



### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1960 en Tunisie, est titulaire de diplômes de coiffeuse et de masseuse faciale obtenus en 1978 en Belgique. Elle est arrivée à Genève en 1985 et y a épousé en 1986 Monsieur B\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_1937, lequel est décédé en 1996. Elle a travaillé comme vendeuse de 1995 à 1996, puis a obtenu un certificat d'aide-hospitalière en 1999, profession exercée jusqu'en 2001. Elle a ensuite bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage et a travaillé temporairement, dans le cadre de mesures cantonales, dans un établissement médical-social, dans un musée et en tant que commise administrative. Depuis décembre 2005, elle reçoit des prestations de l'Hospice général.
2. Suite à un accident survenu le 4 septembre 2003, l'assurée a été en incapacité totale de travail du 9 au 15 septembre et du 9 octobre au 8 décembre 2003 en raison de contusions cervicale, lombaire et de la main droite, ainsi que d'une entorse du poignet droit et d'une radiculopathie en C6 avec une discopathie.
3. Par rapport du 3 novembre 2003, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que des radiographies des colonnes cervicale et dorsale réalisées le 20 octobre 2003 avaient révélé, au niveau cervical, une scoliose à convexité droite, une diminution de la lordose physiologique, une discopathie en C5-C6 avec une ostéophytose postérieure, une apophyse unciforme hypertrophiée en C6 à droite, et au niveau dorsal, une scoliose à convexité droite et un bec ostéophyttaire en D8-D9 et D10-D11.
4. En date du 5 décembre 2005, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), mentionnant souffrir d'arthrose cervicale, ainsi que de douleurs lombaires et dorsales depuis 1996.
5. Dans un rapport du 12 décembre 2005, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué des cervico-dorsalgies chroniques sur une cervicarthrose sévère C4-C5-C6. Les positions assise, debout et statique pouvaient être tenues pendant une à deux heures par jour, mais étaient contre-indiquées au-delà, tout comme l'inclinaison du buste, les positions à genoux et accroupie, le port de charges de plus de 5 kg, le fait de se baisser, les rotations de la tête, les mouvements du dos, le travail en hauteur ou sur une échelle, ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le périmètre de marche était limité à 1'000 mètres et l'assurée devait se faire aider pour son ménage. Depuis le 25 février 2004, son incapacité de travail était totale en tant qu'aide-soignante, et à tester dans une activité adaptée.
6. Par rapports du 2 novembre 2006, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu que la radiographie de la colonne cervicale réalisée le 31 octobre 2006 montrait une rectitude du segment cervical, avec une discarthrose C5-C6 et une uncarthrose bilatérale. Par ailleurs, un scanner cervical, également

---

effectué le 31 octobre 2006, décrivait une sténose modérée du canal radiculaire à droite en C4-C5 sur un début d'uncarthrose, ainsi qu'une discarthrose C5-C6 avec une sténose serrée du canal radiculaire à droite sur une uncarthrose.

7. Suite à un examen rhumatologique réalisé le 7 août 2007 au service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), le docteur F\_\_\_\_\_, médecin SMR et spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi que rhumatologie, a rendu un rapport le 19 septembre 2007.

a. Il a retenu, à titre de diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques avec un léger déficit sensitif C6 sur une cervicarthrose C5-C6, avec une uncarthrose sévère rétrécissant le trou de conjugaison droit. Il a également signalé des lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusion circonférentielle L2-L3 et de troubles dégénératifs postérieurs L4-L5, L5-S1, sans incidence sur la capacité de travail.

b. Outre les cervicalgies chroniques, dont il était impossible de préciser si les symptômes quotidiens avaient uniquement une allure mécanique ou une composante inflammatoire, l'assurée décrivait des paresthésies des trois premiers doigts de la main droite, avec des lâchages fréquents d'objets.

Un CT-scan dorso-lombaire du 2 mai 2007 n'avait pas mis en évidence d'altération visible de D4 à D6, zone douloureuse à la palpation, notamment pas de tassement, mais avait décelé une ostéophytose intersomatique en D8-D9 et D9-D10. Les espaces lombaires intersomatiques étaient conservés, avec une protrusion discale circonférentielle en L2-L3, sans hernie discale visible aux espaces sous-jacents. Des troubles dégénératifs postérieurs en L4-L5 et L5-S1 étaient rapportés. En conclusion, la lecture du dossier radiologique montrait en 2003 une discarthrose débutante en C5-C6 qui s'était péjorée en 2006, avec la mise en évidence d'une sténose serrée sur une uncarthrose. Au niveau lombaire, les troubles dégénératifs étaient banaux.

La mobilité était conservée, aux niveaux cervical, lombaire et dorsal. S'agissant des épaules, l'assurée était capable de mettre activement ses bras en abduction à 170°, la manœuvre déclenchant des douleurs cervicales et interscapulaires, en flexion à 180° et en rotation externe à 60°. Le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait être retenu, seuls 4 points sur 18 étant positifs.

c. Les limitations fonctionnelles au niveau du rachis cervical concernaient les mouvements répétés de flexion-extension du rachis, l'attitude de la tête en extension, surtout si couplée à une rotation du côté droit, le port de charges de plus de 5 kg, la position statique debout au-delà de trente minutes et assise au-delà d'une heure, le travail en station prolongée surélevée des membres supérieurs. Par contre, le bilan décrit au niveau lombaire ne justifiait pas de limitations fonctionnelles et n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail.

Depuis le 25 février 2004, l'incapacité de travail était totale dans les activités physiquement modérées, comme celle d'aide-soignante, ainsi que dans l'activité de

coiffeuse en raison de mouvements contraignants pour la nuque, avec une élévation prolongée des bras. En revanche, dans les activités plus légères, comme celles de vendeuse ou de surveillante de musée, l'exigibilité était de 70%, à raison de deux fois trois heures par jour, avec une période de repos entre deux plages horaires pour détendre la musculature cervicale. La diminution de 30% de la capacité de travail était expliquée par les difficultés rencontrées en station érigée, mettant sous contrainte la cervicarthrose avancée. Le degré d'incapacité de travail était resté stationnaire au vu de l'absence de signes de décompensation consécutive de la discarthrose, notamment de l'absence de syndrome rachidien ou de signe de radiculaire irritative.

8. Dans un avis du 12 octobre 2007, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a confirmé les diagnostics posés par le Dr F\_\_\_\_\_, ainsi que les limitations fonctionnelles et leur influence sur la capacité de travail de l'assurée.
9. Selon un rapport établi le 27 mars 2008 par Madame H\_\_\_\_\_, collaboratrice de l'OAI, la mise en œuvre de mesures de réadaptation n'était pas envisageable pour des raisons d'aptitude subjective, l'assurée ne se sentant pas à même d'exercer une quelconque activité, même adaptée à son atteinte et à un taux de 70%.
10. Dans une attestation du 4 juin 2008, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, a indiqué que l'assurée présentait une haute myopie bilatérale, avec une néo-vascularisation sous-rétinienne de l'œil droit, un glaucome et une cataracte bilatérale en progression.
11. En date du 17 juin 2008, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré que l'affection oculaire pourrait être à l'origine de difficultés pour des gestes fins nécessitant une bonne vision stéréoscopique. Par contre, pour des activités de manutention ou de vendeuse, cela ne diminuait pas la capacité de travail.
12. Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'OAI a confirmé son projet du 22 mai 2008 et refusé d'octroyer une rente à l'assurée. En effet, selon les conclusions du SMR, l'atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-hospitalière, mais un travail respectant les limitations fonctionnelles demeurait possible à 70%, soit deux fois trois heures par jour. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité était fixé à 38.35%.
13. En date du 23 novembre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a mentionné être en incapacité de travail totale depuis février 2004 en raison de douleurs cervicales, dorsales, de l'épaule et de son état psychologique.
14. L'OAI a reçu les documents suivants:
  - un rapport établi le 1<sup>er</sup> octobre 2012 par le Dr C\_\_\_\_\_ suite à une échographie de l'épaule droite et de la hanche droite réalisée le jour même et ayant notamment mis en évidence une zone hétérogène au niveau du tiers distal du tendon supra-épineux, évoquant une tendinopathie avec une dégénérescence

