

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/153/2016

ATAS/364/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mai 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o B_____, à CHÊNE-BOURG

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Anny SANDMEIER, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, ressortissante suisse, divorcée, mère de huit enfants nés entre 1990 et 1999, diplômée de l'école de commerce de la Chaux-de-Fonds en 1983, a travaillé au sein de diverses entreprises d'août 1983 à fin décembre 1990 (cf. extrait du compte individuel AVS du 16 juin 2014).
2. Le 3 juin 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hernie à l'estomac depuis trois à quatre ans, des douleurs aiguës au dos et aux articulations depuis vingt ans, des problèmes circulatoires (syndrome de Raynaud depuis 1986 et varices opérées en 1998 et en 2000) ainsi qu'une insomnie chronique, débutée en 1975. Elle a ajouté qu'elle était femme au foyer depuis septembre 1990.
3. Dans son rapport du 3 juillet 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant depuis le 6 juin 2008, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : lombalgie chronique (spondylarthrose L4-L5, L5-S1), insomnie chronique avec grosse fatigue, polyarthralgie type fibromyalgie et troubles anxieux avec tachycardie. Dans l'anamnèse, le médecin a noté que l'assurée souffrait de douleurs chroniques depuis 2011. Il avait constaté des plaintes fréquentes très variées, notamment au niveau lombaire. Le pronostic était incertain. Le traitement consistait en la prise d'antalgiques et de la physiothérapie. La capacité de travail était nulle depuis le 8 janvier 2010 pour une durée indéterminée. Une reprise de l'activité principale, respectivement une amélioration de la capacité de travail n'étaient pas envisageables.
4. Dans son rapport du 27 août 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, qui avait suivi l'assurée du 26 juin au 18 juillet 2014, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques depuis 1988. Il n'y avait pas de médication actuelle. Le praticien a recommandé une thérapie manuelle et des benzodiazépines. En l'absence de diagnostic étiologique, le spécialiste ne s'est pas prononcé sur l'incapacité de travail.

Il a joint les documents suivants :

- le rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 27 décembre 2013, dont les données illustraient essentiellement des signes de surcharge des articulations postérieures de L4-L5 et L5-S1 des deux côtés. Une infiltration guidée par radioscopie pouvait être réalisée ; et
- le rapport du 18 juillet 2014 du Dr D_____ au Dr C_____, aux termes duquel l'assurée se plaignait de lombalgie basse irradiant postérieurement et symétriquement aux deux cuisses, sans symptômes déficitaires. La marche n'était pas limitée. La médication (Ibuprofen) était inefficace. À l'examen

clinique, la mobilisation du rachis lombaire était douloureuse en extension sans blocage, l'appui était douloureux sur les épines basses et les articulations facettaires ddc (des deux côtés). À hauteur du bassin, l'assurée présentait une douleur à l'appui trochantérien bilatéral. En périphérie, les réflexes n'étaient pas obtenus, les manœuvres de Lasègue étaient négatives. L'IRM lombaire du 27 décembre 2013 n'avait pas mis en évidence de discopathie, ni de scoliose. Le Dr D_____ avait testé les deux dernières articulations gauches par l'anesthésie des branches médiales L3 et L4 et du rameau postérieur L5, ce qui avait entraîné une réaction paradoxale d'exacerbation des douleurs, et contre-indiquait la poursuite des infiltrations diagnostiques. Dans ces situations de douleur sans substrat organique identifiable, selon le médecin, l'effet myorelaxant des benzodiazépines pouvait donner de bons résultats.

5. Par communication du 26 septembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'au vu des éléments au dossier, des mesures d'intervention précoce ainsi que des éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
6. Sur demande de l'OAI, par courrier du 20 novembre 2014, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée prenait des AINS et du Tramal pour soulager les lombalgies chroniques. Elle ne pouvait rester ni debout, ni assise pendant plus de trente minutes et ne pouvait porter de charges depuis quatre ans, si bien que sa capacité de travail était nulle. S'agissant de l'insomnie chronique, il prescrivait du Dormicum et du Zoldorm. L'assurée n'avait pas consulté de psychiatre. Elle prenait occasionnellement du Temesta en cas de crises d'angoisse.

Le médecin a notamment joint les documents suivants :

- un rapport du 28 mars 2006 de la docteure F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, aux termes duquel l'examen clinique et les radiographies évoquaient des lombalgies de type mécanique en partie dues à des lésions dégénératives débutantes et des troubles statiques, vraisemblablement provoquées par une activité physique démesurée (cinq fois par semaine) ;
- une lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 8 octobre 2013, suite à un séjour du 5 au 13 septembre 2013, diagnostiquant une colite aiguë modérée du colon transverse à Salmonella, sans signe de chronicité. L'assurée était connue pour une hernie hiatale qui présentait trois semaines avant l'admission une péjoration de douleurs épigastriques habituelles. La colonoscopie du 10 septembre 2013 avait confirmé l'origine infectieuse de la colite. Une nette amélioration avait été notée grâce aux traitements mis en place; et
- le rapport du Dr E_____ du 11 mars 2014 relatif à une arthrographie et un arthroscanner du coude droit, effectués la veille. Les données illustraient une zone d'ulcération cartilagineuse, s'étendant sur environ 4 mm de diamètre, dans la région de l'apophyse coronoïde du coude s'accompagnant d'une petite

géode sous chondrale. L'examen attentif ne permettait pas de retrouver de corps libre intra-articulaire ossifié ou cartilagineux.

7. Dans son avis du 19 mars 2015, se référant aux rapports médicaux, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a retenu un syndrome douloureux diffus sans cause identifiable, associé à des troubles psychiques non investigués par un spécialiste. Afin de déterminer la nature de l'atteinte à la santé, le SMR a proposé la mise sur pied d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.
8. Les 24 juin et 18 août 2015, l'assurée a été examinée par le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, et par la docteure H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du SMR. Dans leur rapport du 22 septembre 2015, qui repose sur l'anamnèse, les plaintes de l'assurée et le dossier radiologique, les médecins n'ont posé aucun diagnostic ayant des répercussions durables sur la capacité de travail. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une composante de fond de type fibromyalgique, des rachialgies diffuses non déficitaires dans un contexte de légers troubles statiques et de troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire et un status post lésion cartilagineuse du coude droit.

Dans l'anamnèse professionnelle, en particulier, les experts ont mentionné que l'assurée avait travaillé dans diverses entreprises à la Chaux-de-Fonds après l'obtention de son diplôme de commerce fédéral en 1983. Elle s'était ensuite installée dans le canton de Genève et avait été engagée en tant que secrétaire dans une banque jusqu'en mai 1990, date à compter de laquelle elle avait démissionné pour pouvoir s'occuper de ses enfants. Depuis lors, elle n'avait pas repris d'activité professionnelle. À la question de savoir si elle se sentirait capable, à l'heure actuelle, de reprendre une activité d'employée de commerce, l'assurée avait répondu « pas du tout », elle se sentait « super » un jour, mais était alitée pendant cinq jours.

Dans l'anamnèse psychosociale, les experts ont noté que l'assurée était divorcée depuis le mois de mars 2015, date à compter de laquelle elle avait d'abord vécu chez des amis, avant de se loger dans un hôtel. Elle bénéficiait des prestations de l'Hospice général et dès juillet 2015, elle percevait CHF 500.- à titre de contribution d'entretien de la part de son ex-époux.

