

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3880/2014

ATAS/126/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 février 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A _____, née le _____ 1954, (ci-après : l'assurée ou la recoursante), a travaillé dès le 1^{er} janvier 1987 en tant que collaboratrice spécialisée dans le trafic des paiements au B _____ (ci-après : l'employeur), en dernier lieu à 70%.
2. Souffrant de vertiges rotatoires ainsi que de lombalgies sur discopathies, l'assurée a réduit son activité à raison de quatre heures par jour depuis septembre 2002 et a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en date du 2 juin 2003.
3. Dans un rapport du 30 juin 2003, le docteur C _____, généraliste et médecin traitant depuis 1996, a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, un syndrome somatoforme douloureux, une dépression aggravée, un syndrome vertigineux, un syndrome vertébral cervico-brachial droit sur troubles dégénératifs, un syndrome vertébral lombaire (lombalgies mécaniques sur discopathies L5-S1) et des névralgies ophtalmiques. L'incapacité de travail était de 50% depuis le 9 septembre 2002. Il a noté que l'assurée avait été suivie en psychiatrie depuis 1980 aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), car suite à son divorce elle avait développé une dépression et fait plusieurs tentamen, puis dans une unité de liaison psychiatrique depuis avril 1997. Elle était en traitement chronique par antidépresseur.
4. Le docteur D _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, indiquait dans son rapport du 5 juin 2002 que l'assurée souffrait de lombalgies mécaniques dans un contexte de discopathie L5-S1 et présentait un tableau clinique évocateur d'une fibromyalgie.
5. À la suite de la demande de rapport médical que l'OAI lui a fait parvenir le 20 juin 2003, l'unité de psychiatrie de liaison des HUG a précisé, le 14 juillet 2003, que l'assurée avait été suivie dans ce service entre mars 1997 et avril 1999 et qu'elle n'appartenait plus au fichier dudit service.
6. Sur demande de l'OAI, le docteur E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assurée en date du 16 février 2005. Il a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, un trouble somatoforme indifférencié ainsi qu'un trouble dépressif majeur récurrent (deux épisodes : 1984 et lors de l'expertise), épisode actuel d'intensité moyenne et chronique présent depuis 2002. Il a précisé que l'incidence de la dépression récurrente sur la capacité de travail de l'assurée était peu claire, dans la mesure où celle-ci niait l'implication d'un problème psychologique sur sa capacité de travail et attribuait tous ses maux à des problèmes d'origine physique. Par conséquent, c'était le deuxième diagnostic de trouble somatoforme indifférencié qui pouvait expliquer en grande partie sa souffrance. L'état dépressif limitait très nettement la motivation de l'assurée qui était découragée, le trouble somatoforme indifférencié étant au premier plan. Les troubles expliquaient en grande partie la diminution de la capacité de travail d'au moins 50% depuis juin 2002. L'activité exercée était encore exigible du point de

vue psychiatrique. Il notait une aggravation de l'état de santé, l'assurée ne travaillant actuellement plus qu'à 32%. Il a précisé que l'intrication de symptômes psychiatriques et somatiques chez cette assurée ainsi que le diagnostic de fibromyalgie rendaient l'évaluation psychiatrique complexe. Finalement, il avait opté pour un trouble somatoforme indifférencié. À l'anamnèse, il a mentionné une dépression avec tentative de suicide par médicament quelques mois après que son premier mari eut quitté le domicile conjugal en 1984, traitée par antidépresseur durant une année et par suivi en hôpital de jour pendant deux mois, puis en ambulatoire durant un an environ. Quelques mois après le décès de son père en janvier 1997, elle avait suivi une psychothérapie avec la psychologue du service ORL des HUG pendant deux ans, ce qui lui avait permis de travailler le deuil de son père. Interrogé par le SMR, le Dr E_____ a précisé en date du 22 mars 2005 que le trouble dépressif récurrent ne justifiait pas à lui seul une incapacité de travail.

7. Par décision du 14 avril 2005, entrée en force, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte justifiant une incapacité de travail de longue durée et que son invalidité était considérée comme nulle au regard de l'AI.
8. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 6 décembre 2005, invoquant une aggravation de son état de santé et indiquant souffrir de fibromyalgie ainsi que d'un état dépressif important. Elle a produit divers rapports médicaux établis par le docteur F_____, médecin adjoint agrégé, du service de neurologie des HUG et le professeur G_____, service ORL et chirurgie cervico-faciale des HUG, attestant une incapacité de travail de 50%. Dans un rapport du 18 mai 2006, le Prof. G_____ a expliqué que l'assurée était venue consulter à la polyclinique pour une otalgie droite violente après un atterrissage en avion. Après la réalisation d'un Ct-scan, il a fait état d'une suspicion de fistule des canaux semi-circulaires supérieurs, anomalie de l'os temporal qui pourrait être la cause des vertiges. Dans un rapport du 28 septembre 2006, le Dr F_____ a constaté une fibromyalgie, des migraines chroniques avec composante de céphalées, une tension, un status post état dépressif et une gastrite érosive. S'agissant de l'incapacité de travail, avant 2006 il ne connaissait pas l'assurée; depuis juillet 2006, il évaluait l'incapacité à 50% dans sa profession. Dans un rapport du 12 octobre 2006, le Prof. G_____ a relevé que la patiente était fatiguée et fatigable, souffrait de migraines et qu'elle ne travaillait qu'à 35%, incapacité de travail qu'il considérait comme correcte.
9. Par décisions des 22 et 27 novembre 2006, l'OAI a admis la péjoration de l'état de santé de la recourante depuis juillet 2006, mais a rejeté la demande de prestations, car le délai de carence d'une année n'était pas encore échu.
10. Suite au recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a annulé lesdites décisions et renvoyé le dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (arrêt du 13 juin 2007, ATAS/673/2007).

