

## **GE\_GERICHTE A/4375/2015 vom 19. Juli 2016**

GE Cour de justice, 2016-07-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4375\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4375_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/4375/2015 du 19 juillet 2016

IT: GE\_GERICHTE A/4375/2015 del 19 luglio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1955, a travaillé en tant que vendeuse depuis 1971. Le 1<sup>er</sup> novembre 2009, elle a été engagée en cette qualité et à plein temps, soit 40 heures par semaine, par B\_\_\_\_\_ SA, pour un salaire mensuel de CHF 4'000.-. Le 29 janvier 2004, l'assuré a fait une chute et s'est fracturée le col fémoral droit, ce qui a nécessité une intervention chirurgicale pratiquée par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sous la forme d'une réduction et d'un quadruple vissage (ostéosynthèse). Le 3 décembre 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité, devenu depuis lors l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après : l'OAI), invoquant une « cassure du col du fémur ». Le 23 mars 2006, après avoir conduit l'instruction du dossier, l'OAI a rendu une décision par laquelle il octroyait à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter de janvier 2005, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, l'intéressée présentant une incapacité de travail de 100% dans toute activité. Dans le cadre d'une révision du droit aux prestations de l'assurée, l'OAI a constaté l'amélioration de son état de santé depuis le mois de juin 2006 et une capacité de travail de 80% à 100%, selon les exigences du poste, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit éviter la station debout prolongée et le port de charge. Il a donc mis en place des mesures d'ordre professionnel, et a pris en charge une formation de secrétariat et de réception, le 18 juin 2008. Par décision du 16 décembre 2008, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de ladite décision. À l'issue de sa formation, l'assurée avait obtenu une attestation certifiant de ses compétences administratives et lui permettant de se présenter sur le marché du travail dans des postes simples de réception. Son degré d'invalidité se montait à 20%. Afin de la soutenir dans ses recherches d'emploi, le service de placement de l'OAI avait été mandaté. Du 7 septembre au 6 décembre 2009, l'assurée a bénéficié d'une mesure de stage en entreprise, en tant que secrétaire/réceptionniste/accueil auprès de l'EMS D\_\_\_\_\_ à Genève. Du 16 août 2010 au 17 août 2011, l'assurée a occupé un poste d'accompagnatrice de personnes à mobilité réduite, âgées ou handicapées dans la section « Mobilité pour tous » de la Fondation E\_\_\_\_\_. Le 14 décembre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestation auprès de l'OAI, invoquant de très fortes douleurs au dos, au bassin et à la hanche droite, des difficultés à rester assise ou debout et une dépression, depuis son accident le 29 janvier 2004, date à partir de laquelle son incapacité de travail

était de 100%.>![endif]>![if> 10. Dans un rapport du 16 janvier 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'intoxication/hypersensibilité au chrome et au cobalt, de status après deux interventions et prothèse totale de la hanche droite, de longueurs différentes des deux jambes, enthésopathie ossifiante pelvienne et tronchantérienne, de hernies discales L4-L5/L5-S1, de dépression réactive et d'hypothyroïdie. Une nouvelle prothèse totale de la hanche droite était prévue et en discussion pour 2013. L'assurée présentait des douleurs lombosciatalgiques permanentes et des douleurs à la hanche droite. Sa mobilité empirait et diminuait. Elle ne pouvait pas rester plus de deux heures debout, rester plus de 30 minutes assise, marcher plus de 30 minutes, porter des poids de plus de cinq kilogrammes et faisait une dépression. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 20 novembre 2012, pour une durée indéterminée. L'activité habituelle n'était plus exigible ; la reprise d'une activité lucrative n'était pas envisageable. >![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 20 janvier 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de prothèse totale de hanche droite (nécrose aseptique après fracture du col fémoral) en 2006 et de lombosciatalgies à bascule depuis 2008. L'assurée présentait des douleurs chroniques au pli de l'aîne droite et gauche et aux lombaires. Le Dr G\_\_\_\_\_ se référait à la capacité de travail dans l'activité habituelle retenue par le Dr F\_\_\_\_\_. L'assurée devait limiter les efforts, tels que les ports de charges de plus de deux ou trois kilogrammes et le maintien de la position debout ou assise prolongée, la marche prolongée, se pencher ou travailler avec les bras au-dessus de la tête fréquemment, s'accroupir, se mettre à genoux, effectuer des mouvements de rotation, monter sur des échelles ou des échafaudages et monter fréquemment des escaliers. Ces limitations fonctionnelles étaient valables depuis 2008. Elle avait arrêté son activité habituelle de vendeuse depuis plusieurs années et son reclassement professionnel avait été un échec. La possibilité de reprendre le travail dépendait de l'activité proposée. Dans une activité adaptée et légère, la capacité de travail était de 50%. L'état de santé de l'assurée était stationnaire. >![endif]>![if> 12. Dans un rapport du 3 février 2013, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué un état dépressif, des lombalgies chroniques et des douleurs chroniques à la hanche droite, avec effet sur la capacité de travail. Les conséquences de ces atteintes sur sa capacité de travail étaient à voir avec le Dr F\_\_\_\_\_. Les limitations actuelles pouvaient être réduites par la poursuite des traitements actuels et une augmentation des activités physiques. La capacité de travail devait être évaluée à la lumière d'une expertise somatique et psychiatrique. Il n'était pas en mesure de se prononcer sur l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée. L'état de l'assurée était stationnaire. Depuis novembre 2012, cette dernière ne pouvait pas travailler uniquement debout, assise ou en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, s'accroupir, se mettre à genoux, effectuer des rotations, soulever ou porter des charges de plus de deux ou trois kilogrammes et monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas altérées.>![endif]>![if> 13. Dans un rapport du 26 février 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de lombalgies depuis 2005 et de douleurs chroniques du coccyx. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 29 novembre 2004. L'assurée ne présentait aucune restriction physique, mentale ou psychique, mais voyait son rendement réduit du fait qu'elle n'était pas en mesure de