L'assurée se plaignait d'un manque de force, de spasmes à l'estomac, elle avait des gaz qui se bloquaient, des jambes coupées, des nausées, des troubles du sommeil (depuis l'âge de 12 ans), des problèmes circulatoires, soit un syndrome de Raynaud depuis 1986, des douleurs au niveau des trapèzes, des épaules, au coude droit, au niveau des mains (moins fréquentes), au niveau de la face latérale des hanches et au niveau des genoux. Elle avait des gonalgies lorsqu'elle montait ou descendait les escaliers et des douleurs de la nuque. Comme facteurs déclenchant les douleurs, l'assurée décrivait la station debout et assise prolongée. En ce qui concernait les

tâches ménagères, elle pouvait cuisiner, mais ne pouvait pas porter une casserole remplie d'eau. Elle pouvait enlever la poussière, mais se bloquait le dos en passant l'aspirateur. Elle était incapable de porter le bac de lessive et ne repassait plus. L'assurée mettait ses douleurs articulaires en relation avec ses anciennes activités sportives intenses, de même qu'avec son rôle de mère. Elle n'avait jamais consulté de psychiatre, sauf à deux reprises lorsqu'elle avait 20 ans, période durant laquelle elle avait souffert de boulimie/anorexie.

Les médicaments prescrits comprenaient l'Arthrotec, le Desloratadin, le Circosan, le Librax (en réserve), le Chondrosulf et le Nébivolol. Elle n'avait aucun médicament psychotrope.

Dans l'appréciation du cas, sous l'angle rhumatologique, les experts ont noté que l'assurée était en bon état de santé général. Elle était polyplaintive, avec des plaintes concernant les systèmes ostéoarticulaire, digestif, neurologique, cardiovasculaire et ophtalmologique. Toutefois, l'examen clinique était rassurant. La fréquence cardiaque était normale, sans arythmie. La tension artérielle diastolique était augmentée, sans signes d'insuffisance cardiaque. Elle présentait une augmentation du réseau veineux superficiel, avec de fines veinectasies, sans œdèmes, dans un status post-stripping des varices. L'abdomen était souple, non ballonné, indolore à la palpation et les bruits étaient normaux.

L'examen neurologique excluait une atteinte radiculaire en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis. Il n'y avait pas de sciatalgie irritative. La mobilité des coudes était complète, l'assurée n'avait pas de flexum. Elle présentait une légère hyperextension du coude droit, indolore, à 10°. Il n'y avait pas d'hypermobilité articulaire généralisée. La mobilité des hanches était complète, douloureuse en flexion et lors des rotations au niveau rétrotrochantérien ddc. Était constatée une composante de périarthrite de hanches bilatérale. Il s'agissait d'une inflammation de l'insertion de la musculature fessière sur le grand trochanter, sans signes de gravité. L'assurée n'avait pas de coxarthrose. La musculature était conservée aux membres inférieurs. Elle marchait normalement à plat. Étaient observés 8 points de Smythe positifs pour une composante de type fibromyalgique.

L'examen du rachis était également rassurant, avec de légers troubles statiques sous forme d'une légère hypercyphose dorsale, d'une légère scoliose dorsale à convexité gauche, soit la présence d'une légère gibbosité en flexion du tronc du côté gauche. L'examen cervical était légèrement restreint en rotation à gauche à 50° contre 70° à droite, sous réserve des contrepulsions. L'assurée ne présentait pas de douleurs à la palpation. Les mouvements automatiques de la nuque étaient normaux, de sorte qu'un syndrome rachidien était exclu. La mobilité lombaire était complète et douloureuse dans tous les plans, ne permettant pas de s'orienter vers un problème discal ou articulaire postérieur. L'assurée éprouvait des douleurs multi-étagées à la palpation de son rachis dorsolombaire, prédominant au niveau dorsal haut, au niveau de la charnière dorsolombaire et sur les deux dernières étages lombaires, sans contracture musculaire. Les transferts assis-debout étaient effectués

normalement, tandis que les transferts couché-assis étaient ralentis. Le tableau clinique global au niveau du rachis dosolombaire excluait un syndrome rachidien. Le score de Waddell (4 signes sur 5) était positif à la recherche de signes comportementaux. Les troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire, compatibles avec l'âge, observés sur l'IRM du 27 décembre 2013, non significatifs, n'expliquaient pas les plaintes de l'assurée. L'examen clinique ne mettait pas en évidence de scoliose lombaire gauche significative.

Sous l'angle psychiatrique, les experts ont noté que l'assurée, collaborante, présentait une hygiène tout à fait dans les normes et un habillement sportif, élégant, à la mode. Aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention n'était constaté. L'intelligence clinique était dans les limites de la norme. Son discours n'incluait pas d'éléments florides de la lignée psychotique. Son visage s'animait. Elle se plaignait de son mariage et regrettait de n'avoir pas pu travailler. Elle se plaignait de douleurs dans tout le corps, l'empêchant de se mobiliser, de rester assise, de se tenir droite, alors qu'elle déclarait courir « par monts et par vaux » dans le canton de Genève au quotidien pour rendre visite à son ami hospitalisé aux HUG ou s'occuper de formalités administratives. Elle se mettait en colère à propos de l'ancienne ambiance conjugale et se plaignait du manque de confiance que lui octroyait son ex-époux. Elle ne disposait que peu de moyens d'introspection. Elle ne présentait aucun sentiment de culpabilité, aucun trouble panique ou d'anxiété. Elle ne ressentait aucune tristesse et ne présentait pas d'adynamisme ou de trouble notable de l'appétit, même si elle avait déclaré manger mal, ce qu'elle attribuait au fait qu'elle vivait actuellement dans un hôtel dans l'attente d'obtenir un appartement. Elle signalait ne pas dormir plusieurs nuits d'affilée, mais présentait un bon dynamisme et ne prenait aucun traitement hypnotique. Ainsi, aucun symptôme n'indiquait un épisode dépressif majeur. L'examen ne révélait aucune pathologie psychiatrique grave. L'assurée ne montrait pas de signes de souffrance et était vive. Elle avait des relations sociales et s'entretenait avec ses enfants. Elle présentait par contre des traits de personnalité immature.

Sur le vu de ce qui précède, les experts n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles d'ordre ostéoarticulaire ni psychiatrique.

À la question de savoir depuis quand l'assurée présentait une incapacité de travail de 20% au moins, les spécialistes ont répondu que ni le dossier ni l'examen clinique ne permettaient de retenir une incapacité de travail durable dans l'activité habituelle d'employée de commerce ou dans l'activité de femme au foyer. Ils confirmaient une composante de fibromyalgie. Les troubles dégénératifs lombaires, en adéquation avec l'âge de l'assurée, n'expliquaient pas la symptomatologie, de sorte qu'ils n'étaient pas incapacitants. Ainsi, les experts ont écarté l'avis du Dr C_____, lequel retenait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 8 janvier 2010. Le peu de gravité de l'affection ostéoarticulaire était également décrit dans les rapports médicaux antérieurs.

En conséquence, la capacité de travail était demeurée stationnaire avec une exigibilité complète sur le plan ostéoarticulaire et psychiatrique tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis le début de la vie professionnelle en 1983, ainsi que dans l'activité habituelle de femme au foyer.