11. Le Centre d'expertise médicale de Genève (ci-après : CEM) a rendu son rapport en date du 27 janvier 2009. L'assurée a été examinée par le docteur R_____, spécialiste FMH en rhumatologie, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur I_____, spécialiste FMH en otoneurologie.

Sur le plan rhumatologique, les experts ont retenu une limitation de la capacité de travail d'environ 20% en raison d'une cervicarthrose sévère empêchant l'assurée de maintenir une position assise prolongée, la nuque antéfléchie, et l'obligeant à faire des pauses régulières ainsi qu'à changer de positions. Sur le plan psychiatrique, la Dresse H_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, en rémission incomplète, avec une symptomatologie résiduelle correspondant à une anxiété généralisée, ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile versus histrionique. L'assurée souffrait d'une anxiété généralisée, mais ne présentait pas de symptômes dépressifs parlant en faveur d'un trouble dépressif. Elle présentait plus particulièrement différentes douleurs ostéo-articulaires, des céphalées et des vertiges rotatoires dont les substrats organiques n'avaient pas réellement été mis en évidence. La symptomatologie douloureuse, en dehors d'un trouble dépressif, constituait les critères diagnostiques pour un trouble somatoforme. Toutefois, malgré les limitations somatiques mentionnées et la souffrance importante que les douleurs induisaient, l'assurée menait une vie sociale et familiale épanouie. Le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile correspondait à la modalité des réactions que l'assurée maintenait avec son entourage. Les relations investies ou fluctuantes, une réduction de sa capacité d'anticipation, son fréquent sentiment de colère ou ses actes impulsifs, y compris suicidaires, s'inscrivaient dans ce diagnostic. Cette difficulté psychique parlait en faveur d'une réduction de sa capacité d'adaptation aux différentes situations de sa vie privée ou professionnelle mais ne réduisait pas sa capacité de travail. L'expert psychiatre a estimé que sa capacité de travail n'était réduite ni par un trouble affectif, ni par un trouble de la personnalité. S'agissant de l'expertise otoneurologique, le Dr I_____ n'a pas retenu de diagnostic de maladie de Ménière. Il a évoqué les diagnostics de migraines, de déhiscence osseuse du canal semi-circulaire supérieur, de cinétose tout en relevant que l'assurée avait du mal à supporter toutes stimulations vestibulaires raison pour laquelle elle refusait ces dernières, enfin un diagnostic différentiel de « phobic postural vertigo ». Après avoir passé en revue les diverses suppositions diagnostiques, il a considéré que l'on était toujours dans l'impossibilité de poser un diagnostic précis chez l'assurée. Concernant l'évaluation de la capacité de travail, l'expert otoneurologue a estimé que dans l'état actuel des choses, sur le plan otoneurologique, les limitations quant à une reprise d'activité étaient importantes. En effet, l'assurée ne pouvait pas exercer une profession qui mettait en jeu son équilibre, mais aussi toute profession qui comportait des stimulations visuelles, particulièrement du champ visuel périphérique.

En conclusion, les experts ont considéré que sur le plan physique, les troubles dégénératifs du rachis cervical avec les douleurs cervicales qui en découlaient limitaient la position assise prolongée avec la nuque en antéflexion et nécessitaient des changements de positions fréquents. Les douleurs lombaires limitaient le port de charges ainsi que les positions contraignantes pour le dos. Les vertiges présentés par l'assurée entraînaient une limitation des activités mettant en jeu son équilibre ainsi que de celles comportant des stimulations visuelles importantes. Au plan psychique et mental, bien qu'il n'y eût pas de réduction de la capacité de travail, les troubles de la personnalité entraînaient une certaine réduction de sa capacité d'adaptation à des situations stressantes de la vie privée ou professionnelle. Selon les experts, l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis juillet 2007 dans son activité d'employée bancaire dans le service des transferts, qui n'était plus exigible. Cette incapacité était d'au moins 20% depuis 2003 et avait progressivement augmenté jusqu'à être totale à la mi-2007. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. Des mesures d'adaptation du poste de travail devraient permettre d'augmenter la capacité de travail à un taux de l'ordre de 80%. Une activité adaptée à l'invalidité pouvait être exercée à plein temps, avec une diminution de rendement de l'ordre de 20%.

