

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1178/2017

ATAS/415/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 13 mai 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THÔNEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Tania NICOLINI

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1963, originaire d'Espagne et au bénéfice d'un permis C. Elle a été engagée le 26 septembre 1992 par B_____ SA (ci-après B_____). Selon un avenant du 30 juillet 2014, son taux d'activité était, dès le 18 août 2014, de 31 heures par semaine, correspondant à un 80,52%, pour un salaire mensuel de CHF 3'405.-.
2. Elle était assurée auprès de Swica Assurance-maladie SA (ci-après Swica), par l'intermédiaire de son employeur, pour une assurance d'indemnités journalières perte de gain maladie.
3. En 2012, l'assurée a commencé à souffrir de douleurs au niveau des rachis cervical et lombaire. Des séances de physiothérapie lui ont été prescrites.
4. Le 5 octobre 2015, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué avoir reçu l'assurée les 11 juin et 29 septembre 2015. Elle avait présenté plusieurs problèmes mécaniques au coude droit en 2008, au coude gauche en 2011 et à la cheville droite en mars 2015. Elle se plaignait de douleurs cervico-brachiales prédominant à droite de longue date, dans une moindre mesure accompagnées de dorso-lombalgies avec sciatalgies droites. Compte tenu de la longue évolution des douleurs persistantes, sans signe de synovite ou d'autres éléments spécifiques pour une connectivité, la patiente semblait être entrée dans un cercle de douleurs chroniques qui évoquait une fibromyalgie. Elle pourrait bénéficier d'un traitement de fond avec de la gabapentine associée à un antidépresseur afin de relever son seuil douloureux et du Dafalgan 3 x 1 g. Le recours aux corticoïdes n'était pas indiqué en raison de son diabète.
5. Dans un rapport du 15 octobre 2015, le docteur D_____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a indiqué que la patiente l'avait consulté le 2 septembre 2015 pour des cervicalgies avec des fourmis aux bras, sans déficit, depuis quelques temps, avec blocage de la nuque et des lombalgies. S'agissant de l'environnement social, il n'y avait rien à signaler, si ce n'était une fragilité psychique à cause de la douleur chronique (légère dépression).
6. Le 8 janvier 2016, l'assurée a requis des prestations de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé).
7. Swica a confié une expertise pluridisciplinaire de l'assurée à la clinique Corela. L'expertise a été réalisée par la doctoresse E_____, rhumatologue, et le docteur F_____, psychiatre. Les experts ont retenu, dans leur rapport du 26 février 2016, sur le plan locomoteur, au rachis cervical, les diagnostics de protrusions des disques intervertébraux C5 à C6 et C6 à C7. L'examen clinique ne confirmait pas les lésions retrouvées sur les examens d'imagerie, dans le sens où les plaintes se situaient surtout au niveau de C7 et non pas en C5 et C6, sans qu'il n'y ait de rétrécissement patent des trous de conjugaison, puisqu'il n'y avait pas de signes neurologiques aux membres supérieurs. Il n'y avait donc pas de compression radiculaire associée. Des paresthésies avaient été évoquées par le Dr D_____ le

16 octobre 2015, mais pas par l'intéressée le jour de l'expertise et elles étaient dans tous les cas non déficitaires. Cela pouvait expliquer l'absence de consultation neurochirurgicale demandée par le praticien.

Les experts ont également posé, sur le plan locomoteur, au rachis dorso-lombosacré, le diagnostic de protrusion discale et dégénérescence interapophysaire postérieure de L5 à S1. L'examen clinique retrouvait une douleur lors de la palpation de l'épineuse de L5, mais sans signe objectif, puisqu'il n'y avait pas de contracture des muscles para-vertébraux associée, ni de trouble de la statique. Le rétrécissement des trous de conjugaison évoqué sur l'IRM ne pouvait être de caractère patent, en l'absence de plaintes actuelles au niveau des membres inférieurs et de signes de Lasègue ainsi que de tous signes neurologiques aux membres inférieurs (absence d'anomalie des réflexes, absence d'anomalie sensitivo-motrice). Il n'y avait donc aucun critère de gravité retrouvé, tout comme à l'étage cervical. Il s'agissait de constatations purement radiologiques, sans parallélisme clinique, ce qui pouvait là encore expliquer l'absence d'avis neurochirurgical. Aucune limitation n'était retenue dans la mesure où les lésions discales étaient extrêmement minimales et en rapport avec l'âge. L'examen clinique ne venait pas corréliser les lésions retrouvées. Des limitations en porte-à-faux cervical ne pouvaient pas être retenues, bien que l'investiguée ait signalé des douleurs de manière subjective. La normalité de l'examen clinique n'expliquait pas les difficultés alléguées dans les soins personnels, la cuisine, l'utilisation de l'aspirateur et le repassage ainsi que les grosses courses. En effet, les constatations radiologiques retenues au niveau cervical n'entraînaient aucune limitation. À l'étage lombaire, les lésions retrouvées étaient extrêmement banales pour l'âge et ne pouvaient pas faire appel à des limitations. L'examen clinique ne montrait pas de signes objectifs. Ainsi si l'intéressée se plaignait d'une limitation lors de l'orthostatisme prolongé au-delà de trente minutes, mais également à la marche au-delà de trente minutes, il ne s'agissait pas de réelles limitations, car les lésions retrouvées ne permettaient pas de retenir une telle restriction. L'expertisée relatait également un port de charge difficile au-delà de 5 kg, ce qui ne s'expliquait pas par les lésions retrouvées. Sur le plan médical objectif, dans son temps partiel de 81% ou dans un plein temps, l'incapacité de travail était de 0%, horaire sans baisse de rendement, au jour de l'expertise, soit le 26 janvier 2016. En l'absence de limitations retenues dans la dernière activité, la question d'un emploi adapté n'avait pas lieu d'être envisagée.