9. Par avis du 3 novembre 2015, le SMR, se fondant sur cette expertise, n'a retenu aucune atteinte à la santé ayant une influence sur la capacité de travail, jugée totale dans toute activité.
10. Dans un projet de décision du 6 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Lui ayant reconnu le statut d'une personne n'exerçant pas d'activité professionnelle et se consacrant à ses travaux habituels à 100%, l'OAI a estimé, se basant sur l'avis du SMR précité, que, malgré les atteintes à la santé présentées, la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée demeurait complète à plein rendement dans toute activité, depuis toujours. Ainsi, en l'absence d'atteinte à la santé ayant une influence sur la capacité de travail, le droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité devait être refusé.
11. Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 25 novembre 2015, l'assurée a contesté ce projet de décision, qu'elle ne comprenait pas. Sur ce, son interlocuteur lui a expliqué les conclusions du SMR suite à l'examen bidisciplinaire effectué (cf. note de l'OAI du 25 novembre 2015).
12. Par pli du 4 décembre 2015, l'assurée a sollicité une entrevue dans les locaux de l'OAI afin « d'apporter son point de vue quant à la décision ».
13. Par courrier du 8 décembre 2015, l'OAI lui a accordé un délai au 15 décembre 2015 pour transmettre tous les documents médicaux permettant d'étayer ses objections à l'encontre des conclusions du SMR.
14. Par décision du 15 décembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision. En l'absence de faits nouveaux importants et/ou de nouvelles pièces médicales probantes, sa précédente appréciation demeurait inchangée.
15. Par acte du 15 janvier 2016, l'assurée a formé recours contre cette décision, concluant à la reconnaissance de ses troubles de la santé. Elle a expliqué avoir consacré sa vie à l'éducation de ses huit enfants, sans une aide extérieure, ce qui constituait un emploi à 200%. En raison des nombreuses tâches quotidiennes et des efforts répétés, elle souffrait de douleurs articulaires aiguës (l'empêchant de rester debout ou assise de manière prolongée), d'une hypertension, d'une tachycardie, de sinusites chroniques provoquant de l'asthme, de troubles veineux, de l'insomnie, des angoisses et des crises de stress. Dans ces conditions, elle se demandait comment l'intimée avait pu la juger apte au travail. Elle consultait de nombreux médecins et prenait des médicaments, en vain. Ses douleurs étaient insupportables, elle était physiquement, psychologiquement et émotionnellement constamment malade.

16. Dans sa réponse du 15 février 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Se fondant sur l'expertise, il a répété que la recourante, dont la capacité de travail était entière dans toute activité, ne présentait pas d'atteinte invalidante. Les éléments apportés ne mettaient pas en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques.
17. Dans sa réplique du 11 mars 2016, la recourante a indiqué qu'elle était logée depuis le mois d'août 2015 dans une chambre d'hôtel par l'Hospice général près de l'aéroport, ce qui avait davantage dégradé sa santé physique et mentale jusqu'à en devenir dépressive. Depuis vingt-deux ans environ, elle était sujette à des crises que les médecins avaient mis sur le compte du stress et de la fatigue, si bien qu'elle consommait du Xanax pour se calmer. Elle allait consulter un neurologue le 14 mars pour suspicion de crises d'épilepsie et le 21 mars étaient prévues des infiltrations sous scanner afin de soulager les douleurs à la nuque. Dans ces circonstances, elle a sollicité un délai supplémentaire afin de transmettre les nouveaux rapports médicaux.
18. Dans son écriture du 13 avril 2016, la recourante a mentionné qu'une IRM cervicale était fixée pour le 18 avril en raison des lésions constatées lors des examens et qu'en l'espace de trois mois, son état s'était fortement dégradé, causant une dépression. Elle a produit les documents suivants :
 - le compte-rendu d'IRM cervicale du 23 décembre 2015 du docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, lequel a conclu à une spondylarthrose étagée avec prédominance de l'arthrose interapophysaire postérieure au niveau C3-C4 à droite (où était noté un aspect sclérotique des facettes avec épanchement liquidien intra-articulaire) et avec prédominance de la disco-uncarthrose au niveau C5-C6 (ostéophytose marquée antérieure mais sans débord disco-ostéophyttaire qui rétrécissait de façon significative le canal spinal central ou les foramens) ;
 - le rapport du 15 mars 2016 du docteur J_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel avait reçu l'assurée en consultation la veille en raison de malaises répétés. L'anamnèse mentionnait que, dès 1994, au terme de sa quatrième grossesse, l'assurée avait présenté des malaises caractérisés par un tremblement des extrémités, l'impossibilité de parler, des difficultés respiratoires, une agitation, le tout mêlé d'une angoisse extrême, et la sensation de mort imminente. Le phénomène durait au moins cinq minutes voire plus et se répétait selon une fréquence hebdomadaire ou bimensuelle. Depuis quelques mois, deux à trois crises pouvaient survenir chaque trois jours. Depuis des années, l'assurée prenait du Xanax lors des malaises. Actuellement, la prise d'un demi-comprimé abrégait chaque crise. Le Dr C_____ avait par ailleurs récemment introduit un antidépresseur. L'assurée était divorcée depuis 2015 après avoir été mise à la porte par son ex-époux en février 2012 et avait également été rejetée par son nouveau compagnon. Elle avait déclaré avoir toujours été en première ligne pour s'occuper de ses enfants. Elle était frustrée

lorsque son fils aîné avait organisé une réunion en son absence alors que le père, qui avait toujours été absent du foyer, y avait participé. N'ayant pu supporter cette situation, l'antidépresseur avait été introduit. À l'examen neurologique, les paires crâniennes étaient sans anomalie. Sur les voies longues, les réflexes étaient présents et symétriques, hormis l'achilléen droit. Il n'y avait pas de déficit sensitivomoteur. Les cutanés plantaires étaient en flexion. Le funambule était exécutable et la démarche normale. Le médecin a conclu que la symptomatologie évoquait en premier lieu des attaques de panique sur fond d'état anxio-dépressif, pour lesquelles le Xanax semblait bénéfique. L'introduction récente de l'antidépresseur en diminuerait probablement la fréquence ;

- le rapport du 21 mars 2016 du Dr J_____. Lors de la consultation du 17 mars 2016, l'assurée avait affirmé que chaque malaise était déclenché par une contrariété, une frustration. Sa fille, au téléphone, avait décrit les malaises comme survenant à l'emporte-pièce, limités à deux-trois minutes. L'assurée se figeait, le regard était déshabité, il y avait une crispation de la mâchoire, un tremblement des mains ou d'une main (la gauche). La rupture de contact n'était que partielle, sans fatigue post-critique. Si l'assurée ne répondait pas, elle pouvait sourire aux propos du moment. Au plan diagnostique, le médecin a indiqué qu'il resterait descriptif, le phénomène étant trop bref pour une attaque de panique. La rupture de contact partielle, la brièveté du phénomène et l'absence d'état post-critique pourraient faire évoquer des crises frontales. Il convenait de compléter le bilan par une IRM cérébrale, un tracé de nuit voire un électroencéphalogramme de longue durée ;
- le rapport du 21 mars 2016 du Dr I_____ relatif à une arthrographie C3-C4 droite sous contrôle scopique et scanographique, effectuée le même jour. L'assurée présentait des cervicalgies chroniques avec une prédominance droite et avec une irradiation des douleurs au niveau de l'épaule, lesquelles étaient accentuées lors de l'hyperextension de la tête et de la palpation facettaire C3-C4 à droite. Grâce à l'infiltration cervicale interfacettaire C3-C4 droite, en fin de procédure, l'assurée était asymptomatique, sans douleur cervicale spontanée ou à la mobilisation ;
- le compte-rendu d'IRM cérébrale du 22 mars 2016, rédigé par le docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, lequel a conclu que l'examen était dans les limites de la norme ;
- le compte-rendu d'électroencéphalogramme du 22 mars 2016, établi par le Dr J_____, aux termes duquel le tracé de veille était caractérisé par des activités fondamentales symétriques et d'amplitude moyenne, correctement spatialisées, de rythme alpha dans les territoires postérieurs, à la réactivité bien présente. L'hyperventilation ralentissait quelque peu les activités. Des anomalies lentes ou paroxystiques étaient absentes. Le médecin a conclu que l'examen était normal ;