12. Par avis du 24 février 2009, le SMR a fait siennes les conclusions des experts. Il a reconnu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, en raison de l'atteinte cervicale.
13. Considérant que la recourante avait un statut mixte, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 5 mai 2009, l'enquêtrice a indiqué que selon les dires de la recourante, celle-ci aurait travaillé à 100% si elle avait été en bonne santé. Après contrôle auprès de l'employeur, il s'avérait que l'assurée avait été engagée initialement à 50%, puis avait augmenté son taux d'activité à 75% en 2000. Elle n'avait jamais travaillé à 100%. Par conséquent, l'enquêtrice a retenu un statut mixte, à raison d'une part active à 75% et une part ménagère de 25%. Les empêchements dans le ménage étaient fixés à 27,75%.
14. Dans un rapport du 22 février 2011, la doctoresse J_____, spécialiste en médecine générale FMH ainsi qu'en médecine psychosomatique et psychosociale, nouveau médecin traitant, a précisé que la recourante souffrait sur le plan psychique d'un état anxio-dépressif dans un contexte post-traumatique émotionnel sévère pour lequel elle était suivie à sa consultation en tant que psychosomaticienne. Elle avait débuté depuis trois mois environ une psychothérapie de type psychanalytique. Elle présentait un sommeil perturbé et des moments où la composante dépressive était très importante avec des crises de sanglots et une hyperventilation respiratoire pouvant aller jusqu'à l'évanouissement, ce qu'elle avait pu constater pendant quelques consultations.
15. L'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle au sein des Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI), qui s'est déroulée du 12 septembre au 20 novembre 2011. Dans leurs conclusions du 25 janvier 2012, les

EPI ont retenu en fin de mesure que l'assurée ne pouvait pas être réadaptée dans le circuit économique ordinaire. En effet, leurs observations en atelier sur une activité industrielle légère simple (montage/assemblage) avaient révélé que ses limitations ne lui permettaient pas d'avoir des rendements exploitables dans l'économie ordinaire. Ses rendements étaient de l'ordre de 30% sur un mi-temps, sa polyvalence et sa flexibilité fortement limitées. Son comportement et son attitude étaient par ailleurs irréprochables. Les EPI laissaient le soin à l'OAI de déterminer s'il y avait lieu de demander un complément d'information médicale.

16. Dans un rapport du 5 avril 2012 à l'attention de la Dresse J_____, le Dr I_____ a indiqué avoir réexaminé la patiente et pu procéder à un examen vestibulaire clinique et ENG – ce qu'il n'avait pu faire lors de son examen en 2008 - qui lui ont permis de poser de nouveaux diagnostics d'atteinte vestibulaire périphérique, avec une hyporéflexie à droite, et de syndrome otolithique. Il a écarté les diagnostics de maladie de Ménière et de déhiscence osseuse au niveau du canal semi-circulaire supérieur. Il n'avait pas d'argument pour un « phobic postural vertigo ». Toutefois, les migraines constituaient un facteur aggravant du vertige. Il n'y avait aucun traitement permettant de restaurer sa fonction vestibulaire altérée et il a introduit à l'essai un traitement de fond médicamenteux à haute dose.
17. Dans un rapport à l'attention de l'OAI du 1^{er} mai 2012, la Dresse J_____ a signalé que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire, « mais un peu augmenté », et qu'il y avait un nouveau diagnostic, à savoir une atteinte canalaire et otolithique à droite. Elle signalait une augmentation des vertiges. La capacité (recte : incapacité) de travail était de 100% depuis 2005 et une reprise de travail n'était pas possible en raison des vertiges. Pour le surplus, l'assurée suivait une psychothérapie de soutien dispensée par ses soins.
18. Sur avis du SMR, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire et mandaté la policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne à cet effet en posant notamment des questions en cas de trouble de la lignée somatoforme ou de trouble assimilé.

L'assurée a été examinée par les docteurs K_____, interniste, L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, M_____, spécialiste FMH en neurologie, N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et O_____, otoneurologue. Dans leur rapport du 21 janvier 2014, les experts ont précisé que l'assurée avait été examinée en médecine interne en septembre 2013, et que leur constatations et conclusions se basaient également sur les consultations psychiatrique, rhumatologique, otoneurologique et neurologique. Les conclusions de ce rapport avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire, le 15 janvier 2014, en présence des Drs K_____ (médecin interniste) et L_____ (psychiatre).

Les experts ont diagnostiqué avec influence essentielle sur la capacité de travail une anxiété généralisée avec des éléments d'agoraphobie et de claustrophobie (F41.1), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), un trouble

somatoforme indifférencié (F45.1) et des vertiges induits par la vision (R42). Les cervico-lombalgies non spécifiques, les céphalées tensionnelles et à caractère migraineux étaient en revanche sans influence sur la capacité de travail. S'agissant des limitations fonctionnelles, les experts ont retenu que l'assurée devait éviter les positions de travail statiques prolongées, qu'elles soient assises ou debout, les ports de charges supérieures à dix kilos, les travaux lourds, la marche en terrain irrégulier, une activité au sein d'une foule, dans un grand magasin, une stimulation visuelle importante, l'écran de télévision et d'ordinateur, les travaux dans les transports publics ou nécessitant la conduite professionnelle d'automobiles. Quant à la capacité d'apprendre, il fallait prendre en considération les troubles de la concentration et de la mémoire liés au trouble dépressif et anxieux.