---

kystique, ainsi qu'une lame d'épanchement dans la bourse sous-acromio-delhoïdienne ;

- un rapport du 26 octobre 2012 du Dr C\_\_\_\_\_ relatif à des radiographies des colonnes cervicale, dorsale et lombaire pratiquées le jour-même ; au niveau cervical, le radiologue a constaté une scoliose à convexité gauche avec une diminution de la lordose physiologique, un rétrolisthésis modéré de C3, des discopathies en C4-C5 et plus prononcées avec une ostéophytose antérieure et postérieure en C5-C6, une sclérose au niveau de la facette articulaire postérieure de C6 à droite avec une uncarthrose, et une arthrose des facettes articulaires postérieures en C7-D1 ; au niveau dorsal, étaient relevées une discrète scoliose à convexité droite avec une cyphose physiologique conservée, ainsi qu'une ostéophytose antérieure en D9, avec une discopathie en D12-L1; au niveau lombaire, le radiologue a mentionné la présence d'une scoliose à convexité gauche avec une lordose physiologique conservée, une cunéisation des vertèbres D12 et L1 avec des herniations intra-spongieuses, un rétrolisthésis de L2 à moindre degré L3 avec un bec ostéophyttaire antérieur étagé sans discopathie et une importante athéromatose aortique ;
- un rapport du 6 décembre 2012 dans lequel le Dr D\_\_\_\_\_ a signalé une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis environ deux ans, en raison d'un syndrome vertébral sévère et d'une très nette limitation des amplitudes articulaires de la nuque ; l'assurée souffrait de cervicalgies et de lombalgies sévères sur une arthrose avancée, était très limitée pour ses déplacements, ne pouvait pas porter plus de 5 kg, devait éviter les mouvements du rachis lombaire et cervical et devait pouvoir s'étendre toutes les deux heures et changer de position toutes les quarante-cinq minutes ; sa capacité de travail était nulle dans toutes les activités professionnelles ;
- une attestation rédigée le 7 décembre 2012 par la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Monsieur L\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute, aux termes de laquelle l'assurée était prise en charge par leur cabinet ; sa souffrance psychologique était significative, portant des symptômes de dysfonctionnement borderline, associé à une somatisation perdurant et à une dépression moyenne à majeure ; les facultés mnésiques de l'assurée étaient limitées, sa concentration cognitive aléatoire et son discours pauvre et redondant ; sur le plan social, ses relations étaient très ponctuelles et fort limitées, et les communications avec sa famille occasionnelles ; depuis le décès de son mari, l'assurée vivait toute seule et sa condition de souffrance psychologique était aggravée, notamment par sa souffrance physique ; ils considéraient qu'elle n'était pas en mesure de travailler ;
- un certificat rédigé le 7 décembre 2012 par le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, lequel a attesté que l'assurée présentait un état dépressif qui s'était dégradé ces dernières années, qu'elle souffrait de fibromyalgie depuis 1996, d'une tendinite de l'épaule droite avec une

dégénérescence kystique, ainsi que d'une discopathie cervico-lombaire ; son état actuel ne lui permettait pas d'exercer son activité professionnelle.

15. Dans un certificat du 28 janvier 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a attesté d'une haute myopie, d'une pseudophakie bilatérale sur un status après une opération de la cataracte, d'une dégénérescence maculaire et chorioretinienne myopique, d'un maculo schisis à gauche et d'un glaucome chronique. En raison de la fragilité rétinienne, les efforts physiques conséquents étaient formellement contre-indiqués. En outre, toutes les pathologies constituaient des facteurs de risque et nécessitaient des contrôles fréquents.
16. Le 26 février 2013, le Dr M\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de cervico-brachialgie, de troubles statiques de la colonne dorso-lombaire, d'état anxio-dépressif, de fibromyalgie et de labilité psychique. Par ailleurs, l'assurée se plaignait d'une paresthésie des membres, de douleurs nocturnes, de troubles du sommeil et de crises d'angoisse. Depuis 2004, les limitations fonctionnelles concernaient les activités uniquement en position assise ou debout, en différentes positions, en position accroupie ou à genoux, les activités comprenant de la marche en terrain irrégulier, des montées sur une échelle ou un échafaudage, ainsi que le travail avec les bras au-dessus de la tête et les mouvements répétitifs du tronc. Le soulèvement ou le port de charges était limité à 3 kg. L'incapacité de travail en qualité d'aide-soignante était totale depuis 2004. En outre, l'état dépressif et la fibromyalgie limitaient les capacités de concentration et d'adaptation, ainsi que la résistance.  
  
Était joint un rapport du 3 mai 2004 du Dr C\_\_\_\_\_ relatif à des radiographies de la colonne lombaire du 29 avril 2004, lesquelles avaient mis en évidence une scoliose lombaire à convexité gauche avec une lordose physiologique, une cunéisation des vertèbres avec une spondylose dorsale antérieure étagée, une discopathie modérée en D12-L1 et L1-L2 avec une herniation intra-spongieuse au niveau des plateaux vertébraux, un rétrolisthésis de L2 et une athéromatose aortique.
17. Le 26 février 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics déjà posés, précisant que les symptômes oculaires consistaient en une baisse de vue et du champ visuel. En raison de l'ensemble des atteintes à la santé dont souffrait l'assurée, sa capacité de travail était nulle car les efforts physiques étaient contre-indiqués.
18. En date du 2 avril 2013, la Dresse K\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI qu'elle avait rencontré l'assurée à une reprise l'année précédente et qu'elle ne présentait pas de maladie nécessitant l'assurance-invalidité.
19. Par rapport du 29 avril 2013, le docteur N\_\_\_\_\_, psychiatre, et M. L\_\_\_\_\_, ont diagnostiqué un trouble de la personnalité borderline (F60.31), une dépression, actuellement à épisodes moyens à sévères chroniques et une somatisation diffuse et généralisée. Ils ont indiqué que l'assurée avait présenté un état dépressif réactionnel suite au décès de son mari en 1996, événement qui l'avait énormément affectée. À cet égard, ils ont notamment cité deux rapports médicaux datant de 1996. Le Dr N\_\_\_\_\_ et M. L\_\_\_\_\_ ont relevé que le vécu d'enfant de l'assurée était marqué

par des conflits parentaux significatifs, dont des séparations conflictuelles répétées, et l'assurée percevait son père, homme autoritaire qui criait souvent, comme dur et violent. Elle avait connu une tension psychologique, voire un conflit familial, en lien avec son mariage. Elle se décrivait comme profondément chagrinée et déprimée, et rapportait changer d'humeur, pleurant souvent chez elle, semble-t-il, de chagrin. Il lui arrivait de consommer des boissons éthyliques, cherchant à oublier la lourdeur de son immense chagrin et à anesthésier sa douleur. Un sentiment d'abandon et d'insécurité, ainsi qu'un manque de confiance en elle-même étaient mentionnés. Elle confiait qu'elle avait des idées noires et arrivait rarement à parler de ses passages à l'acte. En outre, elle se sentait continuellement épuisée, physiquement et psychologiquement, affirmant se sentir peu utile à elle-même et à la société. L'assurée connaissait un sommeil irrégulier, se réveillant la nuit en sursaut suite à des cauchemars et se sentant alors très angoissée. Elle éprouvait une insécurité à l'extérieur de son appartement. Par ailleurs, elle se déclarait très nerveuse et anxieuse. Sa concentration était limitée dans le temps, liée à sa fragilité psychologique. Ses facultés mnésiques étaient très sélectives et limitées. Au cours de toutes les séances de psychothérapie, elle alternait les positions assise et debout en raison de son inconfort et des poussées d'angoisse. Le pronostic était très réservé à long terme et peu favorable.