-
- le rapport du 31 mars 2016 du Dr J_____ relatif à la consultation de la veille, lors de laquelle l'assurée avait signalé avoir des malaises quotidiens. Toutefois, l'IRM cérébrale révélait uniquement des anomalies de signal de la substance blanche profonde, de nature aspécifique. Au plan diagnostique, le médecin était perplexe. En cas de rupture de contact même partielle, l'assurée ne devrait pas être en mesure de décrire aussi précisément les symptômes. Elle rapportait un tremblement des mains et même du tronc, elle était figée, la mâchoire crispée, elle essayait de parler et l'angoisse était extrême. Au plan thymique, sous Valdoxan, introduit depuis trois semaines, elle se sentait mieux. Le sommeil n'était en revanche guère amélioré. Elle pouvait avoir des nuits d'insomnie, trois nuits consécutives à l'entendre. Le médecin se demandait s'il s'agissait de crises fronto-temporales (au vu de la brièveté du phénomène et de l'absence d'état post-critique) ou plutôt de crises de nature non-épileptique sur fond d'état anxio-dépressif. Pour trancher, il y avait lieu d'organiser un tracé de nuit ;
 - le rapport du 4 avril 2016 du Dr I_____ relatif au scanner cervical du 1^{er} avril 2016. Le médecin a constaté une géode sous-chondrale du massif articulaire C4 à droite, invisible sur l'IRM de décembre 2015, et la présence d'une déminéralisation au niveau facettaire C3, dans le contexte d'une sclérose des massifs articulaires et d'un amincissement important de l'espace articulaire. Dans le contexte de cette évolution relativement rapide, le diagnostic différentiel était soit une atteinte arthrosique soit une arthropathie microcristalline qui semblait moins probable. Une atteinte infectieuse, même si elle semblait peu probable, n'était formellement pas exclue. Il convenait de reconstrôler par une IRM avec injection de produit de contraste ; et
 - le rapport du 5 avril 2016 du Dr I_____, aux termes duquel le contrôle scanographique réalisé lors de l'infiltration facettaire C3-C4 droite le 21 mars 2016 montrait l'apparition d'une volumineuse géode au niveau facettaire C4, remplie avec un produit de contraste iodé. Cette image n'était pas visible sur l'IRM précédente et faisait évoquer une arthrose d'évolution rapide. Les suites après cette infiltration avaient abouti à un échec de traitement corticoïde, malgré un bloc positif de la douleur en post-procédure. L'assurée restait toujours symptomatique ce jour avec des douleurs plus importantes du côté droit, à la hauteur des facettes C3-C4. Il était inhabituel pour une lésion arthrosique de présenter une évolution si rapide, mais l'examen clinique n'avait pas mis en évidence d'argument en faveur d'une arthrite infectieuse. Une arthropathie microcristalline était également possible, mais elle semblait moins probable ce jour. Il y avait lieu de compléter le bilan par une IRM cervicale avec injection de Gadolinium avant de décider de la suite.
19. Dans sa duplique du 19 mai 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a produit l'avis du SMR du 22 avril 2016, aux termes duquel le scanner cervical montrait une nouvelle géode au niveau facettaire de C4, n'apparaissant pas sur

l'IRM du 23 décembre 2015, ce qui correspondait vraisemblablement à une cavité bénigne en rapport avec l'arthrose du rachis cervical. Il était nécessaire d'attendre les résultats de la nouvelle IRM pour en connaître définitivement l'étiologie. En ce qui concernait les malaises, se basant sur les rapports médicaux des 15, 21 et 31 mars 2016, le SMR a noté qu'il s'agissait très vraisemblablement de crise hystérieforme en relation avec un état anxio-dépressif. Il fallait cependant attendre les résultats de l'électroencéphalogramme de nuit du 19 avril 2016 pour écarter définitivement l'origine épileptique.

S'appuyant sur ledit avis, l'intimé a considéré que les nouveaux documents médicaux faisaient état d'atteintes postérieures à la décision litigieuse, de sorte qu'elles sortaient de l'objet du litige et n'étaient par conséquent pas de nature à influencer l'appréciation de la capacité de travail au moment du prononcé de cette décision.

20. Par écriture spontanée du 18 mai 2016, la recourante a répété que, moralement et physiquement, elle était totalement abattue et usée. Elle avait relancé ses médecins traitants afin qu'ils lui transmettent des rapports. Début juin, elle allait consulter son psychiatre. Ses médecins collaboraient en vue de trouver la cause de son problème aux cervicales qui s'était aggravé de manière fulgurante depuis les infiltrations de cortisone. Ce jour, une IRM de sa poitrine gauche avait été réalisée pour suspicion de rupture de l'implant mammaire. Une opération à ce niveau était inenvisageable tant que la cause de ses problèmes aux cervicales et de son état de santé en général n'était pas élucidée.
21. Le 28 juin 2016, la recourante a produit les documents suivants :
 - le résultat de l'enregistrement électroencéphalogramme nocturne du 20 avril 2016, effectué en raison d'épisodes de perte de contact d'origine indéterminée, aux termes duquel le tracé était dépourvu d'anomalie ;
 - le compte-rendu d'IRM cervicale du 22 avril 2016 du Dr I_____, lequel a observé une aggravation des anomalies par rapport à l'IRM du 22 décembre 2015, avec visualisation d'une géode dans le massif articulaire de C4 (déjà visible sur le scanner du 21 mars 2016) et notamment la présence d'anomalies diffuses para-facettaires au niveau paravertébral, foraminaux et épidual adjacent. La présence d'un défaut de rehaussement d'environ 7 mm au sein du rehaussement para-lamellaire C4 droit faisait suspecter un abcès paravertébral, donc une origine infectieuse de ces anomalies. Cet examen devrait être complété par un nouveau bilan sanguin (qui était apparemment normal dix jours auparavant) et avec des séquences de diffusion pour confirmer la présence du pus ;
 - le compte-rendu d'échographie des seins du 25 avril 2016, aux termes duquel l'ultrason mammaire ne mettait pas en évidence de lésion suspecte de malignité. Était constatée une suspicion de rupture prothétique gauche avec présence de siliconome axillaire ;