S'agissant des épaules de l'assurée, le diagnostic était une inflammation avec calcification (tendinopathie calcifiante). L'anamnèse dirigée ne permettait pas de faire ressortir une étiologie particulière, mais allait en tout cas à l'encontre d'une pathologie acromio-claviculaire. En ce qui concernait les épaules, on ne retrouvait pas de notification particulière sur le schéma corporel. Il semblait uniquement exister des douleurs thoraciques antérieures à l'effort et de caractère intense. Par ailleurs, les douleurs relatées spontanément comme étant localisées au niveau des

trapèzes, avec irradiation jusqu'à la face antérieure des bras, n'apparaissent à aucun endroit de l'auto-questionnaire. La palpation des articulations acromio-claviculaires se révélait indolore de manière bilatérale.

Au jour de l'expertise, les amplitudes articulaires étaient normales, du moins au niveau du testing passif, alors qu'en actif on retrouvait des limitations, probablement en lien avec un défaut de participation de l'assurée. En effet, on retrouvait à droite comme à gauche des tests de conflits négatifs, ce qui n'était pas en faveur d'un conflit sous-acromial et donc de l'imputabilité de la calcification dans les plaintes de l'intéressée. Or, il était retrouvé des tests tendineux tous positifs. La recherche des tests tendineux faisait appel à la participation de l'expertisée, dont la réponse était très subjective. En ce sens, on ne retrouvait pas de concordance entre la négativité des tests de conflit et la positivité de tous les tests à valeur localisatrice. Il n'y avait donc pas d'éléments cliniques en faveur d'une atteinte réelle et patente du supra-épineux. On retrouvait sur l'échographie de décembre 2014 une atteinte du supra-épineux avec présence d'une calcification en son sein, mais actuellement, il n'y avait pas de corrélation radio-clinique pour en permettre de retenir l'imputabilité de l'inflammation visualisée sur l'échographie et de la présence de la calcification aux plaintes de l'expertisée.

Aucune limitation fonctionnelle n'était retenue en ce qui concernait l'épaule gauche. En effet, la dernière imagerie de 2012 concernant cette épaule avait montré une régression de l'inflammation, notamment au niveau du sous-scapulaire. L'imagerie n'avait pas été refaite, mais l'examen clinique n'était pas en faveur d'une nouvelle inflammation sous-jacente et, en ce sens, aucune limitation n'était retenue, y compris dans les mouvements d'élévation antérieure, de rotation interne ou d'abduction, mais également dans le port de charges. Les mouvements au-dessus de l'horizontale n'étaient donc pas contrindiqués.

En ce qui concernait l'épaule droite, côté dominant, aucune limitation n'était retenue, puisque l'examen clinique n'allait pas dans le sens d'une responsabilité du tendon du supra-épineux dans les plaintes de l'expertisée. La dernière imagerie, datant de 2014, avait certes montré une inflammation du supra-épineux avec bursite sous-acromio-deltôïdienne associée, mais il n'y avait aucun argument pour penser à une inflammation persistante. Ainsi, les mouvements d'élévation antérieure et notamment au-dessus de l'horizontale n'étaient pas contrindiqués, de même que le port de charges au-delà de 5 kg. Au vu de ce qui précédait, les difficultés alléguées dans les activités de la vie quotidienne se référaient uniquement à des plaintes et non à des limitations à proprement parler, en ce qui concernait les épaules.

Du fait de la prescription d'analgésiques opioïdes, et compte tenu du fait que l'expertisée portait un patch de Durogesic le jour de l'expertise (traitement instauré trois semaines auparavant), un dépistage urinaire avait été réalisé dont le résultat était négatif, ce qui correspondait à une absence de compliance thérapeutique (analgésiques opioïdes), qui pouvait possiblement s'expliquer par le fait que l'expertisée avait posé son patch peu de temps avant l'expertise, sans que la

diffusion soit suffisante pour que la molécule morphinique soit retrouvée au niveau urinaire.

Au jour de l'expertise, soit le 26 janvier 2016, dans la mesure où aucune limitation n'était retenue, l'incapacité de travail était de 0%, horaire sans baisse de rendement. La question d'une activité adaptée n'avait pas lieu d'être envisagée, en l'absence de limitations retenues dans le dernier emploi.