20. Dans un avis du 27 juin 2013, la doctoresse O\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré que l'instruction du dossier devait être complétée sur les plans psychiatrique et ophtalmologique, et réservé la nécessité de solliciter une expertise en raison de l'existence d'une fibromyalgie.
21. Dans un rapport du 6 août 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de cervico-lombalgies sur une arthrose sévère et considéré que l'incapacité de travail était totale depuis 2011 dans toute activité en raison des douleurs.
22. Par apport du 21 août 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics déjà posés et résumé le status de la veille.
23. Le 26 août 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ et M. L\_\_\_\_\_ ont indiqué à l'OAI que les activités de vendeuse, d'aide-soignante et de surveillante n'étaient plus exigibles, en raison d'un manque de concentration, d'une fatigabilité et d'une émotivité importante. La baisse de rendement était de 100%.
24. Par avis médical du 22 novembre 2013, la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a notamment relevé que le rapport de l'ophtalmologue traitant semblait incomplet, faute de se prononcer sur la capacité de travail.
25. Selon deux notes de travail internes à l'OAI, datées des 9 décembre 2013 et 17 janvier 2014, le mandat d'expertise avait été attribué par SuisseMED à la Clinique Corela, et plus particulièrement à la doctoresse Q\_\_\_\_\_ pour les volets de médecine interne et de rhumatologie, au docteur R\_\_\_\_\_ pour la partie

---

psychiatrique et au docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, ce dont l'assurée a été informée par communication du 17 janvier 2014.

26. Par courriel du 10 février 2014, la Clinique Corela a indiqué à l'OAI que le Dr S\_\_\_\_\_ avait déjà examiné l'assurée, de sorte qu'il était nécessaire de vérifier que celui-ci n'était pas son médecin traitant. S'il avait uniquement réalisé un examen médical, il fallait obtenir l'accord écrit de l'assurée et de son médecin traitant quant à la tenue de l'expertise.
27. Le jour même, la Dresse P\_\_\_\_\_ a répondu à la Clinique Corela que le SMR s'occuperait d'interroger l'ophtalmologue traitant au besoin et que l'expertise était maintenue pour les volets rhumatologie et psychiatrique uniquement.
28. Par rapport du 13 janvier 2014, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en juillet 2008, la meilleure vision corrigée de sa patiente était de 0.5 à droite avec -19, et de 0.35 à gauche avec -20. Le 3 septembre 2008, une opération de la cataracte de l'œil gauche avait été réalisée, puis le 5 novembre 2008, une intervention similaire au niveau de l'œil droit. Entre 2008 et 2011, des injections intra-vitréennes avaient été pratiquées en raison d'un épaississement maculaire. L'assurée avait aussi bénéficié d'un traitement pour un glaucome, ayant conduit à un bon équilibre de la tension oculaire. En août 2013, sa meilleure vision corrigée était, à droite, de 0.5 à 166° et, à gauche, de 0.75 à 156°. Depuis décembre 2013, un traitement par injections intra-vitréennes était en cours pour les deux yeux en raison de la découverte d'une membrane néovasculaire sous-rétinienne en région maculaire des deux côtés. Ce médecin a également fait état d'une maculopathie myopique au niveau des yeux avec une atrophie chorioretinienne péripapillaire et des zones d'atrophie en région maculaire, ainsi qu'un rétinoshisis. Sur le plan oculaire, l'assurée devait régulièrement être contrôlée.
29. Le 20 janvier 2014, la doctoresse T\_\_\_\_\_, psychiatre, a attesté d'un état dépressif qui perdurait significativement, surchargé d'un sentiment chronique d'abandon. Elle a également fait état d'insomnies, de bouffées d'angoisse quotidiennes et d'impulsivité. L'assurée, qui tendait à s'isoler davantage, était d'humeur instable à teinte agressive, avec des phases dépressives et maniaques, se sentait épuisée et présentait des idées noires. Elle somatisait et il lui arrivait de décompenser. Son état souffrant était en pleine mutation psychopathologique et les spécialistes étaient en train d'observer s'il s'agissait d'un trouble affectif bipolaire qui était en train de s'instaurer.
30. Les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ de la Clinique Corela ont rendu leur rapport d'expertise le 4 mars 2014, lequel est notamment basé sur une anamnèse détaillée, le dossier de l'OAI, les plaintes de l'assurée, leurs consultations des 23 janvier et 7 février 2014, ainsi que les résultats de différents tests. Le mandat d'ophtalmologie avait été supprimé, l'expert désigné étant le médecin-traitant de l'assurée.
  - a. L'experte rhumatologue a diagnostiqué une tendinopathie calcifiante du supra-épineux de l'épaule droite ayant des effets sur la capacité de travail. Elle a

---

également mentionné, à titre de diagnostics sans incidence sur ladite capacité, des discopathies C4-C5 et C5-C6, associées à une arthrose interapophysaire postérieure C7-D1, une discopathie D12-L1 avec une ostéophytose antérieure de D9 et une scoliose lombaire à convexité gauche, inférieure à 10°, un hallux valgus gauche débutant et de l'eczéma des genoux et des ischions. Enfin, elle a posé le diagnostic de fibromyalgie, dont l'influence sur la capacité de travail devait être déterminée par l'expert en psychiatrie.

Ce dernier a quant à lui diagnostiqué une réaction à un facteur de stress sévère, sans précision (F43.9) et des troubles mixtes de la personnalité (F61.0), sans incidence sur la capacité de travail.

b. La Dresse Q\_\_\_\_\_ a relaté les plaintes de l'assurée. S'agissant des discopathies et de la scoliose, celle-ci faisait état de douleurs de l'ensemble du rachis, lesquelles prédominaient essentiellement au rachis cervical et lombaire où la douleur était chiffrée à 10/10, soit au maximum de l'échelle visuelle analogique (ci-après EVA). Les facteurs déclenchant étaient le froid, l'humidité, le port de charges et la position assise. L'examen clinique n'avait révélé aucun signe en faveur d'un conflit disco-radicaire ni aucune raideur rachidienne manifeste, que ce soit au niveau cervical, dorsal ou lombaire. Si initialement le rachis cervical s'était révélé raide, cela avait été expliqué par une opposition de la part de l'assurée et par la suite, la mobilité du rachis cervical avait pu être testée et s'était avérée strictement normale. Des douleurs lombaires avaient été alléguées lors des mouvements du rachis cervical, ce qui était cliniquement inexplicable et témoignait en soi des éléments de majoration. L'examen neurologique était normal à tous les étages du rachis et au niveau des membres inférieurs. Après étude des radiographies, l'experte s'est écartée des comptes-rendus relatifs à ces examens et a nié l'existence d'une scoliose à convexité gauche du rachis cervical, d'une sclérose au niveau de la facette articulaire postérieure de C6 à droite, ainsi que d'une discrète scoliose à convexité droite du rachis dorsal. Selon elle, les radiographies mettaient en évidence des lésions dégénératives au niveau du rachis cervical sous forme d'atteinte discale banale, située à deux étages en C4-C5 et surtout en C5-C6. S'y associaient également des lésions arthrosiques sous forme de lésions interapophysaires postérieures en C7-D1. Au niveau dorsal, on retrouvait également la présence d'une banale discopathie en D12-L1. Enfin, au niveau lombaire la scoliose était inférieure à 10° et n'était donc pas pathologique, mais il existait un rétrolisthésis de L3. L'experte a considéré que son examen clinique était très similaire à celui réalisé en 2007 par le Dr F\_\_\_\_\_ et ne montrait ainsi aucun signe de dégradation. Au contraire, des éléments d'amélioration notamment sur l'indice de SCHÖBER étaient retrouvés. L'experte a ensuite exposé que les diagnostics se référant à des douleurs, telles que des cervico-dorsalgies ou des lombalgies, n'étaient pas retenus dans la mesure où ils faisaient appel à un descriptif de plaintes et non à des lésions objectivables. L'arthrose sévère évoquée par le Dr D\_\_\_\_\_ en août 2013 ne pouvait également être retenue car la relecture des images ne montrait

que des lésions banales interapophysaires postérieures C7-D1. Selon elle, la phase de stabilisation était atteinte, que ce soit au niveau du rachis cervical, dorsal ou lombaire, puisque l'examen clinique était semblable à celui réalisé en 2007 par le Dr F\_\_\_\_\_ et qu'il n'y avait pas d'aggravation clinique ou neurologique des pathologies rachidiennes. Compte tenu de la banalité des lésions dégénératives constatées sur les radiographies et de l'absence de corrélation radioclinique, les restrictions retenues par le Dr F\_\_\_\_\_, tout comme celles mentionnées par le Dr M\_\_\_\_\_, lui paraissaient surestimées. Elle a conclu que les diagnostics de discopathies et de scoliose ne s'étaient pas aggravés sur le plan clinique et neurologique depuis septembre 2007, et qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail dans les professions d'aide-soignante ou de coiffeuse en rapport avec ces atteintes. En l'absence de corrélation radio-clinique concernant l'atteinte du rachis, et notamment compte tenu d'un examen neurologique normal, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue. Enfin, dans les activités de vendeuse et de surveillante de musée, la capacité de travail était également entière pour ces diagnostics, sans baisse de rendement.