- le compte-rendu d'IRM cervicale du 29 avril 2016 relatif au bilan complémentaire d'une suspicion d'abcès para-vertébral et d'une arthrite septique C3-C4 droite. Le radiologue a conclu à l'absence d'argument formel en faveur d'une collection abcédée;
- le rapport du 9 mai 2016 de la docteure L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, laquelle a noté que l'assurée se plaignait de cervicalgies chroniques, actuellement devenues insupportables, irradiant dans les deux membres supérieurs avec sensation de faiblesse. Les douleurs étaient quotidiennes, intermittentes avec difficultés à effectuer certains gestes (tels que les rotations cervicales ou le fait de mettre son soutien-gorge). Le type de douleur était difficile à décrire. Au plan thymique, elle rapportait avoir fait une dépression, et évoquait ses problèmes financiers. À l'examen clinique, la marche était normale, sans déficit sensitif tactile grossier aux quatre membres. Il n'y avait pas de déficit moteur des membres supérieurs proximal ni distal. Elle présentait de nombreux lâchages musculaires au testing musculaire des membres inférieurs, mais sans déficit moteur global (elle pouvait marcher et tenir l'appui monopodal ddc). Elle présentait une limitation active des rotations et flexions/extensions du rachis cervical, sans limitation passive de ces amplitudes. Il n'y avait pas de déficit moteur des trapèzes, ni de douleur des trapèzes ni des épineuses cervicales ni en paravertébral. Elle toussait pendant l'examen, mais l'auscultation pulmonaire était normale. La praticienne a conclu qu'il existait une inflammation en regard de l'articulation interapophysaire postérieure C3-C4 droite. Elle avait invité le radiologue à relire le dossier afin de mieux caractériser cette atteinte, en particulier elle se demandait s'il s'agissait d'une poussée congestive d'arthrose ou d'une infection ;
- le compte-rendu de consultation d'épileptologie du 11 mai 2016, établi par la docteure N_____, spécialiste FMH en neurologie, laquelle a écrit que l'assurée souffrait de crises très probablement d'origine psychogène, étant donné leurs manifestations pendant des situations de contrariété ou de stress. Celle-ci les gérait avec du Xanax, mais cela n'empêchait pas une survenue relativement fréquente dont la dernière fois le soir avant la consultation. Comme facteur de risque, elle mentionnait des conflits avec ses enfants, son ex-époux et un épuisement de manière générale la rendant plus fragile qu'auparavant. Cet épuisement existait, selon l'assurée, déjà depuis plusieurs années, de même que ses épisodes de tremblement et d'arrêt de la parole. La praticienne a encouragé l'assurée à consulter un psychiatre, le docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin d'améliorer sa qualité de vie et son niveau de stress ;
- le rapport du 30 mai 2016 du Dr J_____, selon lequel les malaises rapportés étaient des crises de nature non épileptique, au vu de la rupture de contact partielle et de la brièveté du phénomène limitée à deux-trois minutes, durée qui

était un peu brève pour des attaques de panique, sans toutefois pouvoir les écarter eu égard à l'état dépressif réactionnel à un conflit familial traité par Valdoxan depuis deux mois;

- le compte-rendu d'IRM cervicale du 31 mai 2016 indiquant que les anomalies précédemment décrites au niveau C3-C4 à droite étaient globalement en diminution, sans visualisation d'image faisant suspecter un abcès à pyogène ;
- le compte-rendu de scanner thoracique du 6 juin 2016, lequel n'avait pas mis en évidence d'anomalie expliquant la symptomatologie ressentie par l'assurée (une toux chronique). En particulier, il n'y avait pas d'anomalie du parenchyme pulmonaire en dehors de la présence de quelques micronodules pulmonaires, de taille inférieure à 4 mm, de nature aspécifique ne nécessitant pas de suivi particulier ;
- le rapport du 21 juin 2016 du Dr J_____, lequel a écrit qu'au plan évolutif, les malaises rapportés semblaient se raréfier, quand bien même l'assurée ne l'admettait pas. La Dre N_____ confirmait des crises de nature non épileptique, autrement dit des crises d'origine psychogène. En raison de douleurs arthrosiques (épaules, rachis, genoux), l'assurée prenait jusqu'à 150 mg de Tramadol par jour occasionnant des céphalées chroniques quotidiennes, pouvant accentuer d'hypothétiques apnées. Le médecin a rassuré l'assurée ; les crises de nature non épileptique, d'origine fonctionnelle, devraient avoir un bon pronostic ;
- le rapport du 22 juin 2016 de la Dre L_____, laquelle a mentionné que l'assurée se plaignait de douleurs diffuses dans tout le corps. Le Tramadol aidait peu. Elle pouvait s'endormir sous Valdoxan et Tramal mais se réveillait au bout de deux heures. À l'examen, l'assurée marchait normalement. Elle pouvait tenir la hanche fléchie pour faire ses lacets et n'avait aucune difficulté à l'habillage. Elle éprouvait des douleurs diffuses à la palpation de toutes les épineuses cervicales, dorsales et lombaires, ainsi que des douleurs de l'occiput et en paravertébral cervical ddc. La spécialiste a conclu à l'absence d'arguments cliniques pour une infection articulaire postérieure C3-C4 droite. L'assurée avait des douleurs diffuses du rachis, sans douleur élective cervicale droite. L'IRM du 31 mai 2016 décrivait une diminution des lésions ; et
- le rapport du 27 juin 2016 du Dr O_____, lequel a posé les diagnostics suivants : un épisode dépressif moyen (F32.1), une probable personnalité borderline (F60.31) et de probables troubles dissociatifs (F44). L'assurée présentait une décompensation de l'humeur avec au premier plan un sentiment d'épuisement physique et moral en lien avec des douleurs décrites comme étant quotidiennes et sévères ainsi qu'avec une situation de précarité sociale et financière. Était observée une tristesse avec une baisse de l'élan vital, une perte d'initiative, une anhédonie partielle et une forte altération de l'estime de soi. Les relations interpersonnelles semblaient problématiques tant avec ses proches

qu'avec ses médecins, ce qui générait une détresse importante. Devant l'absence d'explication satisfaisante et d'amélioration de ses symptômes, l'assurée pouvait présenter des moments de désespoir, accompagnés d'idées de mort passives. L'anamnèse révélait un trouble identitaire avec des sensations de vides récurrentes, une labilité émotionnelle, une tendance aux relations interpersonnelles instables et une nette tendance à la dichotomisation avec passages entre une idéalisation et une dévalorisation extrêmes pouvant expliquer les échecs maritaux, le cercle social actuellement pauvre et des relations parfois difficiles avec ses enfants. Ces éléments suggéraient fortement un trouble de personnalité, probablement émotionnellement labile, de type borderline. Au vu de la problématique des épisodes paroxystiques de ruptures de contact atypique pour lesquels une origine psychogène était actuellement la plus probable, l'assuré présentait un probable trouble de la personnalité. Les crises présentées pouvaient correspondre à des épisodes dissociatifs, déclenchés par un stress débordant les capacités adaptatives de l'assurée. Ces problèmes de nature psychiatrique altéraient sa capacité de travail. Le médecin a spécifié qu'il apparaissait nécessaire de bénéficier davantage de temps afin de préciser et documenter les diagnostics retenus, ainsi que pour déterminer les perspectives d'évolution.

22. Dans sa détermination du 4 août 2016, l'intimé s'est intégralement rallié aux conclusions de l'avis du SMR du 27 juillet 2016 qu'il a produit, selon lequel le psychiatre n'avait apporté aucun élément probant pour étayer son évaluation de la situation psychique de la recourante. Celle-ci n'avait jamais été suivie au niveau psychiatrique avant le mois de mai 2016 et son anamnèse psychosociale ne relevait pas de parcours de vie chaotique ; elle était restée mariée avec son époux de 1989 à 2015. Les nouveaux éléments médicaux confirmaient la bénignité des atteintes cervicales (avec une absence de complications, en particulier inflammatoires ou infectieuses), l'amélioration des malaises, le caractère psychogène des crises, l'absence d'épilepsie, l'absence de toute atteinte pulmonaire, une suspicion de rupture de prothèse mammaire gauche, sans signe de gravité quelconque, l'absence de complications relatives aux douleurs cervicales et l'amélioration en juin 2016 des « anomalies précédemment décrites ». Sur cette base, le SMR a conclu qu'au niveau cervical, les atteintes étaient bénignes, en rapport avec une arthrose banale du rachis cervical. En ce qui concernait les malaises, il s'agissait de crise psychogène hystérioriforme en relation avec un état anxio-dépressif. Ainsi, selon le SMR, ces nouveaux éléments confirmaient le caractère psychologique des plaintes de la recourante, en rapport avec la recherche d'une justification d'un statut de malade, de sorte qu'il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes.
23. Dans ses observations du 17 octobre 2016 (dans le délai prolongé par la chambre de céans à la demande de la recourante), cette dernière a expliqué que son état de santé s'était fortement dégradé. Ses douleurs étaient indescriptibles au niveau de la nuque et les examens effectués n'avaient pas permis de résoudre son état. Les

médicaments la soulageaient pendant une courte durée. Elle souffrait d'une énorme dépression et son psychiatre préconisait un suivi en clinique. Elle était épuisée et avait perdu du poids (50 kg pour 170 cm). Elle peinait à tenir debout.