Dans leur appréciation du cas, les experts ont relevé qu'au terme du bilan, sur la base de la description des troubles, des résultats des examens otoneurologiques et neurologiques, ils n'avaient pas la preuve d'une atteinte vestibulaire et cérébelleuse significative susceptible d'expliquer les troubles. Cela étant, même si aucune affection organique n'avait pu être mise en évidence, il convenait d'éviter toutes les activités où l'expertisée pouvait être soumise à des stimulations visuelles riches, et en ceci ils rejoignaient les conclusions de l'expertise de 2008 qui retenait une incapacité de travail complète dans l'activité d'employée de banque face à un ordinateur. Les céphalées fréquentes correspondaient clairement à des céphalées tensionnelles. L'examen clinique rhumatologique était peu spécifique, de même que l'examen neurologique qui était caractérisé par des troubles sensitivo-moteurs bilatéraux à prédominance gauche, sans évidence d'atteinte structurelle certaine du système nerveux périphérique ou central. Le bilan neurologique et rhumatologique ne permettait pas de retenir une quelconque incapacité de travail dans l'activité d'employée de banque ou de bureau, seules les activités nécessitant un engagement physiquement lourd et le port régulier de charges de plus de dix à quinze kilos étaient contre-indiquées au vu des troubles dégénératifs mis en évidence aux IRM cervicale et lombaire.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée rapportait un premier épisode dépressif sévère avec tentamen à la suite de sa séparation en 1985 qui avait nécessité un traitement dans un centre de thérapie brève. Elle avait à nouveau été suivie en 2002 et 2006, brièvement, par un psychiatre puis par son médecin généraliste. Depuis début 2013, elle bénéficiait à nouveau d'un traitement psychiatrique hebdomadaire avec prise anamnétique de Surmontil et de Xanax. L'expert psychiatre a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen et d'anxiété généralisée avec éléments d'agoraphobie et de claustrophobie. Ces troubles devaient être considérés comme des comorbidités au trouble somatoforme. Comme autre critère de gravité, il y avait la présence de vertiges et de douleurs qui s'étaient chronicisés depuis plus de dix ans et qui ne répondaient pas aux nombreux traitements entrepris jusqu'ici. La compliance était mauvaise comme le montrait le dosage médicamenteux. En cas de bonne compliance, ce traitement médicamenteux

pouvait améliorer sans aucun doute la situation médicale. Actuellement, en raison de la fatigue, des difficultés de concentration et des phobies mal systématisées, il existait une diminution de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. La capacité de travail pouvait être possiblement améliorée avec une prise adéquate du traitement psychotrope et devrait être alors réévaluée d'ici à six mois.

En définitive, les experts ont retenu que la capacité résiduelle de travail était nulle en tant qu'opératrice de saisie, employée de banque devant un ordinateur. Dans l'activité comme employée de banque, la capacité de travail était de 50% depuis le 2 décembre 2002, puis elle avait été évaluée à 80% lors de l'expertise en 2008. Dès à présent, dans un poste adapté, les experts retenaient une capacité de travail de 50%.

19. Par avis du 26 août 2014, la doctoresse P_____, médecin SMR, a écarté la présence d'une comorbidité psychiatrique durablement incapacitante, motif pris que la problématique dépressive avant 2005 présentait une caractéristique réactionnelle et que celle existant depuis 2005 devait être considérée comme faisant partie intégrante du trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen retenu lors de l'expertise de la PMU. En outre, les éléments anamnestiques et les constatations cliniques décrites ne permettaient pas de comprendre sur quels critères l'expert psychiatre posait le prétendu diagnostic d'anxiété généralisée avec éléments d'agoraphobie, ni depuis quand ces atteintes étaient présentes. Les autres éléments de gravité jurisprudentiels n'étaient pas remplis. Il n'y avait pas de perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie, l'aspect somatique avait été amplement évalué et permettait d'écarter une affection organique incapacitante. Les plaintes subjectives et le handicap allégué s'intégraient au trouble somatoforme douloureux. Bien que les vertiges constituaient un processus maladif de longue durée, il n'y avait pas d'affection corporelle chronique grave. Il n'y avait pas de résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertise soulignait que l'assurée n'était pas correctement traitée et ne prenait pas les médicaments prescrits. En l'absence de comorbidité psychiatrique, il n'y avait pas lieu de parler d'état psychique cristallisé. Il n'y avait donc pas d'aggravation de l'état de santé postérieure au 14 avril 2005, de sorte que les conclusions du SMR du 27 février 2009 n'étaient pas confirmées et devaient être ignorées, puisqu'elles ne tenaient pas compte de la composante somatoforme des troubles.
20. Le projet de refus de prestations du 12 septembre 2014 a été contesté par l'assurée, le 15 octobre 2014, au motif que le SMR partait du postulat erroné qu'elle aurait souffert d'un épisode dépressif dans les années 80 qui se serait résolu peu après et d'un deuxième épisode dépressif en 2005, alors que, selon le rapport du Dr C _____ du 30 juin 2003, elle était suivie par l'unité de liaison des HUG depuis avril 1997 et qu'elle était en traitement chronique avec anti-dépresseurs.
21. Par avis du 14 novembre 2014, la Dresse P_____ a maintenu sa position au motif que le dossier de l'assurée ne comportait pas de rapports médicaux du service psychiatrique des HUG, ni de la psychiatrie de liaison des HUG. En outre le