rester assise ou debout plus de 30 minutes, sans changement de position, et qu'elle souffrait des douleurs nocturnes. Elle présentait des douleurs à la mobilisation de la hanche, une rigidité du rachis lombaire, une douleur au coccyx nécessitant un coussin pour lui permettre de rester assise plus de cinq minutes, et une marche hésitante. 14. Dans un rapport du 25 mars 2013, la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques depuis l'automne 2010, de trouble dépressif majeur, épisode isolé, gravité moyenne lié à des difficultés professionnelles au printemps 2013, de douleurs dorsales et lombaires importantes depuis début 2003. Elle a également retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de fracture du col du fémur le 29 janvier 2004. Depuis mars 2012, l'état psychique de l'assurée s'était aggravé de manière constante. Le traitement entrepris n'avait pas amené d'amélioration significative. L'état somatique avait empiré, l'isolement social était manifeste et des problèmes financiers avaient augmenté la thématique anxieuse et dépressive. Elle avait dû se résoudre à recourir à l'aide sociale, ce qui était très difficile à accepter pour elle. L'assurée se plaignait d'anxiété et de perte d'espoir en sa situation, sans idéation suicidaire cependant. Elle ne sortait guère de chez elle, en raison de son état de santé. Elle avait des difficultés à poursuivre les démarches nécessaires à sa vie quotidienne et administratives. Elle avait perdu son intérêt pour ses activités habituelles et ne se projetait plus dans aucun projet. Un état dépressif majeur sévère avec syndrome somatique était présent, ce dernier restant relativement stationnaire malgré le traitement psychothérapeutique et médicamenteux. Compte tenu de ces éléments, le pronostic paraissait défavorable. L'incapacité de travail dans son activité habituelle de vendeuse était de 100% depuis le 19 mai 2003. L'incapacité de travail dans une activité adaptée était également de 100%, en raison de la coexistence et de l'importance des troubles somatiques et psychiques. Son état de santé était stationnaire, voire en pénétration. 15. Dans un rapport du 30 avril 2013, le docteur J\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, a relevé qu'objectivement, l'état neurologique de l'assurée était normal. La capacité de travail de l'intéressée devait être établie avec le Dr F\_\_\_\_\_. 16. Le 15 mai 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assurée ne s'était pas modifié depuis deux ans. La capacité de travail était nulle dans toute activité et une reprise du travail exclue. Il estimait que l'assurée avait été examinée par suffisamment de médecins, de sorte qu'elle ne nécessitait plus d'autre examen médical. 17. Le 31 mai 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé son rapport du 20 janvier 2013. 18. Dans un avis du 10 septembre 2013 portant sur les rapports des médecins traitants, la doctoresse K\_\_\_\_\_ du SMR a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et discopathie étagée, et coxalgie droite sur status post fracture du fémur traitée par ostéosynthèse, puis par prothèse totale de hanche en 2006. L'assurée présentait apparemment une aggravation de son état de santé depuis mars 2012, autant sur le plan somatique que psychiatrique. Elle partageait la conclusion des Drs H\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit que l'assurée était en mesure de travailler à 50%. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de vendeuse. S'agissant de l'atteinte psychiatrique, il convenait d'adresser des questions complémentaires à la Dresse I\_\_\_\_\_. 19. Malgré plusieurs demandes de l'OAI, ces questions sont demeurées sans réponse durant plusieurs mois, soit entre septembre 2013 et juin 2014. 20. Dans un avis du 22 juillet 2014, la doctoresse L\_\_\_\_\_ du SMR a

