d'une comorbidité grave au sens de la jurisprudence, ni d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années. S'agissant de l'état psychique cristallisé, seule une évaluation psychodynamique lors d'une psychanalyse sur plusieurs années pouvait l'établir. Les experts n'ayant pas procédé à une telle investigation, ce critère ne pouvait être retenu. L'assurée ne présentait pas non plus une perte d'intégration sociale et les traitements n'étaient pas un échec, celui prescrit par l'expert rhumatologie n'ayant pas été mis en œuvre. En conséquence, le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant. Le 13 novembre 2012, l'assurée a observé qu'elle ne pouvait se trouver dans une réintégration de processus de travail, que son état de dépression était tel qu'elle ne sortait pas de chez elle, avait peur des bruits, présentait une absence de plaisir totale, un manque de libido et des idées suicidaires, qu'elle souffrait de troubles somatiques, soit un processus maladif sur plusieurs années et qu'elle présentait une comorbidité grave et un isolement social. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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). 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 6 premier volet), et du 15 juin 2012 (révision 6 deuxième volet) entrées en vigueur respectivement le 1 er janvier 2004, le 1 er janvier 2008, le 1 er janvier 2012 et le 1 er janvier 2013, 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 467, 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 93 , consid. 6b, ATF 112 V 360 , consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents et de la demande de prestations de mai 2009, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ), sous réserve de la dernière modification de la LAI, entrée en vigueur le 1 er janvier 2012. Le délai de recours est de 30

jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2) 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 , consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (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.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 , consid. 4.2.2; ATF non publié 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif 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 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) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, 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). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié I 488/04 du 31 janvier 2006, consid. 3.3). 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). 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 ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 , consid. 3b/aa et les références). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des

facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATFA non publié I 648/03 du 18 septembre 2004, consid. 5.1.3 et 5.1.4). 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 170, consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353, consid. 5b, ATF 125 V 193, consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319, consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464, consid. 4a, ATF 122 III 219, consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90, consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283, consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3.). a) En l'espèce, du point de vue somatique,

l'expertise rhumatologique du Dr R\_\_\_\_\_ revêt force probante. La recourante n'a pas précisément contesté cette expertise mais l'a fait indirectement en alléguant une incapacité de travail totale en raison tant de problèmes somatiques que psychosomatiques (recours p. 10). Elle cite à cet égard des souffrances cervicales, dorsales, lombalgiques aiguës, de l'arthrose, des bursites, des problèmes pulmonaires, une suspicion d'adénome hypophysaire, un goitre, une lithiase réticulaire et de l'asthme (observations du 13 novembre 2012) sans expliquer en quoi ces différentes affections entraîneraient une incapacité de travail totale. Selon l'expert rhumatologue, la recourante se plaignait de lombopyalgies, cervico-brachialgies, polyarthrologies et omalgies bilatérales. Il a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome cervico-brachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire discopathie C5-C6, syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent et syndrome de fatigue chronique. Il a indiqué qu'une médication tricyclique pourrait améliorer la douleur ainsi que de la physiothérapie et une prise en charge psychothérapeutique. La capacité de travail était réduite à 70 % dans l'ancienne activité et totale dans une activité adaptée. Du point de vue somatique, il existe ainsi des affections qui ont un impact sur la capacité de la recourante dans son ancienne activité de femme de ménage mais pas dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. b) Du point de vue psychiatrique, l'expertise des Drs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2011 avec son complément du 7 juin 2012 répond aux critères de la jurisprudence pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. L'expertise psychiatrique a d'ailleurs été confirmée par les avis des médecins-traitants, soit les Drs W\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ (avis du 4 avril 2012) et la Dresse F\_\_\_\_\_ (avis du 23 août 2012). La recourante ne le conteste d'ailleurs pas. Quant à l'intimé, il n'a pas véritablement remis en question les constatations et diagnostics posés (seule la présence d'une dépression légère étant contestée mais n'a en réalité pas été retenue par les experts dans leurs diagnostics) mais uniquement l'appréciation de la capacité de travail en concluant à l'absence de syndrome douloureux somatoforme invalidant au vu des critères de la jurisprudence (avis du SMR du 26 septembre 2011). L'intimé a en effet contesté la présence d'un processus malade, l'assurée n'ayant aucune atteinte somatique grave, l'échec des traitements puisque le trouble somatoforme douloureux n'avait pas de traitement curatif connu, l'état psychique cristallisé, celui-ci ne pouvant être établi que par une évaluation psychodynamique sur plusieurs années pour conclure que, contrairement à l'avis des experts, le trouble somatoforme douloureux n'était pas incapacitant. L'expertise psychiatrique a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants depuis 2008. L'incapacité à accomplir la moindre activité, même à domicile, était due à la douleur, la dyspnée, les vertiges, la fatigue et manque d'énergie, associés à un état régressif et à un sentiment d'impuissance mais non pas à la sévérité du trouble dépressif associé. Dans le complément d'expertise du 7 juin 2012, les experts se sont, à la demande de la Cour de céans, prononcés plus précisément sur les critères jurisprudentiels pertinents pour déterminer si un trouble somatoforme douloureux est invalidant. Ils ont retenu que la recourante ne présentait ni de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni de comorbidité psychiatrique importante et autonome. En revanche, elle présentait un processus malade s'étendant sur plusieurs années, des affections corporelles chroniques et un état psychique cristallisé. Elle avait suivi sans succès un traitement pour les douleurs ostéo-articulaires mais pas de traitement antidépresseur. Elle était collaborante. Elle n'avait pas eu une attitude histrionique et se plaignait de lourds handicaps. Finalement, les experts ont estimé que l'assurée n'avait pas les ressources psychologiques nécessaires pour faire

