RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1208/2020 **ATAS/648/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 juin 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER	recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____1965, ressortissante angolaise, veuve, mère de trois enfants, nés respectivement les _____1986, _____ 1990 et _____ 1993, a obtenu un diplôme de cuisinière dans son pays d'origine. Arrivée en Suisse en 1999, elle a travaillé dans le domaine du nettoyage, comme pâtissière indépendante durant deux ans et dans les soins à la personne. Elle a repris le travail dans le secteur du nettoyage pour diverses entreprises à Genève et a travaillé en dernier lieu pour la société B_____ SA, à temps partiel, du 16 juin 2008 au 31 juillet 2011 (date de fin du contrat), à raison de dix heures par semaine.

b. Elle a été en incapacité de travail totale, selon les attestations de ses médecins traitants, dès le 17 février 2011. Elle a demandé, le 22 juillet 2011, des prestations de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), lesquelles lui avaient été refusées par décision du 18 octobre 2013, à la suite d'une instruction dans le cadre de laquelle un expert avait considéré que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante et que sa capacité de travail était totale dans toute activité, sans diminution de rendement.

c. La décision de refus de l'OAI a été confirmée par arrêt de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) du 20 août 2014 (ATAS/916/2014). La chambre de céans avait constaté que la recourante souffrait de douleurs liées à des cicatrices chéloïdiennes sternales. Son médecin traitant d'alors, le docteur C_____, médecin généraliste, avait diagnostiqué un syndrome douloureux chronique neurogène sur cicatrices chéloïdes pré-sternales et prescrit un arrêt de travail de 100 % depuis le 17 février 2011. Le 17 février 2012, il avait indiqué que la symptomatologie s'était progressivement aggravée, empêchant la patiente d'accomplir les gestes nécessaires à la tenue de son ménage. Dans un rapport du 17 juin 2011, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur avaient diagnostiqué des douleurs d'allure neurogène dans un contexte de cicatrices chéloïdes pré-sternales, probablement amplifiées par la souffrance importante générée par un contexte familial difficile et avaient relevé des éléments dépressifs. Ils ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail, ni sur les limitations de l'assurée. Le professeur D_____, interrogé alors sur ce cas par l'OAI, avait indiqué que le traitement des cicatrices chéloïdiennes apparues sur deux blessures était sans rapport avec un problème de santé pouvant conduire à une éventuelle invalidité. Le 5 mars 2009, il ne voyait pas d'indication à pratiquer une nouvelle intervention chirurgicale suivie d'une radiothérapie, alors que les lésions n'étaient pas chéloïdiennes. Il existait une discordance entre les plaintes de la patiente et l'examen clinique. Pour clarifier la situation médicale de l'assurée, l'OAI avait alors confié une expertise pluridisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Les experts avaient rendu un rapport le 4 juin 2013 dans lequel ils n'avaient retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient, sur le

plan psychiatrique, une dysthymie, et sur le plan somatique, un état douloureux chronique diffus, une hypertension artérielle, un trait thalassémique, un status post entorse du ligament latéral interne (ci-après : LLI) du genou gauche et post myomectomie utérine partielle. L'expert psychiatre avait noté au status psychiatrique que la recourante ne présentait pas de trouble de la mémoire, de ralentissement psychomoteur ou d'agitation. Il n'avait pas retrouvé de trouble du cours ou du contenu de la pensée. La collaboration était douteuse. Le moral était préservé, il n'y avait pas de repli social, ni de perte d'estime de soi, le sommeil était déclaré comme fluctuant. Il avait mis en évidence l'existence d'éléments en faveur d'angoisses itératives qui « passaient » seules, sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de crises d'anxiété généralisée, de la lignée obsessionnelle. L'examen n'avait pas retrouvé de signe floride de la lignée psychotique, ni de critères de trouble de la personnalité. Dans l'appréciation du cas, le psychiatre avait mis en évidence un tableau de dépression chronique dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. La symptomatologie algique pouvait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, mais il n'était pas incapacitant, dès lors que les critères de l'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste n'était pas retrouvée, l'affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable n'était pas envisageable, sans perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec au traitement ne pouvait être envisagé. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et la capacité de travail était totale, dans toute activité. L'examen neurologique était dans les limites de la norme. L'expert avait indiqué qu'il lui était difficile de trouver une explication aux plaintes de l'assurée et de justifier de telles limitations, à la fois dans les activités quotidiennes que professionnelles. Il n'avait pas de proposition thérapeutique particulière à formuler, tout au plus une discussion quant à un traitement par hypnose. Les experts étaient parvenus à la conclusion que l'incapacité de travail continue attestée par le médecin traitant à partir de février 2011 n'était objectivement pas justifiée par une aggravation. Les douleurs étaient devenues plus diffuses, mais elles n'avaient pas de substrat organique et il n'y avait pas de pathologie psychiatrique associée significative. Les autres diagnostics retenus sur le plan somatique, en particulier l'hypertension et le fibrome utérin probablement en partie restant, justifiaient une prise en charge mais n'étaient pas incapacitants. La capacité de travail était entière dans toute activité. La chambre de céans avait retenu que cette expertise était probante ; la recourante avait fait l'objet d'un examen clinique par trois médecins spécialistes en date des 14 mai, 15 mai et 16 mai 2013, l'expertise comportait une anamnèse familiale, psycho-sociale et professionnelle complète et détaillée, de même qu'une anamnèse des maladies et accidents, les plaintes avaient été prises en comptes, le status clinique avait été clairement exposé et les experts avaient procédé à une appréciation et discussion du cas en se fondant sur un dossier complet. Leurs conclusions étaient motivées, claires et convaincantes, exemptes de contradictions. Les constatations

neurologiques rejoignaient celles du Prof. D_____. L'expertise remplissait tous les réquisits permettant de lui attribuer une pleine valeur probante, de sorte que la chambre de céans n'avait eu aucun motif de s'écarter des conclusions des experts. L'assurée ne présentait dès lors pas d'atteinte à la santé invalidante et sa capacité de travail était totale dans toute activité, sans diminution de rendement.