considéré que compte tenu des rapports des médecins traitants, l'aggravation de l'état de santé de l'assurée semblait plausible, avec l'existence de complications de la fracture du col du fémur par une nécrose aseptique du col en 2006, associées à des lombosciatalgies persistantes chroniques, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique, apparu depuis mars 2012. Afin de déterminer les limitations fonctionnelles globales de l'assurée sur le plan rhumatologique et psychiatrique, il convenait de programmer une expertise pluridisciplinaire via le Med@P.![endif]>![if> 21. Le 29 juillet 2014, la Dresse I\_\_\_\_\_ a finalement répondu aux questions complémentaires de l'OAI, suggérées par le SMR. À la question de savoir si l'état de l'assurée était stabilisé, elle a répondu que l'intéressée présentait toujours une symptomatologie dépressive importante. « L'absence de réponse de l'OAI – outre l'envoi de demandes de renseignements complémentaires – » jouait un rôle aggravant dans cette évolution, car l'assurée épuisait toujours davantage ses forces dans l'attente d'une prise de position favorable. Dans ce contexte, malgré un suivi thérapeutique et psychiatrique intensifié, son état se péjorait sur le plan anxieux et se stabilisait dans une thématique dépressive d'intensité moyenne. S'agissant des limitations fonctionnelles psychiatriques, l'intéressée présentait toujours un isolement social important, une baisse de l'estime de soi se majorant, des plaintes d'anxiété, une perte d'espoir en sa situation, sans idéation suicidaire, une diminution de son intérêt pour les activités habituellement investies, une aboulie se généralisant à tous les domaines relationnels, une humeur triste à prédominance matinale, une irritabilité et une anticipation anxieuse des événements. Des symptômes neurovégétatifs survenaient lors de stress mineurs de la vie quotidienne, avec des palpitations, des impressions de vertige et l'apparition de troubles du sommeil. L'assurée présentait également des symptômes neurocognitifs, soit des difficultés de concentration et de mémoire, lorsqu'une tâche intellectuelle devenait nécessaire, avec une fatigabilité importante. En ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était nulle en raison des troubles psychiatriques présentés et de leur maintien, voire de leur aggravation dans la durée, et ce jusqu'à l'amélioration de la symptomatologie.![endif]>![if> 22. Le 31 juillet 2014, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité de se soumettre à une expertise pour clarifier son droit aux prestations. Les questions adressées aux experts lui étaient soumises, étant précisé qu'elle avait la possibilité de poser ses propres questions, dans un délai de dix jours.![endif]>![if> 23. Fin 2014, la Clinique Corela a été désignée pour mener l'expertise pluridisciplinaire requise. Celle-ci a été réalisée le 23 mars 2015 par la doctoresse M\_\_\_\_\_, rhumatologue, le docteur N\_\_\_\_\_, psychiatre, et le docteur O\_\_\_\_\_, généraliste, à la suite d'une consultation de l'appareil locomoteur et d'une consultation de psychiatrie le 20 janvier 2015, ainsi que d'un avis de médecine générale du Dr O\_\_\_\_\_.![endif]>![if> Les experts ont rappelé le contexte de l'expertise, exposé les anamnèses personnelle, professionnelle, asséurologique et générale de l'assurée, relaté les plaintes de cette dernière et procédé à des analyses sur les plans locomoteur et psychiatrique, avant de livrer leurs conclusions. Les experts ont retenu le diagnostic de fracture plurifragmentaire du fémur droit, status post-prothèse totale de hanche du 7 mars 2006. S'agissant de la limitation à 30 minutes du maintien de la position assise, son état de santé s'était amélioré, dans la mesure où l'assurée était restée assise durant une heure. De même, elle déclarait être en mesure de marcher pendant une heure. Si le status douloureux s'était modifié en termes de plaintes (déplacé de l'aîne à la face interne de la hanche droite), les modifications radiologiques et cliniques ne plaident pas pour une évolution notable de l'état de santé. Il existait un écart entre la position du Dr F\_\_\_\_\_, lequel avait investigué ce

status par plusieurs consultations et imageries, et les conclusions qui en ressortaient, notamment celles du Dr H\_\_\_\_\_, orientant vers une cause non somatique, ce que l'examen clinique validait. Le diagnostic d'inégalité de longueur des membres inférieurs évoqué par le Dr F\_\_\_\_\_ n'était pas retenu, dans la mesure où il s'agissait surtout d'une appréciation clinique se référant à un status post-mise en place de la prothèse. S'agissant du diagnostic d'intoxication au chrome et au cobalt posé par le Dr F\_\_\_\_\_, il était admis que les prothèses de hanche à couple de frottement métal-métal pouvait libérer des ions métalliques de cobalt et de chrome, lesquels pouvaient s'avérer dangereux, raison pour laquelle ce type de prothèse avait été retirée du marché. En février 2011, il avait toutefois été précisé qu'il s'agissait de simples recommandations et que les investigations devaient être réalisées lors de complications comme un œdème localisé, une masse palpable, une paralysie d'un nerf local, une dislocation de l'articulation et une subluxation. Or, l'assurée ne présentait aucune de ces complications. Concernant l'enthésopathie ossifiante pelvienne et tronchantérienne, elle devait être écartée, faute d'une confirmation de ce diagnostic par l'IRM réalisée. En réalité, il ne pouvait s'agir que d'un artefact radiologique. D'ailleurs le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas évoqué un tel diagnostic. Concernant les douleurs chroniques à la hanche droite rapportées par le Dr H\_\_\_\_\_, elles n'étaient pas retenues, dans la mesure où ce médecin faisait appel à un descriptif des plaintes, et non à un diagnostic lésionnel. Le diagnostic de fracture du col du fémur existant depuis le 29 janvier 2004 retenu par la Dresse I\_\_\_\_\_ ne pouvait pas être retenu, ladite fracture ayant été traitée par chirurgie. Enfin, de discrets remaniements dégénératifs coxo-fémoraux à gauche relevé sur l'imagerie de décembre 2012 n'étaient pas retenus à titre de diagnostic, car ils étaient d'aspect banal pour l'âge de l'assurée et sans argument pour une coxopathie évolutive. L'état de l'assurée était stable depuis la pose de la prothèse de hanche. Bien qu'elle se plaignît d'une accentuation des douleurs en position assise au-delà d'une heure, il ne pouvait être retenu de restriction stricte concernant cette position puisqu'elle ne sollicitait pas la prothèse. En présence d'une prothèse en place, avec un examen clinique laissant à penser à d'anciennes autolimitations, la nécessité d'une alternance de position ou d'un coussin ne relevait que d'un confort subjectif en ce qui concernait la pathologie de la hanche. L'examen clinique réalisé dans le cadre de l'expertise ne permettait pas d'expliquer les limitations anciennes et connues, lesquelles avaient conduit au versement d'une rente. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse était de 100% depuis le 29 janvier 2004. Dans l'activité adaptée, telle que celle de secrétaire-téléphoniste-réceptionniste, la capacité de travail était entière, en l'absence de détérioration de l'état de santé. Aucune baisse de rendement n'était à prévoir. Les experts ont posé le diagnostic de dégénérescence protrusive des disques intervertébraux L4 à L5 et L5 à S1. L'assurée présentait une arthrose minime, visible sur imagerie. La dégénérescence des cartilages des articulations postérieures retrouvée en L4 à L5 ne semblait pas pouvoir expliquer la totalité des plaintes, puisqu'il n'en était plus fait mention en 2013, ni la limitation de la mobilité rachidienne, puisque l'atteinte articulaire postérieure était surtout à l'origine d'une restriction en hyperextension, et non en antéflexion. S'il existait une réduction de la mobilité du rachis lombaire, comme rapporté par les Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, aucun diagnostic spécifique n'avait pourtant été posé en lien avec elle, et aucune indication neurochirurgicale n'avait été évoquée. Par ailleurs, l'assurée ne présentait aucune anomalie neurologique. Les radiographies actuelles montraient que le pincement discal en L5 à S1 restait limité. En revanche, aucune imagerie, ni aucun médecin ne le décrivait comme étant à l'origine d'une compression. Dès lors, cette dégénérescence discale ne semblait pas expliquer les plaintes persistantes au niveau