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, l'expert rhumatologue relevait que dès lors que l'expertisée était droitère, il aurait été logique de retrouver une force supérieure du côté dominant, ce qui n'était pas le cas. On retrouvait une nette diminution des valeurs, d'environ 50% par rapport à leur moyenne, ce qui ne s'expliquait pas de façon objective, mais pouvait éventuellement être rapporté à un défaut de participation de l'expertisée. Le diagnostic de fibromyalgie était retenu sur la base des douleurs diffuses des quatre cadrans du corps depuis plus de trois mois et devant la présence de 12 sur 18 points de fibromyalgie sur les 11 requis, selon les critères ACR 1990. La présence de 4/5 signes de Waddel avait été constatée, ce qui correspondait à une nette tendance à la majoration. Un dépistage urinaire avait été réalisé montrant l'absence de compliancance thérapeutique au traitement par antalgique de palier II, puisque le résultat était négatif. Du fait d'un traitement par antidépresseur spécifique associé, prescrit dans le cadre de douleurs persistantes, un dosage sérique du Laroxyl avait été réalisé. Le taux retrouvé était largement en deçà de la fourchette d'efficience thérapeutique, indiquant une mauvaise compliancance à cette médication. En outre, l'assurée faisait état de plaintes de fatigue. En ce qui concernait la fibromyalgie, le traitement par antidépresseurs tricycliques était indiqué, sous réserve qu'il soit pris de façon effective, ce qui n'était pas le cas actuellement. En revanche, les morphiniques n'avaient pas leur place dans la prise en charge thérapeutique de la fibromyalgie et devaient être arrêtés. On pourrait également préconiser des thérapeutiques décontractantes de type balnéothérapie. Aucune limitation fonctionnelle n'était retenue en lien avec la fibromyalgie.

L'expert-psychiatre ne retenait pas de diagnostic en matière psychiatrique. Les plaintes de l'expertisée étaient essentiellement algiques. Le score de 19 à l'auto-questionnaire de dépression de Beck-II correspondait à une dépression légère et marquait l'absence d'un processus dépressif objectif. Ce score pouvait s'expliquer par la présence de plaintes algiques, qui avaient un impact sur certains items de l'auto-questionnaire de la dépression, notamment l'appétit, le sommeil ou encore l'irritabilité.

Le score de 46 de l'auto-questionnaire de Spielberger (STAIY), qui évaluait la tendance naturelle anxieuse de la personne examinée, dénotait une tonalité anxieuse moyenne, qui était plus à mettre en lien avec un contexte asséculogique conflictuel selon les dires de l'expertisée et l'impossibilité alléguée de travailler à cause des douleurs qu'avec une véritable tendance naturelle anxieuse.

Sur un plan purement psychiatrique, un trouble de l'adaptation n'était pas retenu, puisqu'il n'existait pas de facteurs de stress psychosocial identifiable. En effet, les douleurs éprouvées ne remplissaient pas les critères d'un tel facteur de stress et les difficultés conjugales rapportées s'étaient amendées et n'avaient pas engendré de symptomatologie particulière, ni de prise en charge spécifique.

Un épisode dépressif n'était pas non plus retenu, en l'absence des critères majeurs retrouvés. En effet, la tristesse était réactionnelle à la situation actuelle, l'intérêt et le plaisir étaient conservés et la perte d'énergie était mise en lien avec les plaintes algiques. Actuellement, l'expertisée bénéficiait d'un traitement de type Laroxyl le soir, en raison des algies évoquées et non pas à visée antidépressive. De plus, elle ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique spécialisé. Son discours au jour de l'expertise ne mettait pas en exergue des plaintes importantes hors du champ des douleurs. Aucun diagnostic de la lignée d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'adaptation ne pouvait être retenu. Le médecin traitant de l'expertisée évoquait une légère dépression en lien avec les douleurs présentées, ce qui confirmait les constatations de l'examen clinique auquel l'expert avait procédé, hormis en ce qui concernait le terme de « dépression ». L'assurée décrivait une confiance et une estime altérées du fait de la mauvaise évolution de la symptomatologie, mais l'expert relevait qu'elle gardait quand même confiance en elle. Le médecin de l'expertisée lui avait parlé d'une consultation prochaine auprès d'un centre antidouleur, ce qui lui redonnait de l'espoir. La concentration n'était pas altérée, avec une activité de lecture conservée ou le visionnage de la télévision. Les idées de mort n'étaient jamais présentes. L'assurée ne souffrait pas de ralentissement psychomoteur, mais d'un ralentissement réactionnel à la problématique algique. L'appétit était décrit comme variable. L'expertisée avait pris du poids du fait de sa ménopause, disait-elle. La prescription de Laroxyl pouvait également favoriser la prise pondérale. L'intérêt et le plaisir étaient conservés.

Sous discussion et synthèse pluridisciplinaire, il est mentionné que l'ensemble des plaintes était plutôt intégré dans le cadre d'une fibromyalgie telle qu'évoquée par le Dr C_____. Toutefois, malgré les diagnostics somatiques retenus, la présence de 4/5 signes de Waddell correspondait à une certaine majoration des plaintes et venait renforcer la discordance entre l'intensité alléguée des plaintes et un examen clinique pauvre, tout comme l'absence de compliance à la médication antalgique ainsi qu'à sa médication antidépressive.

Les algies en lien avec la fibromyalgie ne remplissaient pas les critères jurisprudentiels pour être considérées comme incapacitantes, en l'absence de limitations d'ordre somatique ou psychiatrique. Les algies relatives à la fibromyalgie semblaient avoir une intensité légère interférant avec la vie quotidienne durant les crises algiques, mais permettant encore à l'assurée d'aller de temps en temps au restaurant, de recevoir des amis chez elle, d'effectuer de petites activités en ce qui concernait les tâches ménagères ou encore de lire, de regarder la télévision et d'aller à la piscine une fois par semaine.