La recourante a produit les documents suivants :

- le compte-rendu de radiographie de la colonne totale du 1^{er} juillet 2016, laquelle a relevé une absence de lésion osseuse et de scoliose significative et a constaté une arthrose C5-C6 avec inversion de la courbure du rachis cervical ;
 - le rapport du 17 octobre 2016 du Dr O_____, lequel a repris la teneur de son précédent rapport du 27 juin 2016 et ajouté que, depuis le mois de juillet, il avait constaté une aggravation de l'état psychique de la recourante, avec une péjoration de son humeur dépressive et la survenue de symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations auditives. Elle rapportait qu'elle entendait des personnes qui s'adressaient à elle avec des commentaires, des moqueries et des insultes, ce qui avait été suffisamment perturbant pour qu'elle développât des idées de persécutions au sujet de ses voisins. Elle était partiellement critique et ne comprenait pas ce qui lui arrivait, ce qui était une source de stress important. Elle avait arrêté le traitement de Valdoxan. Un suivi auprès du centre CAPPI (centres ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie intégrés) aux HUG avait été organisé, mais elle n'avait pas réussi à s'y rendre. Son état avait rendu la communication difficile, de sorte que le suivi auprès du Dr O_____ avait été interrompu entre fin juillet et début octobre. À son retour, depuis une semaine, il avait été possible d'introduire un traitement d'olanzapine. Les diagnostics retenus étaient identiques à ceux posés dans le rapport précédent, à l'exception de l'épisode dépressif moyen, devenu sévère (F32.3).
24. Dans sa détermination du 10 novembre 2016, l'intimé s'est rapporté aux conclusions de l'avis du SMR du 4 novembre 2016 qu'il a versé au dossier, aux termes duquel l'appréciation psychiatrique du Dr O_____ n'était pas convaincante, en l'absence d'argument justifiant le diagnostic de trouble de la personnalité, d'autant plus que le suivi avait été interrompu entre juillet et octobre 2016, rendant l'évaluation diagnostique très délicate. Quant au rachis, le compte-rendu radiographique confirmait l'absence d'atteinte importante, relevant uniquement une arthrose du rachis cervical, soit une atteinte dégénérative qualifiée de banale eu égard à l'âge de la recourante. Ainsi, les conclusions de l'expertise rhumatopsychiatrique de 2015 demeuraient valables.
25. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante, et la cause gardée à juger.

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 - 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, la décision litigieuse ayant été rendue en application de la LAI.

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/GE 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).

Le présent recours, interjeté le 15 janvier 2016 contre la décision litigieuse du 15 décembre 2015, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), étant par ailleurs relevé que le délai de recours était suspendu du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA).

Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante, non représentée par un avocat, a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Son recours satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY /Bettina KAHIL-WOLFF /Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. a. 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; 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]).

En l'espèce, la décision querellée du 15 décembre 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI précitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de la LAI dans sa teneur actuelle (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, il sied d'indiquer que les révisions 4, 5 et 6a de cette loi n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 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).

b. S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent 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).

4. Le présent litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité en raison de ses atteintes à la santé.
5. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).
 - b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).
 - c. 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 pas à elle seule déterminante; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-veillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER /Bettina KAHIL-WOLFF /Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss).
 - d. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer

respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

6. a. Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).

La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

b. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I.308/04 et I.309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle

générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

c. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral I.308/04 et I.309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.2; I.681/02 du 11 août 2003 consid.4.2 et 4.4). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral I.257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

7. a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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 LPG), 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).

c. 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.

c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

c/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 LPG) 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).

c/cc. 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).

8. 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; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I. 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

b. 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).

9. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante, qui se plaint de douleurs diffuses dans tout le corps, en particulier, des lombalgies chroniques, est atteinte dans sa santé. La question déterminante consiste toutefois à établir si ses atteintes sont invalidantes ou non.

b. Dans le cadre de la demande de prestations du 3 juin 2014, les Drs C_____ et D_____ ont fait état de diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de la recourante, soit des lombalgies chroniques, une insomnie chronique avec grosse fatigue, une polyarthralgie type fibromyalgie et des troubles anxieux avec tachycardie. Les examens effectués révèlent des troubles dégénératifs du rachis lombaire (l'IRM du 27 décembre 2013 illustre essentiellement des signes de surcharge des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1, sans discopathie ni scoliose) et des lombalgies de type mécanique (rapport de la Dre F_____ du 28 mars 2006). Lors de l'examen clinique du 18 juillet 2014 par le Dr D_____, les manœuvres de Lasègue étaient négatives. En dépit des infiltrations dans le rachis lombaire, les douleurs à ce niveau n'avaient pas cessé, de sorte que ce médecin a conclu à des douleurs sans substrat organique identifiable. Selon le Dr C_____, la recourante ne pouvait rester ni debout, ni assise pendant plus de trente minutes et ne pouvait porter des charges depuis quatre ans, de sorte que sa capacité de travail était nulle depuis le 8 janvier 2010 (rapports des 3 juillet et 20 novembre 2014). Sur le plan psychique, alors que la recourante ne consultait pas un spécialiste en la matière, elle prenait occasionnellement du Temesta en cas de crises d'angoisse.

c. Afin de déterminer la nature de l'atteinte à la santé et les éventuels empêchements résultants des problèmes de santé, une expertise rhumatologique et psychiatrique a été réalisée, sur la base de laquelle l'intimé considère que les atteintes dont souffre la recourante n'entraînent pas une influence sur sa capacité de travail.

10. a. Le rapport d'expertise bidisciplinaire du 22 septembre 2015 prend en compte l'anamnèse, le dossier médical et les plaintes de la recourante. À la suite de deux examens effectués les 24 juin et 18 août 2015, les experts ont retenu une composante de fibromyalgie, des rachialgies diffuses non déficitaires dans un contexte de légers troubles statiques et de troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire et un status post lésion cartilagineuse du coude droit. Ces atteintes étaient cependant non incapacitantes. La recourante ne présentait aucune limitation fonctionnelle d'ordre ostéoarticulaire ou psychiatrique. Ainsi, la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité, y compris dans l'activité de femme au foyer.

b. Les conclusions des experts sont convaincantes, motivées et ne comprennent pas de contradictions.

b/aa. En effet, ils ont rappelé que les rapports médicaux antérieurs décrivaient une affection ostéoarticulaire de peu de gravité. Sous l'angle rhumatologique, lors de l'examen clinique, la fréquence cardiaque était normale, sans arythmie, sans signes d'insuffisance cardiaque. L'abdomen était souple, non ballonné, indolore à la palpation et les bruits étaient normaux. L'examen neurologique excluait une sciatalgie irritative. La mobilité des coudes était complète, la recourante n'avait pas de flexum. Elle ne présentait pas d'hypermobilité articulaire généralisée. La mobilité des hanches était douloureuse en flexion et lors des rotations au niveau rétrotrochantérien ddc. Il existait une composante de périarthrite de hanches bilatérale. Il s'agissait d'une inflammation de l'insertion de la musculature fessière sur le grand trochanter, sans signes de gravité. La recourante n'avait pas de coxarthrose. La musculature était conservée aux membres inférieurs. Elle marchait normalement à plat. Les médecins ont retenu 8 points de Smythe positifs pour une composante de type fibromyalgique.