S'agissant du diagnostic de tendinopathie calcifiante du supra-épineux de l'épaule droite, l'assurée se plaignait de douleurs touchant le moignon de l'épaule droite, côté dominant, irradiant jusqu'au niveau du rachis cervical. Il s'agissait de douleurs mécaniques déclenchées par les mouvements du membre supérieur homolatéral, notamment au-dessus de l'horizontale, chiffrées à 9/10 sur l'EVA. Ces douleurs étaient également à l'origine de réveils nocturnes, mais leur sédation était obtenue lors de l'application d'anti-inflammatoires locaux. Le port de charges devenait douloureux, même lorsque le poids était inférieur à 1 kg. Au jour de l'expertise, l'élévation antérieure active de l'épaule était limitée à 120°, mais en passif, on obtenait des amplitudes à 170°. En revanche, la mobilisation de l'épaule était à l'origine d'une scapulalgie et d'une douleur du rachis cervical, tel que cela avait été rapporté lors de l'examen rhumatologique de septembre 2007 par le Dr F\_\_\_\_\_. La rotation externe était normale à 60° conformément à l'examen sus-cité. Une échographie réalisée le 23 janvier 2014 avait mis en évidence une tuméfaction globale du tendon du supra-épineux avec une zone hypoéchogène en son sein, une calcification n'ayant pas été visualisée à l'échographie du 1<sup>er</sup> octobre 2012, et une lame de liquide d'épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne de quantité peu significative. Ainsi, à environ un an et demi d'intervalle, on retrouvait toujours la constance d'un aspect de tendinopathie chronique du supra-épineux, bien que la calcification n'existait pas sur la première échographie. L'expression clinique de la tendinopathie calcifiante du supra-épineux de l'épaule droite était en phase stabilisée. En effet, il n'existait aucun signe de conflit sous-acromial évident lors de l'examen clinique. Par ailleurs, il s'agissait d'une tendinopathie actuellement à un stade chronique et non évolutif. Les deux échographies réalisées à environ un an et demi d'intervalle confirmaient cette hypothèse dans la mesure où il n'existait aucun signe d'évolutivité actuelle, les images étant stables. L'évolution devrait aller vers la guérison. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée ne

devait pas porter des charges très lourdes (supérieures à 50 kg occasionnellement, à 25 kg souvent ou à 5-10 kg en permanence) au-dessus de la ligne des épaules. Il n'existait aucune limitation aux mouvements des bras au-dessus de l'horizontale car la tendinopathie était actuellement en phase de chronicité et ne semblait pas avoir évolué depuis un an et demi. Dans la dernière profession d'aide-soignante, il n'existait aucune mobilisation répétée du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, mais le port de charges avec soutien des patients, qui n'était pas supérieur à 25 kg de manière itérative et régulière, pouvait parfois être douloureux. Ainsi, dans la profession d'aide-soignante, le taux d'incapacité de travail était, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2012, date de la découverte de la tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite, de 0%, mais une diminution de rendement de 20% était admise car l'assurée avait besoin de plus de temps pour lever les patients du fait de cette tendinopathie, manœuvre qui pouvait occasionnellement être très douloureuse. En revanche, dans les activités de commise administrative, de coiffeuse, de vendeuse ou de surveillante de musée, les limitations décrites n'étaient pas rencontrées et le taux d'incapacité de travail avait toujours été de 0% sans diminution de rendement.

Concernant le diagnostic de fibromyalgie, l'assurée se plaignait de douleurs diffuses touchant les deux épaules, le rachis cervical et lombaire, mais également la zone médiane du rachis dorsal. Il existait également des algies au niveau de la face externe des deux hanches et au niveau des deux régions fessières à type de brûlure. S'y associaient des douleurs des genoux et des coudes, ainsi que des brûlures des avant-bras avec une hypoesthésie. Enfin, l'assurée se plaignait de fatigue et de raideur articulaire au moindre effort. Selon l'auto-questionnaire de la douleur, cette dernière était chiffrée à 10/10 sur l'EVA. Lors de l'examen clinique, 12 points sur 18 avaient été retrouvés. L'évaluation de la capacité de travail était laissée à l'appréciation de l'expert psychiatre, en fonction des critères jurisprudentiels.

L'examen clinique et l'anamnèse ne montraient pas de limitations fonctionnelles significatives en lien avec le reste de l'examen clinique et aucune incapacité de travail en rapport avec ce chapitre spécifique n'était retenue.

c. L'expert psychiatre a retenu le diagnostic de réaction à un facteur de stress sévère sans précision, compte tenu de l'existence d'un facteur de stress important, catastrophique et inhabituel, en l'occurrence le décès du mari en 1996 qui avait généré des troubles psychiques ne correspondant pas à une entité bien définie de l'ICD-10 (type épisode dépressif caractérisé ou trouble anxieux constitué) et n'ayant pas mis en danger l'intégrité physique de l'assurée. Les plaintes consistaient en des cauchemars, un sentiment d'angoisse, une irritabilité, une vision très pessimiste et nihiliste de la situation, ainsi qu'une absence de perspectives d'évolution. Après avoir relevé que les auto-questionnaires de dépression et d'évaluation de la tendance anxieuse avaient été remplis avec l'aide exceptionnelle de l'expert car l'assurée avait subi une opération au niveau des yeux une semaine avant l'expertise et se trouvait donc dans l'incapacité de lire, l'expert a mentionné que le score observé lors du premier test était astronomique et correspondrait à une