diagnostic d'anxiété généralisée avec éléments d'agoraphobie et de claustrophobie avait été posé essentiellement sur la base des plaintes (subjectives) de l'assurée, alors que l'expert psychiatre ne mentionnait aucun des quatre symptômes exigés par la CIM-10 pour poser le diagnostic d'anxiété généralisée.

22. Par décision du 20 novembre 2014, l'OAI a refusé à la recourante l'octroi de prestations d'invalidité, motif pris que de l'avis du SMR, il n'y avait pas de maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée ou des empêchements dans le ménage. Dès lors, son atteinte à la santé ne constituait pas une invalidité au sens de la loi. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas.
23. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 16 décembre 2014. Elle fait grief à l'intimé de s'être écarté à tort des conclusions du rapport d'expertise du 21 janvier 2014, d'avoir également ignoré les conclusions de la mesure de réorientation professionnelle et reproche au SMR d'avoir fait une lecture erronée de son avis précédent du 24 février 2009. Or à l'époque, le SMR reconnaissait des atteintes invalidantes tant en raison des vertiges que des atteintes cervicales, ce qui avait été confirmé par l'expertise du 21 janvier 2014. Par ailleurs, il était totalement contradictoire que le SMR admette que le volet somatique de l'expertise remportait la conviction tout en excluant concrètement les conclusions des experts et ne retenir aucune atteinte à la santé. Elle conteste également l'interprétation faite par le SMR sur le plan psychiatrique. En particulier, il était erroné de prétendre qu'aucun élément suggérant la présence d'une affection psychiatrique avant 2005 n'existait au dossier. Se fondant sur l'expertise de la PMU et son âge de 61 ans, la recourante conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2003 au 30 juin 2007 et à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2007, considérant par ailleurs que le statut d'active doit lui être reconnu.
24. Dans sa réponse du 27 janvier 2015, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant intégralement aux avis du SMR qui estime que l'assurée ne présente pas d'atteinte durablement incapacitante au sens de l'AI et que le caractère invalidant du trouble somatoforme ne peut être admis. L'intimé se base sur un avis du SMR du 22 janvier 2015, selon lequel la recourante n'apporte pas de document nouveau ou d'information qui auraient été ignorés. En outre, le Dr C _____ ne semblait pas avoir été en possession d'un rapport d'évaluation rédigé par un psychologue du service de liaison des HUG, de sorte qu'on pouvait supposer qu'un tel rapport n'avait jamais été établi et qu'une telle évaluation n'avait jamais été effectuée.
25. Dans sa réplique du 20 février 2015, la recourante a communiqué les résultats d'une IRM cervicale du 17 novembre 2014, d'une IRM lombaire du 9 décembre 2014 ainsi que de radiographies du 9 décembre 2014 de la colonne cervicale et de la colonne lombaire concluant à une hernie discale L1-L2 sous-ligamentaire, une hernie discale L3-L4 de localisation paramédiane gauche en conflit avec la racine L4 gauche et un discret œdème intraspongieux sous les plateaux inférieur de L5 et

supérieur de S1. Elle soutient qu'il est ainsi manifeste que l'importance de la gravité de ses atteintes physiques a été nettement sous-estimée tant par le SMR que par les experts, lesquels ont uniquement retenu des cervico-brachialgies non spécifiques. S'agissant du volet psychiatrique, elle se réfère au courrier des HUG du 14 juillet 2013 (recte : 2003) prouvant qu'elle avait été suivie dans l'unité de psychiatrie de 1997 à 1999, au rapport du Dr C_____ du 30 juin 2013 (recte : 2003) précisant qu'elle avait été suivie en psychiatrie aux HUG depuis 1980 et que son état de santé était tel sur le plan psychique qu'elle avait par ailleurs fait plusieurs tentamen. Elle produit encore un rapport d'expertise du professeur Q_____, directeur de la clinique pour la médecine psychosomatique et la psychothérapie de l'Université de Munich, daté de mai 2014, critiquant la jurisprudence fédérale relative aux critères applicables notamment en cas de diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