lombaire et il n'existait pas d'éléments en faveur d'une compression intermittente ou d'une irritation intermittente du nerf. Les diagnostics lombaires retenus par les Drs H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ étaient fondés sur les plaintes de l'assurée et ne pouvaient ainsi être retenus. Contrairement à ce que soutenait le Dr F\_\_\_\_\_, aucune hernie discale L4 à L5 et L5 à S1 n'était présente. Sous traitement bien conduit, la dégénérescence protrusive observée aux niveaux L4 à L5 et L5 à S1 pouvait être bien contrôlée. Celle-ci ne pouvait pas justifier en soi de restrictions concernant la position assise, la position debout, ou encore la marche. Le porte-à-faux lombaire n'était pas non plus contre-indiqué, compte tenu du caractère minime de la dégénérescence, sans signe de compression disco-radulaire. Cette atteinte ne justifiait aucune incapacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle de vendeuse, dans l'activité adaptée de secrétaire-téléphoniste-réceptionniste et dans toute autre emploi adapté. Les experts ont diagnostiqué une discarthrose C3 à C4 et C5 à C6, sans incidence sur la capacité de travail au jour de l'expertise. Ils ont totalement écarté la possibilité de douleurs diffuses, seuls deux points de fibromyalgie (sur 18) ayant été retrouvés. De plus, la majoration des plaintes par l'assurée était mise en évidence par les tests effectués. Les experts ont retenu le diagnostic de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. Les plaintes exprimées évoquaient une dépression d'intensité sévère et une tendance naturelle anxieuse très élevée. Cependant ni l'une ni l'autre n'était constatée au cours de l'examen clinique. Cela s'inscrivait probablement dans le contexte d'un syndrome d'exagération constaté préalablement. En 1993, 2008 et 2010, l'assurée avait été confrontée à des décès et des difficultés professionnelles. Les plaintes formulées étaient relativement confuses, mais concernait principalement l'absence de perspective d'avenir, ainsi qu'une situation financière décrite comme précaire. Paradoxalement, il n'était pas retrouvé de plainte psychique ou psychiatrique pure de type tristesse ou angoisse. Il s'agissait surtout d'un tableau global, lequel, lors d'une analyse exhaustive, relevait l'absence d'un processus psychique actif ce jour. L'historique du contexte de la survenance des troubles évoquait plutôt une succession de troubles de l'adaptation. En effet, il apparaissait que les sphères personnelles et professionnelles avaient été impactées tour à tour par des événements pouvant être considérés comme des facteurs de stress psychosociaux. Les épisodes signalés par la Dresse I\_\_\_\_\_ étaient de moins en moins espacés dans le temps, ce qui pouvait notamment s'expliquer par la persistance des plaintes algiques et une absence de stabilisation de sa situation professionnelle et, par extension, de sa situation financière. Si la présence de douleurs ne pouvait être considérée comme déclenchant un éventuel trouble de l'adaptation, les algies ne pouvant être considérées comme un facteur de stress psychosocial, le contexte somatique concomitant ayant pu influencer l'intensité de chaque épisode mentionné. Aucun critère majeur de dépression ne pouvait être retenu, puisque la tristesse ne pouvait être caractérisée d'endogénique, compte tenu des propos de l'assurée. La tristesse évoquée devait être mise en lien avec des facteurs externes, en l'occurrence ses douleurs et l'absence d'avenir, de sorte qu'il s'agissait d'une tristesse réactionnelle aux circonstances de la vie. Il en était de même pour l'énergie, l'assurée relevant être lasse de sa situation algique et financière, ne rapportant aucune asthénie de type dépressive. La symptomatologie permanente rapportée par l'assurée ne correspondait pas à l'analyse des critères diagnostiques précis relatifs à un possible diagnostic dépressif et constituait ainsi plutôt un syndrome d'accompagnement des plaintes algiques. La date de rémission significative des critères diagnostiques sous traitement du dernier trouble de l'adaptation présenté était estimé au mois d'août 2010, date à laquelle l'assurée avait pu reprendre une