dépression sévère nécessitant une hospitalisation, mais évoquait en réalité une vision très douloureuse de la vie, plus que des symptômes, avec un sentiment assez net que l'assurée portait sa souffrance biographique en étendard. À l'entretien, son discours était redondant, mais pas pauvre. Il était retrouvé une certaine rigidité, voire une certaine esthésie. Le début de l'expertise était très laborieux, mais au fur et à mesure, l'assurée s'était détendue. Elle avait moyennement participé à l'entretien. S'agissant de l'examen clinique d'un épisode dépressif, l'expert a exposé que l'assurée acquiesçait systématiquement à toutes ses propositions, ce qui rendait peu compte de la réalité de la situation clinique. De manière objective, on ne pouvait pas retenir les déclarations de l'assurée comme authentiques, évaluables et in fine crédibles. Concernant les critères diagnostiques majeurs, leur analyse était rendue difficile devant une franche note de dramatisation et l'impossibilité pour l'assurée de répondre clairement aux questions. Ainsi, bien que la tristesse ressentie suite à la perte d'un être « exceptionnel, irremplaçable » était parfaitement compréhensible, l'expert ne pouvait pas retenir cet item car tous les symptômes étaient décrits comme au maximum de leur intensité. L'intérêt et le plaisir étaient diminués dans un contexte de dramatisation des réponses de l'assurée, ce qui rendait ces dernières peu convaincantes. L'énergie était également réduite, mais en tenant compte d'une majoration des plaintes. Quant aux critères diagnostiques mineurs, l'état de la confiance en soi était décrit de manière tout à fait identique qu'en avril et août 2013. Toutefois, cette évocation n'emportait pas la conviction de l'expert au vu du contexte de dramatisation. Quant à la culpabilité, la tonalité globale était plus projective qu'auto-accusatrice, de sorte que ce critère n'était pas retenu. En l'état, les plaintes sur les difficultés à se concentrer étaient stationnaires, mais difficiles à évaluer de manière efficiente. Lors de l'entretien, il n'avait pas été noté de troubles cognitifs significatifs, mais plutôt une tension relationnelle. Les idées de mort évoquées par le passé étaient plutôt l'expression d'un ras-le-bol, en particulier avec la douleur physique qui était décrite comme insupportable. Un ralentissement était également décrit de manière assez monolithique, mais n'avait pas été constaté au cours de l'examen. Le sommeil était décrit comme très perturbé, comme le reste des items d'ailleurs. L'assurée rapportait une perte de poids, mais dans le cadre d'un régime diabétique. L'expert a conclu que les items relatifs aux troubles du sommeil, à la diminution de la productivité et à la tension interne étaient cotés positivement. Cependant, le score total de l'examen psychométrique (échelle de Hamilton) récusait l'existence d'un processus dépressif majeur au jour de l'expertise. Durant l'entretien, il n'avait pas observé les critères cliniques physiques d'anxiété correspondant à des attaques de panique, ni de préoccupations excessives pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée, ni les critères cliniques compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif ou une phobie. L'expert a ajouté qu'il était difficile d'avoir une idée claire de la situation clinique et de la réalité des plaintes, compte tenu des réponses un peu automatisées et, en quelque sorte, obligatoirement graves. L'examen clinique avait été surchargé par une certaine dramatisation de sorte qu'il ne pouvait retenir clairement de

symptômes. Ainsi, le diagnostic d'une réaction à un facteur de stress sévère sans précision avait été surtout retenu sur la base de l'anamnèse et des données du dossier médical à disposition. Au jour de l'expertise, les crises d'angoisse étaient encore décrites, irrégulières et évoluant par cycle, mais seulement la nuit, ce qui était assez étonnant, et s'accompagnant de manifestations physiques. Le point de départ était le décès du mari de l'assurée. Il semblerait que cette plainte ait pris une valeur constituante, voire identitaire avec un caractère douloureux, qu'il était difficile de critiquer s'agissant d'un deuil. S'agissant des diagnostics retenus par d'autres médecins, l'expert a exposé s'écarter de celui d'épisode dépressif car le tableau clinique de l'assurée correspondait à une réaction à un facteur de stress sévère, à savoir le décès de son mari. En outre, après analyse des critères cliniques, aucun des symptômes majeurs de la dépression n'avait été retrouvé. De plus, au-delà des plaintes de l'assurée, lesquelles étaient les mêmes depuis dix-huit ans, il convenait de prendre en compte des facteurs comme l'exagération importante de celles-ci, avec une tendance massive à l'apitoiement, ainsi qu'une collaboration moyenne à l'examen d'expertise. Avec l'intégration de ces éléments au discours de l'assurée, l'épisode dépressif ne pouvait absolument pas être retenu objectivement et ce, quel que soit le moment de l'histoire évoquée. De plus, au moment le plus dur de l'histoire de l'assurée, il y avait des prises d'éthyle surajoutées, lesquelles avaient pu largement participer au tableau clinique de la symptomatologie dépressive. De fait, l'exclusion d'un diagnostic de la sphère dépressive à un quelconque moment de la vie de l'assurée faisait exclure le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, lequel nécessitait le constat d'au moins deux épisodes dans le passé. En conclusion, au jour de l'expertise, le diagnostic d'une réaction à un facteur de stress sévère était en status post, car il n'y avait plus de symptômes retrouvés en lien avec ce diagnostic. La rémission complète des symptômes initiaux ayant suivi le décès de son mari en 1996 était obtenue de longue date, malgré un cortège important de plaintes présentées comme inaltérables. Ce diagnostic n'avait aucune influence sur les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation ou encore le rythme du travail. La capacité de travail était entière dans toute activité, sans diminution de rendement.

S'agissant des troubles mixtes de la personnalité, l'expert a relevé retrouver quelques caractéristiques d'une personnalité de type émotionnellement labile à la fois du sous-type impulsif (F60.30) et du sous-type borderline (F60.31). Cliniquement, le trouble de la personnalité, primaire, sans cause secondaire, était compensé. L'assuré n'évoquait aucune plainte strictement en lien avec l'expression de sa personnalité, mais ce trouble était retenu durant l'expertise grâce à la confrontation des informations des rapports médicaux à disposition et aux éléments biographiques recueillis à l'anamnèse. La déviation remontait probablement à l'enfance ou au plus tard à l'âge de jeune adulte. En effet, si l'on se référait à l'anamnèse familiale, ces périodes avaient été fortement marquées par les séparations et le divorce de ses parents, mais également par la personnalité de son père, décrit comme violent. Cette déviation touchait divers domaines de la vie, en

particulier celui de l'interrelation aux autres. L'assurée avait effectivement quelques tensions relationnelles et des situations variées avaient pu être affectées par la personnalité. L'entente était extrêmement moyenne, voire inexistante, avec ses frères et sœurs. Par ailleurs, sur le plan professionnel, on notait une grande instabilité tant sur la durée que sur la nature des postes occupés. Elle avait également connu une tension psychologique, voire un conflit familial relatif à son mariage avec son mari décédé. Elle avait personnellement réellement souffert de sa personnalité ou alors de son environnement. D'après le dossier, la souffrance psychologique était significative, évoquant des symptômes de dysfonctionnement borderline. Les manifestations n'étaient pas réductibles à une autre maladie psychiatrique ou un trouble neurocognitif. Contrairement à l'avis des spécialistes suivant l'assurée, l'expert ne retenait pas le diagnostic d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, car un seul item, soit les sentiments permanents de vide, était réalisé. En outre, même si un tel diagnostic avait pu être retenu, ce trouble de la personnalité n'avait jamais été incapacitant. L'expert a conclu que les troubles mixtes de la personnalité en phase compensée n'étaient pas incapacitants et qu'un emploi adapté pour des motifs psychiatriques n'était pas nécessaire.

Enfin, s'agissant de la fibromyalgie, l'expert a analysé les critères jurisprudentiels. Il n'y avait ni affection corporelle chronique importante ou s'étendant sur de nombreuses années, ni comorbidité psychiatrique interférant significativement avec la faculté à surmonter les douleurs. Deuxièmement, la perte d'intégration sociale n'était pas due à la douleur mais au deuil consécutif à la perte de son mari. Actuellement, à cause de la douleur, l'assurée alléguait des relations très limitées, mais néanmoins existantes, et il fallait noter une coloration particulière de la personnalité, participant à cet isolement social. Troisièmement, concernant l'état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, l'expert a noté qu'on retrouvait une sorte d'enkystement, mais que l'évolution était somme toute possible, même si elle était mince, « par une stimulation un peu plus énergique que la compassion passive ». Ensuite, le critère relatif aux échecs des traitements selon les règles de l'art en dépit des efforts de la personne assurée faisait défaut, étant rappelé que de nombreux traitements avaient été proposés, associant des manipulations rachidiennes lombaires en 1996, des antalgiques, des antidépresseurs, des myorelaxants et des anti-inflammatoires, dont certains traitements avaient été interrompus par l'assurée en raison des angoisses concernant des éventuels effets secondaires par rapport à son diabète. Elle avait également arrêté un certain traitement antalgique, ce qui confirmait une certaine conviction que personne ne pouvait rien pour elle, de manière tout à fait unilatérale, mais on ne pouvait pas parler d'échec thérapeutique. En conclusion, la fibromyalgie ne remplissait pas les critères de gravité de la jurisprudence pour être qualifiée d'invalidante.