À en juger indirectement par l'absence de maladie psychiatrique ou somatique grave ou chronique, l'expertisée avait la capacité à surmonter les douleurs par des efforts importants. On ne pouvait pas dire que toutes les options thérapeutiques semblaient avoir été épuisées, puisqu'il ressortait de l'expertise que l'intéressée n'était pas compliant à sa médication par antalgiques opiacés et antidépresseurs et qu'elle n'avait pas de suivi psychiatrique spécialisé. Actuellement, l'incapacité à surmonter les douleurs par des efforts importants ne pouvait pas être retenue en ce qui concernait l'expertisée, comme en témoignait également la tendance à la majoration des plaintes ainsi que les discordances cliniques relevées.

8. Le 14 avril 2016, la Dresse E_____ a complété son rapport d'expertise à la demande de Swica. L'IRM dorsale du 19 février 2016 avait été effectuée au motif de douleurs de la charnière cervico-thoracique avec irradiations en cintre. Elle avait été réalisée avec une technique différente de celle du 4 septembre 2015, avec injection de gadolinium. Au niveau cervical, la différence qu'elle apportait tenait à la technique d'observation avec injection de gadolinium, mais on ne pouvait pas dire que ce qu'elle révélait était nouveau et créerait une nouvelle douleur. À l'imagerie, sous gadolinium, on observait une enthésopathie au niveau de C7, soit une dégénérescence du ligament. Ce trouble était bénin, relativement ubiquitaire et tout autant retrouvé chez les personnes ne se plaignant pas d'algies. Tout au plus, l'intéressée pouvait ressentir une certaine tension liée au remaniement avec probable sclérose de la discrète ostéophytose dorsale liée à l'âge, ce qui était banal. Cette enthésopathie du ligament inter-épineux était tout à fait isolée, ce qui excluait une spondylarthropathie sous-jacente. À l'étage dorsal, un œdème antérieur en D5 à D6 sur une ostéophytose sous-jacente avait été évoqué sur la dernière IRM de février 2016. Là encore, la visualisation de l'œdème était révélée par l'injection de gadolinium. Une ostéophytose en progression s'accompagnait souvent d'un léger œdème. Attribuer une cause de douleurs significatives à cet œdème n'était pas possible. L'assurée se plaignant uniquement de douleurs de la charnière cervico-thoracique, cet œdème était une découverte fortuite qui ne pouvait expliquer les pics algiques pouvant aller jusqu'à 10 sur 10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA). Un traitement antidépresseur à visée antalgique par Laroxyl était prescrit, mais le monitoring de l'antidépresseur réalisé dans le cadre de l'expertise psychiatrique avait démontré que ce traitement n'était pas pris. L'état de santé de l'intéressée ne pouvait expliquer la poursuite d'une incapacité de travail et les constats nouveaux ne modifiaient pas son opinion.
9. Le 21 juin 2016, la doctoresse G_____, psychiatrie et psychothérapie FMH, a attesté avoir revu l'assurée à sa consultation du 11 février 2016. Celle-ci était déprimée et angoissée et disait que la vie ne valait pas la peine d'être vécue. Selon l'échelle de Hamilton, la patiente souffrait d'un état anxio-dépressif sévère. Elle se plaignait de troubles du sommeil. Elle était tendue, irritable et inquiète. Elle se plaignait de sécheresse de la bouche, d'indigestions, de gaz, d'éructions, de diarrhées par moment, de crampes, de palpitations et serremments dans la poitrine, de

soupirs et de céphalées ainsi que de lourdeur des membres, de fourmillements dans le doigt auriculaire gauche et de douleurs musculaires. Elle présentait un trouble de l'appétit avec prise de poids (9 kg), se sentait fatiguée, avec perte d'énergie et baisse de libido. Elle était très inquiète pour son état de santé et son avenir et disait avoir des difficultés à faire face dans la vie de tous les jours. Elle n'avait pas de plaisir, ni de loisirs et se repliait sur elle-même. Elle était en retrait social, n'avait plus confiance en elle ni en les autres et avait des idées de culpabilité avec un grand mal être. Son traitement de Laroxyl avait été augmenté à 75 mg. Le traitement était prescrit pour un état anxio-dépressif sévère avec fibromyalgie. En plus, elle prenait du Xanax 3 x 0,5 mg par jour et Imovane 16,5 mg par jour. De ce fait, la Dresse G_____ était en désaccord avec les conclusions de la clinique Corela.

10. Par projet de décision du 15 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'elle rejetait sa demande de rente d'invalidité, considérant qu'à teneur des pièces médicales en sa possession, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.
11. Le 25 novembre 2017, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI.
12. Le 6 décembre 2016, l'assurée a formé une demande en paiement contre Swica auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant à la reprise du versement de l'indemnité journalière jusqu'au 31 novembre 2016.
13. Le 27 décembre 2016, la Dresse G_____ a certifié que l'assurée était suivie à sa consultation et souffrait d'un état anxio-dépressif lié à ses souffrances physiques assez importantes malgré un fort dosage de morphine.
14. Le 29 décembre 2016, le Dr D_____ a transmis à l'OAI :
 - un rapport établi par le docteur H_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur, du 21 novembre 2016, dont il ressort que celui-ci estimait qu'il n'y avait pas d'indication à poursuivre l'approche minimalement invasive et qu'ils avaient convenu d'adapter le traitement opiacé. Actuellement l'assurée bénéficiait modérément de la prise de 12 mg par jour d'hydromorphe. Cette dose serait progressivement augmentée en fonction de la réponse clinique ;
 - un rapport établi le 26 décembre 2016 par le Dr H_____ indiquant qu'il avait pris note que le test de dépistage aux opiacés s'était révélé négatif à deux reprises alors que l'assurée était traitée respectivement par buprénorphine et par hydromorphe, sans en obtenir aucun bénéfice. Il s'expliquait d'autant moins le premier résultat négatif que les effets secondaires étaient alors marqués par une rétention hydrique marquée. Il fallait demander un avis pharmacologique à la consultation de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
15. Le 3 janvier 2017, le Dr C_____ a indiqué qu'il lui apparaissait que c'était l'abaissement sévère du seuil douloureux lié à la fibromyalgie qui exacerbait les symptômes en lien avec les problèmes mécaniques de l'assurée.