activité professionnelle d'accompagnante de personnes à mobilité réduite, et ce, jusqu'en août 2011. Dès lors, l'assurée ne présentait aucune limitation psychique depuis août 2010. La capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle de vendeuse, dans l'activité adaptée de secrétaire-téléphoniste-réceptionniste et dans tout emploi adapté, sans baisse de rendement. Les experts n'ont pas retenu le diagnostic de troubles somatoformes. Les douleurs rapportées par l'assurée n'étaient pas entièrement expliquées par les pathologies somatiques retenues dans le cadre de l'expertise de l'appareil locomoteur. Cela étant, l'examen dudit appareil avait mis en évidence la présence d'une nette majoration des plaintes, et donc d'une tendance à l'exagération. Il existait également une contradiction entre les déclarations de l'assurée à la Dresse I\_\_\_\_\_ relatives aux conclusions des médecins consultés, et à leur position réelle sur son cas. En conclusion, l'assurée présentait des limitations fonctionnelles, soit l'impossibilité de maintenir la station debout prolongée et la nécessité d'éviter les ports de charges lourdes ou très lourdes, en raison de la fracture plurifragmentaire du col fémoral. Au jour de l'expertise, soit le 20 janvier 2015, et ce, depuis la dernière demande de prestations en 2012, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse restait de 100%. En revanche, l'assurée était capable de travailler à plein temps et sans diminution de rendement, dans l'activité adaptée de secrétaire-téléphoniste-réceptionniste, étant précisé que cette capacité de travail était effective au jour de la demande de prestations de 2012. 24. Dans un avis du 16 juin 2015, la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin FMH du SMR, a considéré que les conclusions de l'expertise étaient convaincantes et pouvaient être suivies, à l'exception des limitations fonctionnelles relatives aux ports de charges. En effet, compte tenu de l'âge de l'assurée et des recommandations édictées par la SUVA, la Dresse P\_\_\_\_\_ préconisait d'éviter les charges occasionnelles de plus de dix kilogrammes et les charges régulières de plus de cinq kilogrammes. 25. Dans un projet de décision du 29 juin 2015 l'OAI a rejeté la demande de prestations du 14 décembre 2012 de l'assurée. La décision de suppression de la rente du 16 décembre 2008 n'avait pas été contestée et était par conséquent entrée en force. Dans le cadre de l'instruction du dossier, une expertise pluridisciplinaire avait été ordonnée. Suite à cet examen, le SMR avait conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision entrée en force de suppression de la rente du 16 décembre 2008. L'incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de vendeuse apparue en 2004 était confirmée, de même que la pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis la décision du 16 décembre 2008. L'activité de secrétariat pour laquelle l'OAI avait pris en charge une formation restait adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. 26. Le 31 août 2015 l'assurée s'est opposée à ce projet de décision et a requis de l'OAI qu'il revoie sa position et reprenne l'instruction du dossier. Contrairement à ce que ce dernier retenait, son état de santé s'était péjoré, tant du point de vue physique que psychique. Elle a rappelé les conclusions des Dr F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Elle souffrait d'importantes limitations qui affectaient fortement sa capacité de travail dans toute activité. Sur ce point, la formation de secrétariat et de réception achevée en 2008 n'était plus adaptée à son état de santé actuel, en raison de ses atteintes somatiques. L'assurée a joint à son envoi un rapport du 30 juillet 2015 de la doctoresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, et un rapport du 21 août 2015 du Dr F\_\_\_\_\_. La Dresse Q\_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assurée depuis le 15 septembre 2014 à raison d'environ une fois par semaine, pour un trouble dépressif important. Elle a retenu les diagnostics de dépression majeure et d'atteinte douloureuse somatique multiple. L'assurée était relativement stable,