S'agissant du rachis cervical, la recourante ne manifestait pas de douleurs à la palpation. Les mouvements automatiques de la nuque étaient normaux. La mobilité lombaire était, quant à elle, douloureuse. Elle éprouvait des douleurs multi-étagées à la palpation du rachis dorsolombaire, prédominant au niveau dorsal haut, au niveau de la charnière dorsolombaire et sur les deux derniers étages lombaire, sans contracture musculaire. Cela étant, les transferts assis-debout étaient effectués normalement, et les transferts couché-assis au ralenti. Les troubles dégénératifs du rachis lombaire, non significatifs, étaient compatibles avec l'âge de la recourante.

b/bb. Sous l'angle psychiatrique, aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention n'était constaté. Dans son discours, la recourante n'incluait pas d'éléments florides de la lignée psychotique. Elle ne présentait aucun sentiment de culpabilité, aucun trouble panique ou de l'anxiété, ni aucune tristesse. Son visage s'animait. Elle ne présentait pas d'adynamisme ou de trouble notable de l'appétit. Si elle avait déclaré manger mal, elle l'attribuait au fait qu'elle vivait à ce moment-là dans un hôtel dans l'attente d'avoir son appartement. Même si elle avait signalé une insomnie, elle présentait un bon dynamisme et ne prenait aucun traitement hypnotique. Elle avait des relations sociales et s'entretenait avec ses enfants. Ainsi, aucun symptôme n'indiquait un épisode dépressif majeur, ni une pathologie psychiatrique grave.

c. Force est ainsi de constater que ce rapport d'expertise répond aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

11. a. Cela étant, la recourante a versé au dossier de nouveaux rapports médicaux pour soutenir qu'elle n'est pas apte à travailler. Il sied, au préalable, d'examiner si la chambre de céans peut tenir compte desdits rapports, dans la mesure où ils ont été

produits postérieurement à la décision querellée, et si, le cas échéant, ils discréditent l'expertise bidisciplinaire.

b. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

c. En l'espèce, l'IRM cervicale du 23 décembre 2015 fait état d'une spondylarthrose étagée avec prédominance de l'arthrose interapophysaire postérieure au niveau C3-C4 à droite et avec prédominance de la disco-uncarthrose au niveau C5-C6. La recourante présentait des cervicalgies chroniques avec une prédominance à droite et une irradiation des douleurs au niveau de l'épaule (rapport du Dr I_____ du 21 mars 2016). Force est de constater que les cervicalgies chroniques (invisibles sur l'IRM de décembre 2015) n'étaient pas connues au moment de l'expertise bidisciplinaire, laquelle avait uniquement mis en évidence des lombalgies non incapacitantes. Dans sa demande de prestations, la recourante n'avait d'ailleurs pas invoqué de cervicalgies.

c/aa. Les cervicalgies, en tant que nouvelles atteintes, devraient faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations. Il faut cependant relever que les infiltrations cervicales effectuées avaient permis à la recourante d'être asymptomatique, sans douleur cervicale spontanée ou à la mobilisation (cf. rapport du Dr I_____ du 21 mars 2016). Le contrôle scanographique avait montré l'apparition d'une géode au niveau facettaire C4, dont l'examen avait exclu une arthrite infectieuse (rapport du Dr I_____ du 5 avril 2016, compte-rendu d'IRM cervicale du 29 avril 2016). Dans son rapport du 9 mai 2016, la Dre L_____ avait constaté qu'à l'examen clinique, la marche était normale sans déficit sensitif tactile grossier aux quatre membres. Il n'y avait pas de déficit moteur des membres supérieurs proximal ni distal. La recourante présentait de nombreux lâchages musculaires au testing musculaire des membres inférieurs, mais sans déficit moteur global (elle pouvait marcher et tenir l'appui monopodal ddc). Elle présentait une limitation active des rotations et flexions/extensions du rachis cervical, sans limitation passive de ces amplitudes. Il n'y avait pas de déficit moteur des trapèzes, ni de douleur des trapèzes ni des épineuses cervicales ni en paravertébral. Elle toussait pendant l'examen, mais l'auscultation pulmonaire était normale. La praticienne a conclu qu'il existait une inflammation en regard de l'articulation interapophysaire postérieure C3-C4 droite, pouvant s'agir d'une poussée congestive d'arthrose ou d'une infection. Toutefois, l'IRM cervicale du 31 mai 2016 révélait que les anomalies au niveau C3-C4 à droite étaient globalement en diminution, sans visualisation d'image faisant

suspecter un abcès à pyogène. Dans son rapport du 22 juin 2016, la Dre L_____ mentionne que la recourante pouvait tenir la hanche fléchie pour faire ses lacets et n'avait aucune difficulté à l'habillage. La recourante avait des douleurs diffuses du rachis, sans douleur élective cervicale droite.

c/bb. Force est de conclure que l'aggravation de l'état de santé de la recourante (les cervicalgies), alléguée en cours de procédure, mais améliorée avant même le prononcé du présent arrêt, ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise bidisciplinaire sous l'angle ostéoarticulaire.

c/cc. D'un point de vue psychiatrique, les nouveaux rapports médicaux font état de malaises répétés et de crises d'anxiété extrême. La recourante était frustrée lorsque son fils avait organisé une réunion en son absence alors que le père avait été convié (cf. rapport du Dr J_____ du 15 mars 2016). Les malaises étaient limités à deux-trois minutes. Le regard était déshabité, la mâchoire crispée, la main gauche tremblait. La rupture de contact était partielle, sans fatigue post-critique. Ce phénomène était trop bref pour une attaque de panique, et faisait plutôt évoquer des crises frontales (cf. rapport du Dr J_____ du 21 mars 2016).

Ces faits n'étaient pas connus lors de l'expertise bidisciplinaire. Cela étant, la recourante souffrait de crises d'origine psychogène, manifestées lors des situations de contrariété ou de stress. Les facteurs de risque étaient les conflits avec les enfants et son ex-époux (cf. rapport de la Dre N_____ du 11 mai 2016), soit un état dépressif réactionnel à un conflit familial traité par Valdoxan (cf. rapport du Dr J_____ du 30 mai 2016), médicament qui lui permettait de se sentir mieux (cf. rapport du Dr J_____ du 31 mars 2016). Dans son rapport du 27 juin 2016, le Dr O_____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, de probable personnalité borderline et de probable troubles dissociatifs. La recourante présentait une décompensation de l'humeur avec au premier plan un sentiment d'épuisement physique et moral en lien avec des douleurs décrites comme étant quotidiennes et sévères ainsi qu'avec une situation de précarité sociale et financière. Était observée une tristesse avec une baisse de l'élan vital, une perte d'initiative, une anhédonie partielle et une forte altération de l'estime de soi. Les relations interpersonnelles semblaient problématiques tant avec ses proches qu'avec ses médecins, ce qui générait une détresse importante. Devant l'absence d'explication satisfaisante et d'amélioration de ses symptômes, la recourante pouvait présenter des moments de désespoir, accompagnés d'idées de mort passives. L'anamnèse révélait un trouble identitaire avec des sensations de vides récurrentes, une labilité émotionnelle, une tendance aux relations interpersonnelles instables et une nette tendance à la dichotomisation avec passages entre une idéalisation et une dévalorisation extrêmes pouvant expliquer les échecs maritaux, le cercle social actuellement pauvre et des relations parfois difficiles avec ses enfants. Ces éléments suggéraient fortement un trouble de personnalité, probablement émotionnellement labile, de type borderline. Au vu de la problématique des épisodes paroxystiques de ruptures de contact atypique pour lesquels une origine psychogène était actuellement la plus probable,

l'assuré présentait un probable trouble de la personnalité. Les crises présentées pouvaient correspondre à des épisodes dissociatifs, déclenchés par un stress débordant les capacités adaptatives de l'assurée. Ces problèmes de nature psychiatrique altéraient sa capacité de travail.