-
16. Par décision du 3 mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de la LAI.
 17. Le 3 avril 2017, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales contre la décision rendue par l'OAI le 3 mars 2017. Elle concluait, préalablement, à sa comparution personnelle ainsi qu'à l'audition des Drs C_____ et G_____ et à ce que soit ordonnée toute mesure probatoire utile pour rétablir les faits pertinents de la cause, y compris, si nécessaire, une expertise judiciaire, notamment rhumatologique et psychiatrique. Elle concluait principalement à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à une rente d'invalidité entière non limitée dans le temps et à une équitable indemnité de procédure. Elle faisait valoir que les troubles dont elle souffrait avaient un caractère totalement invalidant et que l'expertise de la clinique Corela devait être écartée. Si ses médecins lui avaient prescrit un nombre important de médicaments puissants, c'était bien qu'elle était contrainte de faire face à des douleurs invalidantes. Elle avait des réveils nocturnes dus à la douleur et avait pris en conséquence des médicaments aux effets secondaires dévastateurs avant de les arrêter sur ordre de son médecin. Elle avait porté des patchs de morphine des mois durant. La question des résultats négatifs aux opiacés des tests sérologiques n'était pas pertinente. Elle avait donné à ce sujet une explication médicale, qui pourrait être confirmée par les spécialistes en pharmacologie. L'OAI n'avait pas tenu compte de tous les critères pertinents qui auraient dû guider son analyse pour nier le caractère invalidant de la fibromyalgie dont elle souffrait.
 18. Le 21 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise de la clinique Corela devait se voir reconnaître une pleine valeur probante tant sur son aspect objectif que subjectif et une nouvelle expertise ne se justifiait pas.
 19. Par réplique du 18 mai 2017, la recourante a fait valoir qu'elle était actuellement en procédure devant la chambre des assurances sociales contre Swica assurance-maladie SA (A/4174/2016) et qu'une nouvelle expertise avait récemment été menée sur mandat de Swica assurance perte de gain accident, en dépit de l'arrêt rendu par la chambre des assurances sociales le 29 août 2016. La recourante tenait à disposition copie de l'expertise de chirurgie orthopédique réalisée par le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et de la colonne vertébrale, le 21 mars 2017.

C'était la conséquence de la fibromyalgie sur la capacité de travail qui demeurait la plus litigieuse. L'OAI avait considéré que sa mauvaise compliance à la morphine démontrait que celle-ci n'en n'avait pas besoin et donc qu'elle n'était pas invalidée par sa maladie. Des tests avaient été menés afin de déterminer si son activité enzymatique pouvait expliquer le résultat négatif aux opioïdes. Les examens menés par le centre de la douleur ne permettaient toutefois pas de le confirmer. Les tests menés le 11 mai 2017 apparaissaient insuffisants pour écarter complètement l'éventualité que le résultat négatif aux opioïdes puisse s'expliquer par des raisons physiologiques. Les conclusions de la doctoresse M_____ démontraient clairement que les experts de la clinique Corela avaient écarté sa compliance aux

opioïdes de façon précipitée et prématurée. Cela démontrait que l'expertise n'avait pas été menée dans les règles de l'art d'un point de vue médical. Elle devait être écartée au profit des avis médicaux des Drs C_____ et G_____.

20. Le 12 juin 2017, la recourante a informé la chambre de céans que les investigations au sujet du dépistage des opiacés effectué pour elle avaient été finalisées. Elle lui transmettait un rapport médical établi à ce sujet le 6 juin 2017 par Madame N_____, docteure ès sciences toxicologue forensique SSML. Il en résultait que le dépistage des opiacés était complexe et dépendait tant de la substance administrée au patient que de la méthode d'analyse. En l'occurrence, la buprénorphine qui lui avait été administrée par le biais de patchs n'était pas, en tant que telle, un opiacé, de sorte qu'il ne pouvait pas être détecté par les premiers tests effectués (juillet 2016). Les tests effectués en décembre 2016 portaient sur des opiacés administrés par voie orale et n'avaient pas été détectés au moyen du test idoïne. C'était ainsi en mars 2017 seulement que les tests appropriés avaient été exécutés. Ces tests étaient positifs et démontraient sa compliance à la médication administrée. Si la détection des opiacés dans les échantillons prélevés sur elle avait nécessité trois batteries de tests entre juillet 2016 et mars 2017, concluant deux fois de manière erronée à des résultats négatifs, il était permis de penser que les tests effectués sur mandat de la clinique Corela ne répondaient pas aux exigences en la matière. Selon les derniers résultats, c'était sans fondement que les médecins de la clinique Corela avaient suggéré qu'elle exagérait ses plaintes pour masquer la supposée absence de compliance à la médication administrée.