mais les démarches pour faire reconnaître son trouble et l'atteinte à sa santé créaient une situation d'attente anxieuse délétère, de sorte qu'on pouvait parler d'aggravation de son état de santé. Elle bénéficiait d'une psychothérapie de soutien et d'un traitement médicamenteux. En raison de ses troubles psychiques, elle présentait une irritabilité et un trouble de l'humeur assez sérieux et fluctuant, et se décrivait comme très fatiguée. Dans son activité habituelle de vendeuse, sa capacité de travail était nulle. Dans une activité adaptée, il était difficile de répondre. Idéalement, un poste avec peu de sollicitations physiques (port de charges, stations debout ou assise de longue durée, nuisances sonores, etc.) pourrait « faire l'affaire », pour autant qu'un tel poste existe. Dans ce cas, la capacité de travail n'excéderait pas 50% au moins durant les premiers mois et devrait être réévaluée ensuite. Le pronostic sur l'évolution de son état et sa capacité de travail était réservé. En dernier lieu, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a rappelé « le contexte totalement stressant et persécutoire » de l'expertise, qui pesait pour beaucoup dans le désarroi de l'assurée. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il a indiqué suivre l'intéressée depuis 2006 à raison d'une fois toutes les huit semaines pour des douleurs lombosciatalgiques, des hernies discales lombaires, une dépression réactive et des douleurs somatiques multiples. Il a posé les diagnostics de hernie discale lombaire L4-L5/L5-S1, de prothèse totale de la hanche droite (après deux interventions), de dépression réactive et de douleurs somatiques multiples diffuses. Ces douleurs étaient présentes tous les jours avec des améliorations et aggravations fluctuantes. L'évolution de ces douleurs était progressive et l'assurée prenait davantage de médicaments prescrits par les Drs H\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Elle n'était pas en mesure de travailler à un poste nécessitant de rester assise plus de deux heures, ou debout plus d'une heure. En outre, elle n'était pas capable de porter des charges de plus de deux kilogrammes. Elle n'était pas apte à travailler, en raison de ses limitations et de sa dépression réactive. Elle était très sensible au bruit, ce qui rendait très difficile une intégration dans le monde professionnel. Une amélioration de son état somatique et psychique ne semblait guère probable. Sa capacité de travail était par conséquent nulle. 27. Le 23 septembre 2015, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 28 août 2015 établi par le Dr H\_\_\_\_\_. Ce dernier suivait l'assurée depuis le 23 novembre 2012 à raison d'une fois par mois, pour des douleurs chroniques diffuses. Le diagnostic retenu était un syndrome douloureux chronique. L'assurée présentait des douleurs depuis son accident en 2004. Depuis 2012, il n'y avait pas eu d'aggravation, mais pas non plus d'amélioration des douleurs, qui restaient très présentes de jour comme de nuit. Elle bénéficiait de traitements antalgiques et par infiltration. En raison du status post-opératoire et des douleurs persistantes au niveau de la racine du membre inférieur droit, la patiente présentait des limitations pour des activités effectuées debout et pour la marche prolongée. En raison des douleurs diffuses chroniques, elle décrivait des difficultés pour rester assise de manière prolongée. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de vendeuse, en raison de la position statique debout et de la marche tout au long de la journée. Dans une activité adaptée, soit essentiellement effectuée en position assise mais l'autorisant à changer fréquemment de position, une capacité de travail de 50% était possible. Compte tenu de la persistance des douleurs au cours du temps, le pronostic était mauvais. L'appréciation du cas par le Dr H\_\_\_\_\_ ne portait que sur l'aspect somatique, étant précisé qu'une éventuelle comorbidité psychiatrique qui influencerait encore la capacité de travail serait à discuter avec la Dresse Q\_\_\_\_\_.!endif]>![if> 28. Dans un avis du 30 octobre 2015, la Dresse P\_\_\_\_\_ s'est prononcée sur les nouvelles pièces médicales produites par l'assurée. Dans son rapport du 30 juillet 2015, la Dresse Q\_\_\_\_\_ rapportait une dépression majeure, sans en préciser l'intensité. Elle n'apportait aucun élément allant dans le sens

d'une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise de la clinique Corela. L'exacerbation de l'anxiété dans le cadre de l'attente d'une décision de l'assurance-invalidité indiquait une dimension réactionnelle à des facteurs extérieurs, ce qui ne correspondait pas à une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. En outre, la Dresse Q\_\_\_\_\_ n'apportait aucune précision sur les constatations cliniques objectives. Aucune limitation fonctionnelle n'était précisée, de sorte que l'on ne comprenait pas ce qui justifiait une diminution de la capacité de travail. Dans son rapport du 21 août 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ suggérait une aggravation subjective des douleurs. Une sensibilité au bruit était rapportée, mais aucun diagnostic n'était mis en avant par rapport à cette plainte. Au final, aucun élément allant dans le sens d'une aggravation objective depuis l'expertise n'était apporté. Les limitations fonctionnelles et l'évaluation de la capacité de travail correspondaient à une appréciation différente d'un même état de fait. Quant au rapport du 28 août 2015 du Dr H\_\_\_\_\_, il différenciait les limitations fonctionnelles liées au status post opératoire, qui correspondaient à celles retenues dans l'expertise, et les limitations liées aux douleurs diffuses chroniques, sans substrat organique. Il retenait une capacité de travail résiduelle de 50%, tout en tenant compte des aspects subjectifs. Compte tenu de ces éléments, les documents précités n'étaient pas de nature à remettre en question les conclusions du SMR du 16 juin 2015. Dans leur appréciation de la capacité de travail résiduelle, les médecins traitant prenaient en compte la dimension subjective, sans substrat organique, entrant dans le cadre d'une majoration des plaintes qui n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité. La Dresse P\_\_\_\_\_ rappelait enfin qu'aucun diagnostic de la lignée somatoforme n'avait été retenu lors de l'expertise, et que les éléments de majoration étaient apparus au premier plan, ce qui excluait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.!

29. Par décision du 9 novembre 2015, l'OAI a maintenu le projet de décision du 29 juin 2015, sur la base de l'avis du SMR du 30 octobre 2015.!

30. Par acte du 14 décembre 2015, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre la décision du 9 novembre 2015. Elle a conclu préalablement à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son recours, et principalement à l'annulation de la décision précitée, à la reconnaissance de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle avait déposé une nouvelle demande de prestations fin 2012 en raison de la dégradation de son état de santé. Toutefois, l'intimée lui refusait toute prestation, considérant qu'elle ne présentait aucune aggravation durable de son état de santé depuis la décision de suppression de rente en 2008. Or, elle présentait d'importantes limitations et était incapable de reprendre une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. Le recours serait complété une fois les documents permettant de prouver l'aggravation de son état en sa possession.!

31. Le 18 décembre 2015, la chambre de céans a imparti à la recourante un délai au 22 janvier 2016 pour compléter son recours. À la demande de l'intéressée, ce délai a été prolongé au 5 février 2016.!