26. Par duplique du 16 mars 2015, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant à l'avis du SMR du 5 mars 2015, selon lequel les documents produits n'apportaient pas d'éléments en faveur d'une aggravation manifeste et durable de l'état de santé, mais semblaient indiquer au contraire une faible évolutivité sur le plan radiologique par rapport aux examens de 2009 et 2012. Quant à l'aspect psychiatrique, aucun diagnostic permettant d'évoquer une pathologie psychiatrique durable et incapacitante n'avait été attesté par le service de psychiatrie de liaison.
27. Par ordonnance du 22 juin 2015, la chambre de céans a demandé aux parties de lui faire part de leurs conclusions suite à l'arrêt du Tribunal 9C_492/2014 du 3 juin 2015.
28. Dans son écriture du 28 juillet 2015, l'intimé a considéré que cette nouvelle jurisprudence ne s'appliquait pas aux faits couverts par sa décision du 20 novembre 2014 au vu de l'interdiction de la rétroactivité. Il a confirmé ses conclusions précédentes.
29. Dans son écriture du 27 juillet 2015, la recourante a observé que s'agissant de l'axe « atteinte à la santé », les différents rapports médicaux attestaient objectivement de son trouble somatoforme apparu dans un contexte de conflits émotionnels. La mesure de réadaptation avait conclu à l'absence de possibilité de réadaptation dans le circuit économique ordinaire malgré son comportement irréprochable. L'indicateur de comorbidité était également réalisé. S'agissant des axes « personnalité » et « contexte social », les experts avaient tenu compte de ces critères pour conclure à l'invalidité. S'agissant de la « cohérence », l'indicateur de la consistance des troubles était réalisé puisque tant le dossier médical que l'enquête ménagère attestaient que les troubles avaient de graves conséquences sur son activité professionnelle, ses travaux habituels et ses loisirs. Il en allait de même de l'indicateur du poids de la souffrance puisque les mesures de réadaptation professionnelle et les traitements avaient échoué alors qu'elle avait fait preuve de toute la coopération possible. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes.

30. Dans son écriture du 5 août 2015 relative aux dernières observations de l'intimé, la recourante a contesté que la nouvelle jurisprudence ne serait pas applicable dès lors que cette dernière ne consistait pas en un changement de normes, mais en un revirement de pratique du Tribunal fédéral lui-même. De plus, le présent litige n'était pas assimilable à une procédure de révision ou de reconsidération, faute de décision entrée en force.
31. Après communication de cette écriture à l'intimé, 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^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. 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^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2008 et après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas

amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
5. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante, plus particulièrement s'il existe une modification sensible de son état de santé et de ses conséquences sur sa capacité de gain depuis la décision de refus de rente du 14 avril 2005.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Depuis 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

7. a) 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).

b) Dans un arrêt de principe (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. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique 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).

8. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

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).

9. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écartier sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références).

b) L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2).

c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause au plan

matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue, comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la décision litigieuse, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 133 V 545 consid. 6 et 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ces principes s'appliquent également en cas de nouvelle demande (ATF 130 V 71 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1).

d) Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent, selon leur sens et but exposés ci-dessus, que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 2.2).

10. En l'espèce, par décision du 14 avril 2005 entrée en force et établie après mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, l'intimé a refusé toutes prestations, de sorte

qu'il convient de comparer les faits existant au moment de cette décision avec les circonstances fondant la décision litigieuse du 20 novembre 2014.

Cette dernière décision repose d'un point de vue médical sur le rapport d'expertise du CEM du 27 janvier 2009 ainsi que sur les avis SMR des 26 août 2014 et 14 novembre 2014 s'écartant des conclusions du rapport d'expertise de la PMU du 21 janvier 2014. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si ces divers rapports d'expertise et avis SMR ont une valeur probante.

11. 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).

b) 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).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

12. a) En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de constater que, contrairement à ce qu'exige la jurisprudence, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEM du 27 janvier 2009 ne procède à aucune comparaison de l'état de santé de la recourante entre la décision de refus de rente du 14 avril 2005 et la situation existant au moment de l'examen par les divers spécialistes en octobre 2008. En outre, au vu de sa date, il n'évalue pas la situation médicale de la recourante jusqu'à l'époque de la décision litigieuse, de sorte qu'il est incomplet puisqu'il ne permet pas de comparer l'état de santé de la recourante et sa capacité de gain entre le 14 avril 2005 et le 20 novembre 2014.

De plus, il contient des contradictions. En effet, bien que le Dr I_____ ne retienne aucun diagnostic otoneurologique expliquant les vertiges de la recourante, les experts diagnostiquent avec répercussion sur la capacité de travail, des vertiges d'origine indéterminée. Ils expliquent qu'ils attribuent un effet invalidant à la plainte des vertiges dans la mesure où elle s'est chronicisée depuis une dizaine d'années et que, faute d'avoir pu trouver une atteinte somatique sous-jacente responsable de la présence des vertiges, « la suspicion s'accroît » qu'un facteur psychologique joue un rôle important dans le maintien de cette plainte, notamment que l'interaction entre les vertiges et l'angoisse est susceptible d'amener un accroissement des deux. Ils précisent qu'en évitant les stimuli qui peuvent déclencher ou aggraver tant la cinétose (maux de voyage) que les vertiges, la capacité de travail ne devrait pas être réduite et concluent, en définitive, que la

recourante est en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 20%.