Selon le rapport établi de Mme N_____, il convenait de rappeler que les analyses avaient été demandées au laboratoire Synlab qui les avait sous-traitées à son institut de chimie clinique. S'agissant d'analyses de nature « clinique », la conservation des échantillons était de six mois. Dans le cas de prélèvements à caractère médico-légal, la conservation des échantillons était d'une année. Le résultat d'analyses rendues le 19 mai 2016 sur le prélèvement du 15 décembre 2016 avait été rendu négatif en se basant sur une valeur-seuil utilisée pour une matrice urinaire, ce qui était erroné, puisque le prélèvement du 15 décembre 2016 était du sérum. Dans le sérum, les valeurs-seuil étaient plus basses que dans l'urine. Ainsi, en reconsidérant le résultat vis-à-vis du seuil sérique suite à la demande du Dr H_____, ils avaient constaté que celui-ci aurait dû être rendu positif par son laboratoire. Ainsi, un rapport correctif avait été réédité le 26 mai 2017. Selon la demande du Dr H_____, le prélèvement de sérum du 15 décembre 2016 serait conservé plus longtemps que le délai de six mois. Il était à disposition pour une éventuelle nouvelle analyse quantitative qui permettrait de déterminer quelle était la nature exacte de la consommation d'opiacés de l'intéressée. En ce qui concernait les dépistages « opiacés » demandés par le laboratoire Synlab sur les prélèvements du mois de juillet de l'intéressée, il convenait de préciser que ce type de dépistage ne permettait pas de mettre en évidence une éventuelle consommation de buprénorphine. Un screening général aurait dû être demandé, car la buprénorphine

n'appartenait pas chimiquement à la classe de opiacés, malgré le fait que cette substance soit utilisée dans le même but clinique. Un résultat négatif au dépistage « opiacés » sur ces deux prélèvements n'excluait donc pas que l'intéressée ait consommé de la buprénorphine. Le délai de six mois étant écoulé, les prélèvements du mois de juillet n'étaient plus en possession de son laboratoire et ne pouvaient donc plus faire l'objet d'une nouvelle analyse.

21. Le 13 juin 2017, l'intimé a maintenu sa position sur la base d'un avis médical établi par le docteur O_____, du SMR, le 6 juin 2017.
22. Le 27 octobre 2017, la recourante a fait valoir que les analyses effectuées par l'institut de chimie clinique avaient permis de démontrer que les tests réalisés sur mandat de la clinique Corela ne correspondaient pas aux exigences requises.
23. À teneur du rapport établi le 9 octobre 2017 par le Dr C_____, celui-ci indiquait qu'il considérait que les limitations fonctionnelles indiquées dans son rapport de février 2016 à l'OAI étaient en lien avec l'abaissement sévère du seuil douloureux lié à la fibromyalgie de l'assurée. Ce n'était pas les troubles ostéo-articulaires qui entraînaient des limitations fonctionnelles significatives mais la fibromyalgie sévère.
24. Par arrêt du 13 décembre 2017 (ATAS/1137/2017) rendu dans le cadre de la procédure A/4174/2016 (LCA), entré force, mais qui fait l'objet d'une demande de révision encore en cours, la chambre des assurances sociales a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise du 26 février 2016. Il pouvait être retenu, sans violation de l'art. 168 CPC, que l'expertise Corela établissait suffisamment la capacité de gain totale de l'assurée, sans qu'il se justifie de faire procéder à une expertise judiciaire, ni d'entendre les médecins traitants de l'assurée.

La demanderesse avait remis en cause la valeur probante de l'expertise en se prévalant d'un rapport établi le 6 juin 2017 par l'Institut de chimie clinique, aux termes duquel le résultat de dépistage opiacés rendu le 19 décembre 2016 sur le prélèvement du 15 décembre 2016 aurait à tort été rendu négatif en se fondant sur une valeur-seuil utilisée pour une matrice urinaire, ce qui était erroné puisque le prélèvement du 15 décembre 2016 était du sérum.

La chambre de céans a jugé que ce rapport ne remettait pas sérieusement en cause les conclusions de l'expertise, dès lors qu'il répondait à une demande émanant du conseil de la demanderesse dont on ignorait la teneur exacte, mais surtout parce qu'il avait trait à un prélèvement effectué le 15 décembre 2016 et à des analyses demandées par le Dr D_____ et pas aux prélèvements effectués par les experts. En effet, à teneur du rapport d'expertise, l'experte-rhumatologue avait procédé à un dépistage urinaire le 26 janvier 2016 (du fait de la prescription d'analgésiques opioïdes) et l'expert-psychiatre avait procédé à un dosage sérique du Laroxyl le 19 janvier 2016. Il était en outre établi que le traitement au Durogesic avait été instauré trois semaines à un mois avant le dépistage urinaire effectué par l'experte-rhumatologue. Il en résultait que les analyses effectuées à la demande du

Dr D _____ sur des prélèvements effectués en juillet 2016 et le 15 décembre 2016 n'étaient pas pertinentes pour juger de la compliance de l'assurée en lien avec la prise de Durogesic en janvier 2016. La demanderesse n'apportait ainsi pas d'indice pertinent remettant en cause les résultats des analyses effectuées par les experts et par voie de conséquence leurs conclusions.