32. Par acte du 5 février 2016, la recourante a, par l'intermédiaire d'un nouveau conseil, complété son recours et intégralement persisté dans ses conclusions. Il ressortait du dossier qu'elle souffrait d'importants problèmes de santé depuis plusieurs années, soit un syndrome douloureux chronique multiple avec hernie discale lombaire L4-L5/L5-S1, une enthésopathie ossifiante pelvienne et tronchantérienne, des limitations douloureuses du rachis et de la hanche droite, une hypersensibilité au chrome et au cobalt, et des épisodes dépressifs importants. D'ailleurs, ni les médecins du SMR, ni les experts de la clinique Corela ne remettaient en question le constat médical objectif de la présence de ces affections. Les Drs F\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_



fonctionnelles ne signifiait pas encore que la recourante présentait une incapacité de travail dans toute activité.![endif]>![if> 37. Dans ses observations du 1<sup>er</sup> juin 2016, la recourante a à nouveau persisté dans ses conclusions. Elle a rappelé que ni les experts de la clinique Corela, ni les médecins du SMR ne remettaient en cause les constats médicaux objectifs des Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Or, des limitations fonctionnelles découlaient de ces constatations, de même qu'une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La capacité de travail retenue devait être proportionnelle et adaptée aux limitations fonctionnelles. En considérant qu'elle était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée telle que celle de secrétaire, où le temps consacré à la position assise ou debout dépassait largement les quelques minutes, les experts heurtaient le sentiment de justice et d'équité. Dès lors l'expertise ne pouvait pas être suivie.![endif]>![if> 38. La cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA, en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Déposé le 14 décembre 2015 contre une décision du 9 novembre 2015, le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il contient un exposé des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions de la recourante, et satisfait ainsi aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante a qualité pour recourir contre la décision attaquée, en tant qu'elle lui refuse des prestations de l'AI auxquelles elle estime avoir droit, car elle est touchée par cette décision et a un intérêt digne de protection à son annulation ou modification (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. 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; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). ![endif]>![if> Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre 2012 et 2015, soit sous l'empire de la LAI dans sa version actuelle (pour mémoire, les trois dernières révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4<sup>ème</sup> révision], 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision] et 18 mars 2011 [révision dite 6a], sont entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004, 1<sup>er</sup> janvier 2008 et 1<sup>er</sup> janvier 2012). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard du droit actuel (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ; à noter que les trois révisions précitées n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier sur la notion d'invalidité et le cas échéant la manière d'évaluer l'invalidité [arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur

l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322]). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité. 4. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité 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 entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, 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, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). b. En l'occurrence, il convient de déterminer si l'état de la recourante s'est modifié entre le 16 décembre 2008 (suppression du droit à la rente) et le 9 novembre 2015 (refus de la nouvelle demande de prestation), dans des proportions suffisantes pour lui donner le droit à une rente d'invalidité. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). [endif]>[if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À 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). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).[endif]>[if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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. 2bis 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 LPGGA) 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\_518/2007 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le

tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. a. En l'espèce, la recourante soutient être en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle de vendeuse depuis janvier 2004 et subir une dégradation de son état de santé depuis 2012, ce qui l'empêche d'exercer la profession de secrétaire/réceptionniste pour laquelle elle avait reçu une formation prise en charge par l'intimée en 2008. Son état de santé et les limitations fonctionnelles en découlant justifiaient l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, au moins. Pour parvenir à cette conclusion, elle se fonde sur les rapports de ses médecins traitants, soit les Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Elle conteste également la valeur probante de l'expertise des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, la considérant comme subjective et incohérente. Pour sa part, l'intimé considère que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié d'une manière suffisante pour justifier l'octroi d'une rente. Selon lui, elle présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de vendeuse, mais une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans l'activité adaptée de secrétaire/réceptionniste, tout comme en 2008, lorsqu'il avait mis fin au versement de la rente d'invalidité. Il fonde ses conclusions sur l'expertise des M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, à laquelle il reconnaît une pleine valeur probante, et les avis du SMR, qui valident ladite expertise. b. À titre liminaire, il convient de relever que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse n'est pas litigieuse, les parties et les différents médecins consultés la considérant comme nulle depuis 2004. Seul demeure litigieux le point de savoir si, entre 2008 et 2015, la recourante a vu son état de santé se dégrader suffisamment pour justifier l'octroi d'une rente, soit en d'autres termes si elle présente encore ou non une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans l'activité adaptée de secrétaire/réceptionniste (degré d'invalidité de 20% en 2008). c. S'agissant de l'expertise des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, ces derniers ont retenu les diagnostics de fracture plurifragmentaire du fémur droit, de status post-prothèse totale de hanche du 7 mars 2006, de dégénérescence protrusive des disques intervertébraux L4 à L5 et L5 à S1, de discarthrose C3 à C4 et C5 à C6 et de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. La recourante présentait des limitations fonctionnelles, soit l'impossibilité de maintenir la station debout prolongée et la nécessité d'éviter les ports de charges lourdes ou très lourdes, en raison de la fracture plurifragmentaire du col fémoral. Sa capacité de travail était de 100%, sans diminution de