Force est de constater que les médecins relèvent avant tout des facteurs psychosociaux (le conflit familial, la précarité sociale et financière), soit des facteurs étrangers à l'invalidité, dont l'office AI n'a pas à répondre (ATF 127 V 294 consid. 5a).

Ainsi, les diagnostics retenus par le Dr O_____ ne remettent pas en cause l'expertise bidisciplinaire sous l'angle psychiatrique.

c/dd. Dans son rapport du 17 octobre 2016, le Dr O_____ a indiqué que depuis juillet 2016, il avait constaté une péjoration de l'humeur dépressive de la recourante ainsi que la survenue de symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations auditives. La recourante rapportait qu'elle entendait des personnes qui s'adressaient à elle, lesquelles lui faisaient des commentaires, se moquaient d'elle et l'insultaient. Elle avait développé des idées de persécutions au sujet de ses voisins. Elle avait arrêté le traitement de Valdoxan et un traitement d'olanzapine avait été introduit depuis une semaine, soit dès le 10 octobre 2016.

Ces symptômes découverts en juillet 2016 n'ont pas été pris en compte lors de l'expertise de septembre 2015, ni dans la décision querellée. Si l'état de santé de la recourante s'est effectivement détérioré sous l'angle psychiatrique, comme pourrait le laisser entendre le rapport du Dr O_____ du 17 octobre 2016, il appartient à cette dernière de déposer une nouvelle demande de prestations, en invoquant une telle aggravation, à la suite de laquelle l'office intimé devra procéder à des investigations avant de rendre une nouvelle décision.

d. Au vu des développements qui précèdent, les nouveaux éléments médicaux relatifs aux cervicalgies et aux malaises anxieux et dépressifs d'origine psychosociale ne permettent pas d'écarter les conclusions de l'expertise bidisciplinaire, selon lesquelles la recourante présente une capacité de travail entière dans toute activité, ainsi que dans son activité de femme au foyer.

12. a. Cela dit, l'intimé a retenu le statut de ménagère, mais n'a pas mis en œuvre une enquête ménagère en vue de déterminer l'éventuel impact des atteintes à la santé dans la sphère ménagère. Il y a donc lieu d'examiner si ce procédé est valable.

b. Au préalable, on relèvera que c'est à juste titre que l'intimé a retenu le statut de ménagère. En effet, quand bien même la recourante possède un diplôme de l'école de commerce et bien qu'elle ait travaillé d'août 1983 à décembre 1990, date à partir de laquelle elle a interrompu son activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de ses enfants, elle n'a, depuis lors, jamais travaillé, et a donc été inactive durant vingt-cinq ans (jusqu'au prononcé de la décision querellée), ce que son compte individuel AVS confirme. Aucune pièce n'atteste une quelconque recherche d'emploi, ne serait-ce qu'à temps partiel. Lorsque son ex-époux l'a mise

à la porte en 2012 (cf. rapport du Dr J_____ du 15 mars 2016), alors que ses enfants avaient entre 13 et 22 ans, soit des âges n'exigeant pas que leur mère leur consacre son plein temps, et qu'elle ne pouvait plus compter sur l'aide financière de son ex-époux, la recourante n'a pas tenté de se réintégrer dans la vie professionnelle. Elle a déposé la demande de prestations spécifiant qu'elle était femme au foyer. Lors de l'expertise bidisciplinaire en 2015, à la question de savoir si elle se sentait apte à travailler en tant qu'employée de commerce, elle avait répondu « pas du tout » (alors que ses atteintes à la santé ne sont pas invalidantes). Par conséquent, au moment où la décision litigieuse a été rendue, sans atteinte à la santé, la recourante n'aurait pas exercé une activité lucrative.

c. Ainsi qu'on vient de le mentionner, en dépit du statut de ménagère, le dossier ne contient pas d'enquête ménagère. Toutefois, en vertu de l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir des travaux habituels lorsque l'on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative.

c/aa. En l'espèce, l'expertise bidisciplinaire de décembre 2015 conclut à une pleine capacité de travail dans toute activité, y compris a fortiori dans l'activité de femme au foyer. À cette occasion, la recourante avait déclaré qu'elle cuisinait, mais qu'elle ne pouvait pas porter une casserole remplie d'eau. Elle enlevait la poussière, mais se bloquait le dos en passant l'aspirateur. Elle était incapable de porter le bac de lessive et ne repassait plus. Toutefois, dans sa demande de prestations du 3 juin 2014, la recourante a noté qu'elle souffrait d'atteinte à la santé depuis plusieurs années déjà, notamment des douleurs aiguës au dos et aux articulations depuis vingt ans, soit depuis 1994, ce qui ne l'a pourtant pas empêchée de s'occuper de son ménage et de ses enfants. Dans son rapport du 18 juillet 2014, le Dr D_____ a écrit que, si la mobilisation du rachis lombaire était douloureuse en extension, il n'y avait pas de blocage. Elle pouvait se pencher pour faire ses lacets et n'avait aucune difficulté à l'habillage (cf. rapport de la Dre L_____ du 22 juin 2016). Qui plus est, selon la jurisprudence, par souci de réduire le dommage dans la sphère ménagère, on peut raisonnablement exiger de la recourante qu'elle ne porte pas une casserole remplie d'eau (elle peut en lieu et place mettre de l'eau, à faibles quantités, à plusieurs reprises jusqu'à ce que la casserole soit remplie). De la même manière, elle peut prévoir d'autres moyens afin d'éviter de porter un bac de lessive lourd, et aménager des pauses lorsqu'elle repasse son linge. Ainsi, on doit conclure qu'en présence d'une capacité de travail entière dans toute activité, il n'y a pas d'invalidité ménagère. Il s'ensuit que, dans ces circonstances, la mise sur pied d'une enquête ménagère est superflue.

c/bb. À cet égard, la chambre de céans a déjà eu l'occasion de traiter un cas similaire, dans lequel l'assurée, dont le statut était celui de ménagère, disposait d'une pleine capacité de travail, de sorte que c'était à juste titre que l'office intime n'avait pas effectué une telle enquête (ATAS/722/2014 du 16 juin 2014 consid. 20). Dans un autre cas, où l'assurée avait également un statut de ménagère et éprouvait

des douleurs liées à un syndrome vertébral ainsi qu'une affection psychiatrique, en raison de facteurs psychosociaux, la chambre de céans avait estimé que les avis médicaux au dossier permettaient de confirmer l'absence de pathologie invalidante sur la capacité de travail, si bien que l'assurée pouvait assumer ses tâches ménagères. En conséquence, il était inutile d'ordonner une enquête ménagère (ATAS/518/2014 du 15 avril 2014 consid. 12 et 13). Saisi d'un recours dans cette affaire, le Tribunal fédéral a confirmé que, puisque l'assurée ne subissait pas d'incapacité de travail en tant que femme de ménage, on ne saurait reprocher aux juges cantonaux d'avoir renoncé à mettre sur pied une enquête ménagère (arrêt du Tribunal fédéral 9C_428/2014 du 7 août 2014 consid. 4.4).

13. En conséquence, le recours sera rejeté. Il sera rappelé à la recourante qu'elle peut, à tout moment, déposer une nouvelle demande de prestations, munis de nouveaux rapports médicaux, si elle estime que son état de santé s'est aggravé en raison de cervicalgies ou de troubles psychotiques.
14. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1^{er} juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A_____.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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