Par conséquent, tout en ne retenant aucun trouble objectif expliquant les vertiges, les experts les énumèrent parmi les affections incapacitantes en raison de leur interaction avec l'angoisse et admettent que l'incapacité de travail est entière dans l'activité habituelle nécessitant des stimulations visuelles particulièrement devant un écran d'ordinateur, bien qu'ils ne considèrent pas le trouble dépressif récurrent avec symptomatologie résiduelle correspondant à une anxiété généralisée comme incapacitant. Dès lors, soit leurs conclusions sur la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée sont erronées car elles ne tiennent pas compte de leurs constatations objectives, soit leurs conclusions relatives aux troubles psychiques sont erronées dans la mesure où ceux-ci apparaissent en définitive comme ayant un effet incapacitant et une incidence sur les limitations fonctionnelles retenues. Quoi qu'il en soit, leurs conclusions sont contradictoires, de sorte que le rapport d'expertise du CEM n'a pas de valeur probante pour ce second motif.

b) Dans leur rapport du 21 janvier 2014, les experts de la PMU diagnostiquent avec influence essentielle sur la capacité de travail, une anxiété généralisée avec des éléments d'agoraphobie et de claustrophobie, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble somatoforme indifférencié et des vertiges induits par la vision. Bien qu'ils n'aient pas mis en évidence une atteinte vestibulaire et cérébelleuse significative, ils considèrent que la recourante doit éviter toutes les activités qui la soumettent à des stimulations visuelles riches, rejoignant sur cette question les conclusions de l'expertise de 2008 qui retient une incapacité de travail complète dans l'activité d'employée de banque face à un ordinateur. Ils expliquent que le trouble dépressif récurrent et le trouble d'anxiété généralisée avec éléments d'agoraphobie et de claustrophobie doivent être considérés comme des comorbidités au trouble somatoforme, car le premier a commencé avant la survenue des symptômes physiques et en raison de l'intensité du second. Comme autre critère de gravité, ils relèvent la présence de vertiges et de douleurs qui se sont chronicisés depuis plus de dix ans et qui ne répondent pas aux nombreux traitements entrepris jusqu'ici bien que la compliance soit mauvaise. Ils concluent à une diminution de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en raison de la fatigue, des difficultés de concentration et des phobies mal systématisées, avec réévaluation d'ici à six mois.

En l'espèce, le rapport d'expertise de la PMU ne procède pas davantage à une comparaison de l'état de santé de la recourante entre le 14 avril 2005 et la période de septembre 2013 à janvier 2014 durant laquelle les divers experts ont effectué leurs examens. De plus, il conclut à une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% dès le jour de l'expertise, sans évaluer ladite capacité depuis le 14 avril 2005 au motif qu'elle a été estimée à 80% lors de l'expertise du CEM qui, toutefois, n'a pas de valeur probante.

Pour le reste, le rapport d'expertise a pleine valeur probante dès lors qu'il a été établi après étude de toutes les pièces du dossier et après mise en œuvre d'une nouvelle électroneuromyographie (ENMG), qu'il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les plaintes de la recourante, des observations cliniques, une description de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la dernière expertise, une appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi qu'une description des limitations fonctionnelles. Les évaluations des experts sont motivées, notamment ils expliquent pourquoi ils considèrent que le trouble dépressif récurrent et l'anxiété généralisée sont des comorbidités du trouble somatoforme et pourquoi ils n'ont pas retenu une atteinte vestibulaire et cérébelleuse significative susceptible d'expliquer les vertiges. Enfin, les diagnostics posés se réfèrent à leurs constatations cliniques ainsi qu'aux résultats de l'ENMG pratiquée par la doctoresse Q_____, neurologue FMH, le 17 avril 2013.

c) Seule la Dresse P_____, dans son avis SMR du 26 septembre 2014, conteste leurs conclusions au motif que les troubles dépressifs seraient réactionnels et que l'épisode survenu en 2005 serait postérieur à l'apparition du trouble somatoforme. En outre, le diagnostic d'anxiété généralisée avec élément d'agoraphobie ayant une influence sur la capacité de travail ne reposerait sur aucun critère diagnostique justifié par les constatations cliniques et les éléments anamnestiques. Dans son nouvel avis du 14 novembre 2014 statuant sur les observations de la recourante à la suite du projet de décision du 12 septembre 2014, tout en admettant que le Dr C _____ a effectivement mentionné dans son rapport du 30 juin 2003 un suivi psychiatrique à partir du mois d'avril 1997, elle n'en tient toutefois pas compte en l'absence de rapports médicaux tant du service psychiatrique que de la psychiatrie de liaison des HUG. Puis, dans son dernier avis du 22 janvier 2015, elle considère que le fait que le Dr C _____ ne semble pas avoir été en possession d'un rapport d'évaluation du service de liaison des HUG permet de supposer qu'un tel rapport n'a jamais été établi et qu'une telle évaluation n'a jamais eu lieu.