rendement dans l'activité adaptée de secrétaire-téléphoniste-réceptionniste au jour de l'expertise, soit le 20 janvier 2015, depuis la demande de prestation fin 2012. En l'occurrence, la longueur de cette expertise, les nombreuses redondances qu'elle contient et le choix d'appliquer la méthodologie choisie par la clinique Corela, en particuliers les diagnostics différenciés, rendent la lecture de ce document peu aisée, ce qui est regrettable. Toutefois, cela n'est pas suffisant pour lui nier sa force probante. En effet, sur le fond, force est de constater qu'en l'occurrence, ladite expertise répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. En effet, elle se fonde sur un examen somatique conduit par la Dresse M\_\_\_\_\_, un examen psychiatrique réalisé par le Dr N\_\_\_\_\_, un avis de médecine générale du Dr O\_\_\_\_\_ et une étude approfondie du dossier de la recourante. Elle tient compte des plaintes exprimées par la recourante et contient une anamnèse très détaillée, sur tous les plans. Les diagnostics retenus, ou non, sont clairs et discutés en détail et les conclusions sont motivées à satisfaction. Dans le cadre de leur analyse du cas, les experts ont pris le soin d'expliquer les éléments les ayant conduits à retenir les différents diagnostics et à en écarter d'autres. Ils ont également expliqué pourquoi certains diagnostics retenus par les médecins traitants de la recourante devaient être écartés, étant précisé que ces explications étaient convaincantes et bien motivées. Leurs appréciations permettent de comprendre les troubles affectant la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail. La recourante reproche à cette expertise d'être subjective et incohérente. En réalité, l'intéressée se contente de marquer sa désapprobation avec les conclusions de l'expertise et de lui préférer celles de ses médecins traitants, ce qui ne saurait être suffisant pour remettre en cause une expertise administrative. En outre, contrairement à ce que soutient la recourante, il n'est pas contradictoire de retenir des diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, ou des limitations fonctionnelles, et de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, il existe un grand nombre d'activités professionnelles, lesquelles n'ont pas toutes les mêmes exigences du point de vue physique ou psychique. Ainsi, les exigences d'un poste de vendeuse dans un grand magasin seront différentes de celles attendues d'une secrétaire ou d'une réceptionniste. S'agissant des rapports des Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, il convient en premier lieu de relever qu'ils ont été établis dans le cadre du mandat thérapeutique qui lie ces médecins à la recourante, éléments dont il faut tenir compte dans le cadre de l'appréciation de leur valeur probante. En second lieu, les experts ont précisément expliqué pour quelles raisons certains des diagnostics retenus par ces médecins devaient être écartés, de sorte que les rapports de ces derniers ont été pris en compte dans le cadre de l'expertise. Les rapports des 16 janvier 2013 et 21 août 2015 du Dr F\_\_\_\_\_ contiennent de nombreux diagnostics et des limitations fonctionnelles particulièrement restrictives, sans que ce médecin ne motive ses conclusions. De plus, les limitations fonctionnelles retenues fluctuent entre le premier et le second rapport, sans que rien ne permette de comprendre les raisons de ces changements. Dès lors, l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expertise. Le rapport du 20 janvier 2013 du Dr G\_\_\_\_\_ est relativement bref. En outre, ses conclusions ne sont pas suffisamment motivées, de sorte qu'elles ne permettent pas de modifier l'appréciation de la chambre de céans sur la valeur probante de l'expertise. Quant au Dr H\_\_\_\_\_, il ne prend pas position sur la capacité de travail dans son rapport du 3 février 2013, suggérant la nécessité de mettre en œuvre une expertise. Dans son rapport du 23 septembre 2015, il relève que l'état de santé de la recourante n'a pas évolué depuis 2012, ce qui va dans le sens des conclusions de l'expertise. Toutefois, il retient une capacité de travail dans une activité adaptée de 50%, sans le motiver. Ces rapports ne permettent donc

pas de remettre en question les conclusions de l'expertise. Le rapport du 26 février 2013 du Dr C\_\_\_\_\_ est particulièrement bref et peu motivé. De plus, il contient une contradiction manifeste, puisque ce médecin considère que la recourante ne présente aucune restriction physique, mentale ou psychique, tout en retenant des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail totale depuis 2004, ce qui est manifestement contraire à la réalité, dans la mesure où la recourante avait pu bénéficier d'une formation professionnelle en 2008 et travailler par la suite, sans que sa santé ne l'en empêche. Le rapport du 25 mars 2013 de la Dresse I\_\_\_\_\_ laisse transparaître une analyse centrée sur les plaintes de la recourante et sur les facteurs psychosociaux qui, à la lumière de l'expertise de la clinique Corela, semblent entraver la recourante. Faute d'une objectivité suffisante, ledit rapport ne permet pas à la chambre de céans de revoir sa position quant à l'expertise. Enfin, en ce qui concerne le rapport du 30 juillet 2015 de la Dresse Q\_\_\_\_\_, force est de constater que les diagnostics retenus ne sont pas clairs et l'état de santé décrit est principalement fondé sur le contexte de la demande de prestation de la recourante et ses plaintes. Ainsi, les conclusions de la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne sauraient être préférées à celles des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. d. Dans la mesure où les avis du SMR des 16 juin et 30 octobre 2015 valident les conclusions de l'expertise, il convient de suivre les recommandations qu'ils contiennent, en particulier en ce qui concerne la limitation fonctionnelle de port de charges plus favorable à la recourante que celle de l'expertise. Compte tenu de ces éléments, il convient de suivre les conclusions de l'expertise des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ et les avis du SMR des 16 juin et 30 octobre 2015, et d'admettre que la recourante présente une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans l'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de secrétaire/réceptionniste, de sorte qu'entre 2008 et 2015, son état de santé, ou du moins l'influence de ce dernier sur sa capacité de travail, est resté stable. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante. e. On précisera encore que dans la mesure où les mesures professionnelles mises en œuvre par l'intimé en 2008 ont permis à la recourante de se former dans une activité toujours adaptée à ses limitations fonctionnelles, aucune autre mesure ne se justifie, faute d'évolution de la situation. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.!

>!

> Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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