L'experte-rhumatologue avait bien effectué un dépistage urinaire pour établir la compliance au traitement d'analgésique opioïde, étant relevé que la demanderesse portait alors un patch de Durogesic dont le principe actif était du fentanyl, un analgésique opioïde. Il ne s'agissait donc pas d'un patch de Buprenorphine, contrairement à ce qu'avait soutenu la demanderesse dans ses écritures du 9 juin 2017.

La chambre de céans avait encore analysé si la conclusion des experts, selon laquelle le diagnostic de fibromyalgie n'était pas incapacitant, était compatible avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière et retenu qu'il était établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis, que la fibromyalgie dont souffrait la recourante était surmontable et, partant, que celle-ci n'était pas invalidante.

25. Dans un rapport médical du 5 février 2018, la Dresse G _____ a indiqué que le traitement de l'assurée était : Cymbalta 30 mg par jour, prégabaline (Lyrica) 2 × 75 mg par jour, Temesta trois fois 1 mg par jour et Xanax, 3 × 0,5 mg par jour. Le traitement avait débuté par du Saroten ret. 2 × 50 mg par jour, mais avait dû être arrêté, car il n'y avait pas de résultats sur l'état psychique et les douleurs. Le Cymbalta avait été introduit sans augmentation, car l'assurée avait des tachycardies en plus d'un problème cardiaque. Le 22 janvier 2018, elle avait été hospitalisée pour ce problème. Les troubles psychiques chroniques de l'assurée l'épuisaient moralement à 100 %. Elle était très déprimée et angoissée avec des idées noires, parfois suicidaires. Elle se plaignait d'insomnies avec des réveils nocturnes fréquents, de troubles de la mémoire à court terme, de la concentration et de l'appétit. Elle n'avait pas de libido. Elle était en retrait social et n'avait plus confiance en elle-même ni envers les autres. Elle se sentait incomprise. Il en résultait un épuisement psychique qui la privait de ses ressources pour faire face à ses douleurs de fibromyalgie. Elle était en état de détresse total liée à ces douleurs. Elle faisait le maximum pour faire face à ses maladies psychique et physique. Elle était limitée dans tous les domaines de la vie. Elle ne sortait de chez elle que pour se rendre à ses rendez-vous médicaux. Elle ne faisait plus le ménage, ni la lessive ni à manger. Elle n'avait plus de loisirs et ses amis venaient de moins en moins la voir. Elle ne dormait pas bien et s'allongeait souvent. Il y avait une grande différence entre les premières consultations en février 2016 et aujourd'hui. Au début, elle arrivait à sortir un peu, à voir ses amis assez souvent, à faire un peu de ménage et l'aspirateur et les repas. Depuis mars 2017, ce n'était plus le cas. Elle avait diminué graduellement ses tâches et depuis décembre 2017, elle ne faisait plus rien. Cela était lié à ses douleurs de fibromyalgie. L'état anxio-dépressif que la

Dresse G_____ avait qualifié de sévère dans son attestation du 5 janvier 2018 était invalidant selon l'échelle de la dépression d'Hamilton de 34/56. Les douleurs de fibromyalgie étaient de 16/18. Elles étaient donc invalidantes physiquement et psychologiquement.

26. Le 1^{er} mars 2018, la recourante a demandé le retrait de l'expertise de la clinique Corela du dossier, dès lors qu'à teneur d'un arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2017, il y avait lieu de nourrir des doutes quant à la probité du travail réalisé par les experts de cette clinique.
27. Par ordonnance du 30 octobre 2018, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure A/4174/2016 qui avait opposé la recourante à Swica et octroyé un délai à la recourante pour produire le rapport d'expertise du Dr I_____.
28. Dans son rapport d'expertise du 28 mars 2017, le Dr I_____ indiqué, notamment, que le traitement antalgique était de posologie plus que modeste, infra-thérapeutique. L'appréciation était compliquée par la présomption de fibromyalgie. Si le score permettait de retenir ce diagnostic, il était nécessaire, d'obtenir du médecin traitant la confirmation du diagnostic, retenu depuis plus de trois mois, afin de remplir les critères internationaux. Il retenait une présomption de fibromyalgie en 2016, en précisant que la documentation n'était pas disponible. Il n'existait pas de signe en faveur d'une lésion des épicondyliens externes au coude gauche et, en particulier, une lésion séquellaire du traumatisme du 28 janvier 2011. Aucune rechute n'avait été annoncée pendant trois années de travail. La fibromyalgie constituait un diagnostic expliquant clairement les douleurs des deux coudes ainsi que leur date d'apparition. La lésion du nerf interosseux postérieur au coude gauche, en lien de causalité naturelle avec l'accident du 28 janvier 2011, n'entraînait aucune séquelle. La date de guérison des deux lésions précitées était fixée au 28 octobre 2012. Il n'était pas retenu de limitations fonctionnelles. Les plaintes subjectives étaient définies par des douleurs partout, aux cervicales, au bas du dos, aux jambes, aux épaules et aux deux coudes ainsi qu'au bas des fesses. Les douleurs aux cervicales et aux épaules pouvaient être objectivées et il existait une calcification bilatérale des tendons d'épaule. Néanmoins, l'échec du test thérapeutique aux morphiniques remettait fortement en cause ces objectivations, faisant intervenir de façon prépondérante la fibromyalgie. Les autres douleurs ne pouvaient pas être objectivées et entraient dans le cadre de la fibromyalgie.
29. Le 26 novembre 2018, l'intimé a observé qu'il ressortait de l'expertise du Dr I_____ que les lésions à l'épaule et au coude liées à l'accident du 28 janvier 2011 étaient guéries sans séquelles. En conséquence, il maintenait ses précédentes conclusions.
30. Par écriture du 18 avril 2019, la chambre de céans a informé les parties de ce qu'elle entendait confier une mission d'expertise aux docteurs P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et leur a imparti un délai au 10 mai 2019 pour se prononcer sur une