---

Partant, sur le plan psychiatrique, le taux de l'incapacité de travail dans les dernières professions d'aide-soignante et de coiffeuse était de 0%, sans conséquence sur le rendement, et ce depuis toujours.

d. Dans leur partie « discussion et synthèse pluridisciplinaire », les experts ont relevé que la fibromyalgie influençait la perception des douleurs de l'assurée, lesquelles étaient amplifiées. Ils ne pouvaient pas clairement écarter l'existence de douleurs, car celles-ci avaient toujours une dimension personnelle et subjective. Par contre, face à la présence de 3/5 signes de Waddell et une auto-cotation de la douleur exagérée à 10/10, on ne pouvait éliminer un phénomène de majoration des plaintes algiques, lequel ne découlait pas d'un processus purement inconscient. De plus, ils ont souligné que l'assurée avait interrompu les traitements anxiolytique et antalgique. En conclusion, la discordance ne permettait pas d'apprécier l'intensité, dont souffrait réellement l'assurée, et l'analyse des critères jurisprudentiels ne permettait pas de conclure que ceux-ci étaient remplis.

31. Dans une appréciation du 3 juillet 2014, la doctoresse U\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a résumé la position des experts, à savoir que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé depuis 2007 et que les diagnostics retenus n'entraînaient pas d'incapacité de travail, hormis une baisse de rendement de 20% dans la profession d'aide-soignante en raison des problèmes de l'épaule. Cependant, les conclusions de l'expertise ne pouvaient être suivies s'agissant des limitations fonctionnelles et de leur répercussion sur la capacité de travail, car il s'agissait d'une évaluation différente d'un même état de fait. En conclusion, le SMR considérait qu'il n'y avait pas d'aggravation notable de l'état de santé de l'assurée, mise à part la tendinopathie qui amenait de nouvelles restrictions. Ainsi, étaient retenus, à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques sur des troubles dégénératifs, une tendinopathie de l'épaule droite, une pseudophakie avec une dégénérescence maculaire, une chorio-rétinite myopique et un glaucome. Sans répercussion sur ladite capacité, l'assurée présentait des lombalgies chroniques sur des troubles dégénératifs, une fibromyalgie, des troubles mixtes de la personnalité et une réaction à un facteur de stress. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle, mais elle était de 70% dans une activité adaptée, et ce depuis 2004. Les limitations fonctionnelles consistaient en les restrictions retenues par le SMR en 2007 pour le rachis cervical. S'agissant de l'épaule droite, l'assurée ne devait pas faire de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit. D'un point de vue ophtalmologique, les gestes à effectuer avec précision et la vision stéréoscopique étaient contre-indiqués.
32. Le 14 août 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser sa demande, au motif que les conclusions du SMR étaient identiques à celles de la précédente évaluation, de sorte que le degré d'invalidité demeurait inchangé.
33. Par courrier du 10 septembre 2014, l'assurée, représentée par un mandataire, a contesté le projet de décision, estimant que son degré d'invalidité devait forcément se situer au-dessus de 75%.

34. Dans le délai octroyé à cet effet, elle a transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 26 septembre 2014 du Dr C\_\_\_\_\_, suite à une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne cervicale du jour même, examen ayant notamment permis de conclure à une discarthrose C4-C5, plus accusée en C5-C6, à une protrusion discale ostéophytaire C4-C5 avec une uncarthrose rétrécissant d'une façon relative les canaux radiculaires sans contrainte radiculaire, à une protrusion discale ostéophytaire C5-C6 plus accusée actuellement appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et sur la racine C6 droite, associée à une uncarthrose sévère rétrécissant fortement le foramen droit en conflit avec la racine C6 droit dans son trajet foraminal.
- un rapport du 29 septembre 2014 du Dr C\_\_\_\_\_, suite à une tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée du jour même, examen ayant notamment permis de conclure à un rétrolisthésis de L2 sur une subluxation inter-facettaire avec une protrusion discale L2-L3 sans évolution, à une arthrose interapophysaire postérieure étagée avec un épaissement des ligaments jaunes rétrécissant le canal dans le sens latéral, surtout en L3-L4, plus accusée actuellement ;
- un rapport du 6 octobre 2014 du Dr D\_\_\_\_\_, lequel a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis les deux dernières années et attesté d'une totale incapacité de travail dans toutes les professions; aux niveaux lombaire et cervical, l'assurée présentait une arthrose sévère (canal lombaire étroit et racine nerveuse comprimée en C6), le périmètre de marche était limité en raison des douleurs et d'une faiblesse dans les deux jambes, lesquelles étaient provoquées par l'atteinte lombaire ; l'atteinte cervicale engendrait de fortes douleurs dans la colonne cervicale et dans le membre supérieur droit ; le traitement antalgique et la prise en charge en physiothérapie n'avaient que peu d'effets ; un avis neurochirurgical était nécessaire ;
- un rapport du 9 octobre 2014 de la Dresse T\_\_\_\_\_, aux termes duquel l'état de souffrance psychopathologique de l'assurée s'était aggravé depuis une année et était devenu chronique, avec des idées noires devenues récurrentes, un état réactif de plus en plus émotionnellement labile, une angoisse plus présente et généralisée au quotidien, une tristesse omniprésente, un sommeil plus perturbé et des facultés mnésiques de plus en plus aléatoires ; en outre, la somatisation manifeste était devenue de plus en plus intolérable et pesante, ce qui l'empêchait d'avoir un répit quotidien ; son sentiment et son état d'épuisement étaient manifestement observables et limitaient grandement l'investissement de son énergie résiduelle ; enfin, la chronicisation de sa souffrance était accompagnée d'un nouveau registre psychiatrique, soit le passage du rire sans stimulus apparent au silence chargé d'indifférence, de colère ou d'impatience, signes de décompensation possibles ; le discours était de plus en plus pauvre, l'assurée s'isolait davantage ; l'incapacité de travail était totale ;

- 
- un rapport du 14 octobre 2014 du Dr I\_\_\_\_\_, lequel a mentionné que l'assurée souffrait d'une dégénérescence maculaire myopique compliquée d'une néovascularisation sous-rétinienne à droite, d'une dégénérescence myopique compliquée d'un rétino-schisis maculaire à gauche, d'une pseudophakie bilatérale et d'un glaucome chronique sévère ; sa fonction visuelle s'était encore détériorée depuis l'an passé pour n'atteindre, au mieux, plus que 0.5 avec métamorphopsies à l'œil droit et 0.4 avec métamorphopsies à l'œil gauche. L'assurée présentait également une diminution de 50% à la sensibilité au contraste ; elle ne reconnaissait des formes qu'après une longue concentration et les percevait avec une déformation ; en l'état, elle ne pouvait pas effectuer un travail sur un écran de visualisation pendant plus de quelques minutes.
35. Dans un avis du 27 novembre 2014, la Dresse U\_\_\_\_\_ et le docteur V\_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont estimé que les nouveaux rapports n'apportaient aucun élément objectif nouveau leur permettant de revenir sur la précédente évaluation du SMR. Ils ont relevé que les experts de la Clinique Corela avaient basé leurs conclusions sur des éléments objectifs tels que l'examen clinique. En outre, les aggravations radiologiques n'étaient pas corrélées par l'examen clinique qui était semblable à celui réalisé en 2007. Enfin, sur le plan psychiatrique, la description n'apportait pas d'éléments nouveaux par rapport à l'expertise.
  36. Par décision du 18 décembre 2014, l'OAI a maintenu son projet du 14 août 2014 et nié le droit de l'assurée à une rente, au motif que son degré d'invalidité demeurait de 38%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.
  37. Par acte du 2 février 2015, l'assurée, par le biais de son mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des Drs D\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière à compter du 23 novembre 2012. En substance, la recourante a invoqué que son état de santé s'était dégradé de façon marquée suite à la première décision, et ce sur les plans rhumatologique, psychiatrique et oculaire.
  38. Dans sa réponse du 16 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Selon lui, une pleine valeur probante pouvait être attribuée au rapport d'expertise, document qui analysait les disciplines en lien avec l'appareil locomoteur, la psychiatrie et l'ophtalmologie. Or, la recourante n'avancait aucun élément permettant de s'écarter des conclusions des experts.
  39. Par réplique du 17 avril 2015, la recourante a persisté et contesté la valeur probante du rapport d'expertise. Elle a notamment relevé que la Clinique Corela avait été mandatée par l'intimé et n'avait pas été désignée par une instance indépendante et neutre, et qu'elle avait supprimé le mandat d'ophtalmologie. Sur le plan rhumatologique, le Dr D\_\_\_\_\_ considérait que sa capacité de travail était nulle dans toutes professions confondues. Au niveau psychiatrique, ses médecins étaient d'avis que sa fragilité était devenue critique et qu'un trouble bipolaire s'était
-