En l'occurrence, la recourante a connu un premier épisode dépressif en 1984 réactionnel, au départ de son premier mari du domicile conjugal avec suivi médical pendant une année et a souffert d'un deuxième épisode dépressif réactionnel en 1997, suite au décès de son père (cf. anamnèse psychiatrique du rapport d'expertise du Dr E_____) pour lequel elle a été en traitement à partir du mois de mars 1997 auprès de l'unité de liaison psychiatrique des HUG et pendant deux ans, soit jusqu'en avril 1999. Puis, sans aucun événement déclenchant d'ordre privé, elle a souffert d'un troisième épisode dépressif en 2002 et non pas en 2005, comme l'affirme à tort le médecin du SMR, avec traitement chronique par antidépresseur en tout cas jusqu'au 30 juin 2003, date du rapport du Dr C _____ relatant cette situation, étant relevé que cet épisode a également été relaté par le Dr E_____ lors de son expertise de février 2015. En outre, contrairement à ce que pense le médecin du SMR, l'absence au dossier de rapports médicaux détaillés des services

psychiatriques des HUG ne le légitime pas à contester l'existence d'un suivi psychiatrique de longue durée, d'un traitement médicamenteux et de la réalité de l'épisode dépressif - établis par d'autres documents conformément au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, notamment par l'attestation du 14 juillet 2003 de l'unité de psychiatrie de liaison des HUG - ainsi qu'à conclure à l'existence d'un trouble dépressif indépendant du trouble somatoforme. Aussi, si les deux premiers épisodes dépressifs sont effectivement réactionnels à des événements de vie, en revanche tel n'est pas le cas du troisième épisode qui n'est pas réactionnel et qui a commencé en 2002, soit avant que le diagnostic de trouble somatoforme ne soit posé par un psychiatre lors de l'expertise de février 2005. Par conséquent, le trouble dépressif diagnostiqué par les experts de la PMU ne fait pas partie intégrante du trouble somatoforme douloureux. S'agissant de l'anxiété généralisée diagnostiquée par lesdits experts, il n'appartient pas à la chambre de céans de se prononcer sur des controverses médicales. Il convient de relever que ce diagnostic avait déjà été posé par les experts du CEM dans leur expertise du 27 janvier 2009 à laquelle l'intimé a reconnu une entière valeur probante, sans qu'à cette époque le SMR ne conteste l'existence des critères diagnostiques requis par la CIM-10.

Par conséquent, les griefs du SMR ne sont pas fondés, de sorte qu'ils ne remettent pas en question la pleine valeur probante du rapport d'expertise de la PMU.

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).

Or, par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence. Il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standard. Force est de constater que l'expertise de la PMU ne permet pas de répondre à ces questions.

14. Invité à se déterminer, l'intimé a indiqué, le 28 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). Il n'est alors question ni de révision, ni de reconsidération.

S'agissant du raisonnement tenu par l'intimé, selon lequel la décision contre laquelle l'assurée a interjeté recours le 16 décembre 2014, est entrée en force, il y a lieu de relever que ladite décision n'est précisément pas entrée en force, puisqu'elle fait l'objet du présent litige. C'est donc en vain que l'intimé cite expressément un arrêt du Tribunal fédéral à l'appui de son refus de se déterminer quant à la nouvelle jurisprudence (ATF 119 V 410). En effet, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral se demande en réalité si le fait qu'une décision soit entrée en force s'oppose à une application de la nouvelle jurisprudence.

La décision du 20 novembre 2014 n'étant en l'espèce pas entrée en force, la modification de jurisprudence à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son

arrêt du 3 juin 2015 ne peut être que prise en considération pour résoudre le présent litige.

15. La chambre de céans constate, à la lumière de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher puisqu'elle ne met pas en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la recourante d'autre part. En effet, l'expertise de la PMU ne donne pas d'indications sur le degré de gravité inhérent au diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Les experts ne se prononcent pas sur les éléments requis par la CIM-10 pour conclure à cette pathologie (ATF 141 V 281 consid. 2.1). Il n'est pas possible non plus de déterminer l'interaction entre le trouble douloureux qu'ils ont diagnostiqué et le trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen qu'ils ont mis en évidence, de même qu'avec l'anxiété généralisée avec éléments d'agoraphobie et de claustrophobie, des indications sur le développement et la structure de la personnalité de la recourante (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2) faisant défaut. Il manque également dans leur appréciation, l'évaluation des ressources personnelles de la recourante au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). En outre, les experts ne se prononcent pas personnellement sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, respectivement de sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis la décision de refus de rente du 14 avril 2005, mais par référence à l'expertise de 2008 qui n'a pas de valeur probante.
16. Il se justifie en conséquence d'admettre le recours, d'annuler la décision du 20 novembre 2014 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire auprès de la PMU, au sens des considérants, et pour nouvelle décision.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 20 novembre 2014.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme de complément d'expertise médicale pluridisciplinaire auprès de la PMU au sens des considérants, puis nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante un montant de CHF 2'500.- 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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