éventuelle récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

31. Le 2 mai 2019, l'OAI a indiqué que le SMR n'avait pas de question complémentaire à ajouter au projet de mission d'expertise et que s'agissant de la personne des experts, il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir.
32. Le 8 mai 2019, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation des experts auxquels la chambre de céans entendait confier la mission d'expertise. S'agissant des questions libellées dans le projet de mission d'expertise, elle demande à la chambre de céans d'ajouter une question à l'expert, à savoir s'il était d'accord avec les conclusions de la Dresse M_____.

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^{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.
2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi prima facie recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière non limitée dans le temps.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} 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^{er} 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).

5. 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 le plus sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1)

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés 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.

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a considéré que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

Dans la catégorie « degré de gravité fonctionnel », notre Haute Cour distingue entre le complexe « atteinte à la santé » avec trois sous-catégories, le complexe « personnalité » et le complexe « environnement social ».

En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle « les fonctions complexes du moi ». Selon le Tribunal fédéral, « Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss) » (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-

culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

6. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte. À l'appui de recours, l'assurée a invoqué divers griefs contre l'expertise effectuée par la clinique Corela.
7. Dans son arrêt du 22 décembre 2017 (2C_32/2017), le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées par la clinique Corela avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existait ainsi un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui, au demeurant, facturaient d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité pouvaient avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or, de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de l'institution de santé, en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne - responsable médical du « département expertise » - avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le « département expertise » n'était pas contraire au droit (consid. 6 et 7 de l'arrêt cité).

Dans un arrêt du 16 août 2018 (9F_5/2018), le Tribunal fédéral a répété qu'en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b p. 159). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la

garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (cf. ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 p. 231), ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a considéré que les manquements constatés au sein du « département expertise » dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique Corela soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises avaient été effectuées au sein de cet établissement (arrêt 2C_32/2017 consid. 7.1) et portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise (voir aussi arrêt 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2 p. 267 ; 132 V 93 consid. 7.1 p. 109 et la référence ; arrêt 9C_104/2012 du 12 septembre 2012 consid. 3.1), il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause (arrêt 9F_5/2018 consid. 2.3.2).

Dans un arrêt du 18 décembre 2018 (ATAS/1177/2018), la chambre de céans a admis un cas de révision au motif que l'arrêt en cause avait été fondé sur une expertise effectuée par des médecins de la clinique Corela, considérant que celle-ci ne pouvait servir de fondement pour statuer sur le droit de l'assurée aux prestations LAA. Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du département expertise de celle-ci (sur l'importance de la garantie de qualité de l'expertise administrative, Susanne LEUZINGER, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Mélanges à l'occasion du 65ème anniversaire de Erwin Murer, 2010, p. 438).

8. Au vu de la jurisprudence qui précède, il convient de nier toute valeur probante au rapport établi le 26 février 2016 par les Drs E_____ et F_____, de la clinique Corela. L'expertise du Dr I_____ n'est pas probante – dès lors que celui-ci a indiqué qu'il n'avait pas toute la documentation nécessaire pour se prononcer sur le diagnostic de fibromyalgie. Les rapports des médecins traitants ne remplissant pas non plus tous les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise bidisciplinaire.

9. La question complémentaire requise par la recourante a été intégrée à la mission d'expertise.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de Madame A_____.
2. Commet à ces fins les docteurs P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
 - c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de la personne.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 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 l'assurée).
 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) ?

9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
11. L'assurée a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
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 ?
14. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
15. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
17. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
18. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
19. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles sont les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
20.
 - a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr C _____ (rapports des 5 octobre 2015, 5 juillet 2016, 9 octobre 2017 et 3 janvier 2017)?
 - b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr G _____ (rapport des 21 juin 2016, 27 décembre 2016 et 5 février 2018)?

c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions des Drs E_____ et F_____, de la clinique Corela (rapports des 26 février et 14 avril 2016) ?

Prière de commenter en particulier leurs conclusions sur la compliance de l'expertisée, en lien avec le Durogesic notamment (dépistage urinaire) ?

d) Prière de commenter le rapport établi le 6 juin 2017 par Madame N_____ en lien avec l'analyse de la compliance de la recourante (pièce 3 de la recourante).

e) Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dresse M_____ (rapports des 12 mai 2017 et 13 juillet 2018) ?

21. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.

22. Formuler un pronostic global.

5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :

a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

d) 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.

e) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

f) Quel est le contexte social ? L'intéressée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

g) 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 l'assurée à reconnaître sa maladie ?

h) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

6. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

7. Invite les experts à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
8. Réserve le sort des frais et le fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le