---

instauré, que sa somatisation manifeste était devenue davantage intolérable et l'empêchait d'avoir un répit quotidien. Enfin, sur le plan ophtalmologique, le Dr I\_\_\_\_\_ avait conclu à l'existence d'une dégénérescence progressive rapide. La recourante a en outre fait valoir que son état de santé s'était encore aggravé suite à la reddition du rapport, lequel retenait, de façon surprenante, une incapacité de travail de 0%, à une exception près, soit une incapacité de travail de 20% dans l'activité d'aide-soignante.

40. Le 11 mai 2015, l'intimé a dupliqué et maintenu ses conclusions. Il a soutenu que la recourante n'invoquait aucun élément permettant de mettre en doute l'impartialité des experts et que les diagnostics posés par le Dr I\_\_\_\_\_ avaient déjà été évoqués par le SMR dans son avis du 3 juillet 2014. Enfin, les documents relatifs à une potentielle aggravation de l'état de santé, produits avant la décision litigieuse, avaient été analysés par le SMR.
41. En date du 22 juillet 2015, il a considéré que la nouvelle jurisprudence fédérale ne s'appliquait pas au cas d'espèce, au motif qu'« en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ».
42. Les 5 août 2015 et 4 février 2016, la recourante a contesté ce point de vue et produit un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 23 avril 2015, lequel confirmait les termes de son rapport du 14 octobre 2014.
43. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

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

- 
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 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, la décision litigieuse du 18 décembre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI sus-citées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

4. Selon l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. En application de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement.

Compte tenu de la suspension du délai de recours durant la période susmentionnée, le recours, adressé par pli postal le 2 février 2015 contre la décision du 18 décembre 2014, interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA- RS/GE E 5 10]).

5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations de la recourante, étant rappelé qu'il lui avait refusé, en juillet 2008, l'octroi d'une rente au motif que son degré d'invalidité était insuffisant.
6. a. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Conformément à l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est

---

modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (cf. art. 87 al. 3 RAI).

b. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de

---

l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

9. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

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).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

10. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).
11. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre

en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

##### A. Axe « atteinte à la santé »

#### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

#### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

### 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n°1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

#### B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

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

#### C. Axe « contexte social »

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

### II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

#### A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait

---

social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

#### B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

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

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

12. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

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 des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire

si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

14. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante et a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer si son taux d'invalidité s'était notablement modifié depuis la décision initiale du 1<sup>er</sup> juillet 2008.

Se basant sur les appréciations du SMR des 3 juillet et 27 novembre 2014, elles-mêmes fondées sur une partie des conclusions du rapport d'expertise du 4 mars 2014, l'intimé a nié toute aggravation notable de l'état de santé de la recourante et considéré que la capacité de travail demeurait nulle dans la profession habituelle d'aide-soignante et de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

15. Étant donné que les experts ont retenu le diagnostic de fibromyalgie, mais exclu toute répercussion de ladite atteinte sur la capacité de travail de la recourante, il sied de déterminer au préalable quels critères jurisprudentiels doivent être appliqués.

Interpellé à cet égard, l'intimé a indiqué le 22 juillet 2015 qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu'« en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de

---

reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ».

Si une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision, ni un motif de reconsidération, et qu'elle ne vaut que pour les cas futurs, il importe en revanche de souligner qu'elle s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3), de sorte que la modification à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

En l'occurrence, les experts ont pris position quant aux anciens critères jurisprudentiels. Leur évaluation ne peut cependant pas être suivie au regard de la nouvelle jurisprudence, parce que l'expertise ne permet pas une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants.

De surcroît, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

16. En premier lieu, elle observe qu'en dépit de l'existence avérée de plusieurs atteintes au niveau ophtalmologique et du fait que le SMR avait estimé que les rapports du Dr I\_\_\_\_\_ étaient insuffisants pour évaluer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail (avis de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 22 novembre 2013), le SMR a finalement renoncé à ce volet de l'expertise, le médecin désigné ayant déjà examiné la recourante, et indiqué qu'il prendrait les renseignements nécessaires auprès de l'ophtalmologue traitant (courriel de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 10 février 2014). Le Dr I\_\_\_\_\_ a par la suite rendu deux nouveaux rapports, datés des 13 janvier et 14 octobre 2014. Or, ces documents n'apportent aucune indication précise quant aux restrictions engendrées par les atteintes et quant à leur influence sur la capacité de travail de la recourante, mais attestent bien d'une aggravation des pathologies puisque plusieurs interventions ont dû être pratiquées depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008, notamment une opération de la cataracte de l'œil gauche en septembre 2008, une opération de la cataracte de l'œil droit en novembre 2008, ainsi que plusieurs injections entre 2008 et 2013, et qu'une membrane néovasculaire sous-rétinienne en région maculaire des deux côtés avaient été découverte en décembre 2013. Dans ces conditions, la détermination du SMR, aux termes de laquelle les limitations fonctionnelles n'auraient pas évolué depuis son appréciation de juin 2008 (rapports de la Dresse U\_\_\_\_\_ des 3 juillet et 27 novembre 2014), ne résulte pas d'investigations complètes. Le défaut d'instruction est d'autant plus inadmissible qu'il a été observé, au jour de l'expertise, que la recourante était incapable de lire et de remplir seule un questionnaire car elle venait d'être opérée au niveau des yeux.
17. En deuxième lieu, la chambre de céans constate que les conclusions de l'experte en rhumatologie et médecine interne ne sont pas convaincantes.

---

a. S'agissant des atteintes dorsales, l'experte a diagnostiqué des discopathies C4-C5 et C5-C6, associées à une arthrose interapophysaire postérieure C7-D1, une discopathie D12-L1 avec une ostéophytose antérieure de D9 et une scoliose lombaire. Elle s'est donc écartée de la plupart des constatations des autres médecins ayant été amenés à examiner les documents radiologiques, en ne retenant notamment pas l'existence de scolioses des rachis cervical et dorsal, lesquelles ont pourtant été confirmées à réitérées reprises et à neuf ans d'intervalle (rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 3 novembre 2003, 3 mai 2004 et 26 octobre 2012), d'une diminution de la lordose au niveau cervical, d'un bec ostéophyttaire en D8-D9 et D10-D11 (rapports du Dr C\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2003 et du Dr F\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2007), d'une sténose du canal radiculaire, modérée en C4-C5 et serrée en C5-C6 (rapports de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 2 novembre 2006 et du Dr F\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2007), d'une protrusion discale en L2-L3, de troubles dégénératifs en L4-L5 et L5-S1 (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du septembre 2007), de rétrolisthésis de C3, L2 et L3 avec un bec ostéophyttaire (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2012). Sa propre interprétation des images n'est toutefois pas suffisante pour réfuter les conclusions établies par des spécialistes en la matière, de sorte que les atteintes admises par l'experte apparaissent incomplètes.