face à ses douleurs. Du point de vue psychiatrique, il existe ainsi principalement un diagnostic de trouble somatoforme douloureux, les experts, médecins-traitants et le SMR ayant exclu toute comorbidité importante et autonome audit trouble. En conséquence, le caractère invalidant ou non de ce trouble somatoforme douloureux doit être examiné en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée. A cet égard, force est de constater que la recourante remplit plusieurs critères jurisprudentiels précités mais que leur nombre et leur intensité ne sont pas tels qu'ils entraîneraient la reconnaissance du caractère invalidant de son trouble somatoforme douloureux. Tout d'abord, le critère de l'état psychique cristallisé est réalisé dès lors qu'il a été clairement reconnu par les experts psychiatres, ceux-ci ayant précisé que la recourante était totalement fixée sur ses problèmes physiques, qu'elle se trouvait dans un état régressif sévère et que ses stratégies pour faire face à la douleur étaient défailtantes et inadéquates (avis des experts psychiatres du 7 juin 2012). Ce critère a aussi été attesté par les Drs W\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_ (avis du 4 avril 2012) et F\_\_\_\_\_ (avis du 23 août 2012). A cet égard, on peine à comprendre le raisonnement de l'intimé. En effet, si l'état psychique cristallisé devait correspondre à la description qui en est faite par le SMR (avis du 9 juillet 2012) il ne pourrait pratiquement jamais être évalué dans le cadre d'une expertise psychiatrique, celle-ci ne se déroulant pas sous la forme d'une psychanalyse de plusieurs années. L'exigence fixée par l'intimé pour l'évaluation de ce critère revient à nier complètement celui-ci de sorte qu'elle ne saurait correspondre au sens qui doit lui être donné selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Il convient ainsi de reconnaître l'existence à la recourante d'un état psychique cristallisé. En outre, si le processus maladif s'étendant sur plusieurs années et les affections corporelles chroniques peuvent également être admis, la recourante ayant présenté de l'avis du Dr R\_\_\_\_\_ un syndrome cervico-brachial, une discopathie C5-C6 et un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent entraînant des limitations fonctionnelles et ne l'autorisant plus à exercer son ancienne profession à plein temps, il n'en est pas de même de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, tant l'expertise rhumatologique que l'expertise psychiatrique relevant que certaines thérapies n'ont pas été tentées du tout (médication tricyclique et psychothérapie selon l'expertise rhumatologique et une prise en charge multidisciplinaire et une prise d'un antidépresseur selon l'expertise psychiatrique). Certes les Desses W\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont-elles attesté d'un traitement médicamenteux et d'un suivi psychothérapeutique de la recourante mais leur suivi a débuté respectivement le

#### **E. 7**

décembre 2011 et le 16 mai 2012 soit postérieurement à la date de la décision litigieuse de refus de rente du 17 novembre 2011, de sorte que la Cour de céans ne saurait en tenir compte pour évaluer le bien-fondé de cette dernière. Enfin, la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne saurait non plus être admise au vu des constatations des experts psychiatres relevant que la recourante recevait beaucoup de visites. Certes, cela ne semble plus être le cas selon les observations des Drs W\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, celles-ci relevant que la recourante vit isolée dans sa chambre, refusant tout contact avec son entourage, même avec son mari et ses enfants. Par ailleurs, en audience de comparution personnelle des parties, la recourante a également déclaré qu'elle passait ses journées au lit, isolée dans sa chambre, sans contact avec les invités qui venaient chez elle. Comme relevé par la Dresse D\_\_\_\_\_ du SMR, cet aspect pourrait correspondre à une aggravation du cas dont on doit toutefois constater qu'elle serait

survenue postérieurement à la décision litigieuse au vu de la date à laquelle a débuté le suivi des Dresses précitées et des déclarations de la recourante lors de l'audience du 3 septembre 2012. Au vu de ce qui précède et compte tenu de la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral au sujet de la reconnaissance du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, il y a lieu de considérer que les critères du processus maladif, de l'affection corporelle chronique et de l'état psychique cristallisé ne sont pas suffisants en l'espèce pour reconnaître à la recourante le caractère invalidant de son trouble somatoforme douloureux. En définitive, seule une incapacité de travail de 30 % dans l'ancienne activité de femme de ménage peut être retenue, laquelle est insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté. En revanche, il y a lieu de constater que postérieurement à la décision litigieuse du 17 novembre 2011 l'état de santé de la recourante semble s'être aggravé, celle-ci ayant présenté, malgré la mise en route du traitement psychothérapeutique et médicamenteux, aucune amélioration de son état et étant victime de perte d'intégration sociale qui laisse à penser, au vu de la description faite par la recourante et ses psychiatres-traitantes, qu'elle touche toutes les manifestations de la vie. Il se justifie ainsi de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il instruisse d'office, dans le cadre d'une procédure de révision, l'état de santé de la recourante postérieurement au 17 novembre 2011 et rende une nouvelle décision. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RSG E 510.03). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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