De plus, l'appréciation de la Dresse Q\_\_\_\_\_ selon laquelle l'état de santé de la recourante serait stabilisé en ce qui concerne les atteintes du rachis s'est avérée inexacte puisque les dernières constatations radiologiques attestent d'une aggravation des troubles. En effet, ont été observées une protrusion discale ostéophyttaire C5-C6 « plus accusée actuellement » appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et sur la racine C6 droite, une uncarthrose sévère rétrécissant fortement le foramen droit en conflit avec la racine C6 droit dans son trajet foraminal (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2014), ou encore une arthrose interapophysaire postérieure étagée avec un épaissement des ligaments jaunes rétrécissant le canal dans le sens latéral, surtout en L3-L4, « plus accusée actuellement » (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2014).

b. En outre, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a considéré que la tendinopathie calcifiante du supra-épineux de l'épaule droite était actuellement à un stade chronique et non évolutif, les images étant stables et sans signe de conflit sous-acromial évident à l'examen. Cette argumentation est difficilement compréhensible, étant rappelé que l'experte a observé que la calcification n'existait pas sur la première échographie, ce qui dénote à l'évidence d'une modification de l'état de santé. De surcroît, son avis semble contradictoire puisqu'elle a conclu, d'une part, à une tendinopathie non évolutive et, d'autre part, que l'évolution « devrait aller vers la guérison ». C'est encore le lieu de relever que l'anamnèse relative à cette atteinte comporte une erreur manifeste en ce qui concerne le traitement, l'experte ayant noté que la recourante « aurait bénéficié de plusieurs infiltrations, dont l'efficacité ne persistait que sur six semaines environ » (rapport p. 23), puis que la recourante « n'a bénéficié que d'un traitement antalgique, mais elle n'a jamais eu ni physiothérapie

---

à ce niveau, ni infiltration » (rapport p. 68). S'agissant des limitations fonctionnelles, l'appréciation de la Dresse Q\_\_\_\_\_ n'est pas persuasive. En effet, elle a admis que la pathologie pouvait occasionnellement être « très douloureuse », mais a exclu toute restriction en lien avec des mouvements des bras au-dessus de l'horizontale au motif que la tendinopathie était « en phase de chronicité » et « ne semblait pas avoir évolué depuis un an et demi » (rapport p. 70). Faute de plus amples explications à ce sujet, la chambre de céans peine à comprendre pour quelle raison le caractère persistant et prétendument stabilisé de la tendinopathie s'opposerait à ce qu'elle engendre des restrictions. En outre, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a considéré que la recourante pouvait continuer à exercer la profession d'aide-soignante puisque le port de charges avec soutien des patients n'était pas supérieur à 25 kg de manière itérative et régulière, mais a admis une diminution de rendement de 20% car la recourante avait besoin de plus de temps pour lever les patients (rapport p. 70 et 71). Elle n'a toutefois pas indiqué pour quelle raison la manœuvre précitée, qui pouvait s'avérer très douloureuse, n'était en définitive pas tout simplement contre-indiquée, même si elle n'était qu'occasionnelle. Elle n'a pas plus exposé pour quel motif la recourante aurait besoin de plus de temps pour réaliser de tels mouvements, en particulier si la douleur s'estompait lorsque le geste était réalisé lentement.

18. Troisièmement, les conclusions au niveau psychiatrique n'emportent pas la conviction de la chambre de céans non plus.

a. Il est relevé tout d'abord que le Dr R\_\_\_\_\_ n'a pratiquement accordé aucun crédit aux déclarations de la recourante, estimant que cette dernière dramatisait et majorait ses plaintes, et était dès lors peu crédible. Il n'a toutefois pas développé les indices qui lui permettraient de considérer que la recourante exagérait ses doléances, mis à part le niveau de la douleur alléguée. Or, eu égard aux nombreuses pathologies citées dans le dossier de l'intimé (atteintes des rachis cervico-dorsolombaire, de l'épaule, troubles oculaires et diagnostic de fibromyalgie), l'expert aurait dû étayer davantage son argumentation, ce d'autant plus qu'il a relevé que la recourante s'était régulièrement levée pour se détendre le dos (rapport p. 90).

De plus, le Dr R\_\_\_\_\_ a essentiellement basé sa détermination sur l'anamnèse et le contenu des rapports des autres médecins, et non pas sur propres observations. Son examen clinique semble d'ailleurs peu fiable puisqu'il a mentionné que la recourante acquiesçait systématiquement à toutes ses propositions, ce qui rendait « peu compte de la réalité de sa situation clinique » (rapport p. 91); l'analyse des diagnostics majeurs était « rendue difficile devant une franche note de dramatisation et l'impossibilité pour l'investiguée de répondre clairement aux questions » (rapport p. 91). Les plaintes de la recourante quant à ses difficultés à se concentrer étaient « difficiles à évaluer de manière efficiente » (rapport p. 92). Il a également noté qu'il était « difficile d'avoir une idée claire de la situation clinique et de la réalité des plaintes, compte tenu des réponses un peu automatisées et, en quelque sorte, obligatoirement graves » (rapport p. 94).

---

Il est également singulier que l'expert ait nié l'existence d'un trouble dépressif, pourtant signalé par plusieurs médecins (rapports de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2012, du Dr N\_\_\_\_\_ du 29 avril 2013, de la Dresse T\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2014), pour retenir une réaction à un facteur de stress sévère, atteinte qu'il a cependant considérée en rémission complète faute d'en retrouver des symptômes. Dans ces conditions, il eût été judicieux que l'expert s'entretienne avec les spécialistes qui suivent régulièrement la recourante, ce d'autant plus que qu'il a fondé son analyse sur leur rapport, mais qu'il s'est écarté des diagnostics posés. En outre, il sera observé que l'appréciation de l'expert paraît incertaine, puisqu'il a indiqué que : « il semble peu probable que l'expertisée ait, à un moment donné, réellement présenté les symptômes d'un épisode dépressif avéré ou d'un trouble anxieux spécifique » (rapport p. 131). De façon étonnante, l'expert a considéré qu'« aucun examen complémentaire n'est à recommander car l'anamnèse et l'examen clinique actuels sont suffisamment clairs pour permettre de retenir le diagnostic d'une réaction à un facteur de stress important, sans précision (ICD-10, F43.9) en status post » (rapport p. 94).

b. Enfin, il est rappelé que les conclusions concernant les répercussions de la fibromyalgie sur la capacité de travail de la recourante ne peuvent être confirmées, puisqu'elles se basent sur les anciens critères jurisprudentiels. Qui plus est, la chambre de céans constate que l'argumentation de l'expert à ce propos prête également le flanc à la critique. À titre d'exemple, le Dr R\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait pas d'affection corporelle chronique importante ou s'étendant sur de nombreuses années, alors qu'il a rappelé que de nombreux traitements avaient été proposés (manipulations rachidiennes, antalgiques, antidépresseurs, myorelaxants et anti-inflammatoires) ; et ce, alors même que la recourante présente de nombreuses atteintes qui ont d'ailleurs conduit l'intimé à retenir que l'activité habituelle d'aide-soignante ne pouvait plus être exercée, et que la capacité de travail résiduelle dans une profession adaptée s'élevait à 70%. L'expert a également reconnu un certain isolement de la recourante, mais nié une perte d'intégration sociale car la recourante alléguait des « relations très limitées, mais néanmoins existantes », ce qui semble un peu paradoxal.

19. Eu égard à tout ce qui précède, le rapport d'expertise de la Clinique Corela du 4 mars 2014 doit se voir nier toute valeur probante.
20. S'agissant des rapports des médecins-traitants, ils ne comportent pas une analyse globale et détaillée de l'ensemble des atteintes de la recourante, si bien que l'on ne saurait sans autre se fonder sur leur appréciation selon laquelle la capacité de travail serait nulle. Il sied également de 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.
21. L'intimé est donc invité à reprendre l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise médicale confiée à des experts indépendants, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. La nouvelle expertise interdisciplinaire devra comporter des volets

rhumatologique, ophtalmologique et psychiatrique. Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics, les limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail et l'évolution de cette dernière depuis le mois de juillet 2008, à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'ATF 141 V 281 en matière de trouble somatoforme douloureux, en motivant suffisamment leur appréciation.

C'est le lieu de rappeler qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

22. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 18 décembre 2014 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
23. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 18 décembre 2014.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le