B. a. Le 27 septembre 2017, l'assurée a fait une nouvelle demande de prestations en alléguant souffrir de ses cicatrices chéloïdes pré-sternales dont la douleur reléguait à l'arrière-plan ses autres atteintes. Dans sa demande, elle indiquait avoir des douleurs à la mobilisation des bras et du tronc en raison des cicatrices du thorax, une fatigue importante à cause de la thalassémie, des troubles du sommeil et une perte de moral à cause des maladies.

b. Par certificat médical du 13 septembre 2017, la doctoresse D_____ indiquait être le médecin traitant de l'assurée et rappelait que, selon elle, cette dernière était dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle depuis 2011. Elle présentait des douleurs chroniques au niveau pré-sternal très invalidantes, probablement d'origine neurogène, dans un contexte de cicatrices hypertrophiques, depuis de nombreuses années. Sa patiente avait été suivie en chirurgie plastique et reconstructive et avait bénéficié de plusieurs traitements (azote liquide, infiltration de stéroïdes, résection chirurgicale et radiothérapie externe). La patiente était au bénéficie d'un traitement de Tramadol, Pregabaline et Escitalopram, avec un soulagement très partiel des symptômes. Elle souffrait d'anémie avec carence récurrente en fer, anémie de Biermer et sur thalassémie qui engendraient une importante fatigue. Elle souffrait en sus d'un syndrome d'apnée du sommeil léger et d'un trouble dépressif récurrent. Dans un rapport complémentaire du 18 janvier 2018, ce médecin ajoutait que sa patiente souffrait de cervicarthrose avec discopathie en C2-C3, un pincement discal C5-C6, une discuncarthrose C7-D1 avec protrusion foraminale en conflit avec racine C8 G, engendrant d'importantes douleurs cervicales (relevés par la docteure F_____ dans un rapport d'IRM du 8 janvier 2018).

c. Le 18 septembre 2017, la doctoresse G_____ a rédigé une attestation médicale concernant l'assurée. Elle y indiquait être la médecin psychiatre de l'assurée depuis janvier 2014. Sa patiente était épuisée par des douleurs chroniques d'origine neurogène apparues sur d'importantes surfaces de ses cicatrices chéloïdes après des brûlures et d'autres interventions chirurgicales. La patiente présentait des manifestations dépressives récurrentes de gravité moyenne à sévère. Le constat que le médecin pouvait tirer pendant les mois d'évaluation de sa patiente était que les souffrances physiques permanentes avaient un impact très péjoratif sur son équilibre psychique. Pour dépasser ses difficultés et améliorer ses troubles de l'humeur, du sommeil et de l'anxiété, la patiente avait suivi un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, associé à un traitement médicamenteux psychotrope et participé au groupe TCC de la consultation de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). L'évolution était

fluctuante, les périodes dépressives se succédaient. Malgré un bon lien thérapeutique, des efforts soutenus et une participation très investie aux soins, la patiente restait très vulnérable. Durant les derniers mois, les symptômes et les manifestations dépressives et d'anxiété s'étaient aggravés. Le médecin soutenait sa patiente dans ses démarches de réactualisation de sa demande de rente d'invalidité.

d. Interrogé par l'OAI au sujet d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, le service médical régional (ci-après : le SMR), sous la plume du docteure H_____, a rappelé que les diagnostics posés par les doctoresses G_____ et D_____ étaient déjà connus en 2013. La Dresse D_____ mentionnait en outre un syndrome d'apnée du sommeil dont l'intensité légère n'était pas susceptible d'entraîner une incapacité de travail durable. Le SMR prenait note du rapport d'IRM du 8 janvier 2018 et sollicitait l'apport du rapport d'examen rhumatologique du docteur I_____ du 11 octobre 2011 pour se déterminer sur l'existence ou non d'une aggravation de l'état de santé. Dans ledit rapport, le Dr I_____ avait retenu comme diagnostic des douleurs neurogènes en regard et autour d'une cicatrice chéloïde dans la région thoracique antérieure. Dans un avis médical subséquent tenant compte du rapport du Dr I_____, le SMR, sous la plume du docteur J_____, relevait qu'en 2011 l'examen du rachis cervical était sans particularité. Il paraissait dès lors clair que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé avec l'apparition de cervico-brachialgies. Il était nécessaire de demander aux différents médecins de l'assurée des rapports médicaux initiaux ainsi que des comptes rendus d'examens et de consultations spécialisés. Interrogés par l'OAI, les médecins de l'assurée se sont encore prononcés sur son cas. La Dre K_____ a retenu une incapacité de travail de 100 % dès le 1er avril 2016 en raison de douleurs chroniques sur les cicatrices chéloïdes, d'un état dépressif récurrent, d'une fatigue chronique sur anémie, de douleurs et d'un état dépressif. La Dresse G_____ a retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique (F 33.11) et un syndrome douloureux chronique par suite des douleurs neurologiques. Sa patiente était en incapacité de travail complète. La Dresse D_____ retenait le diagnostic de douleurs chroniques sur cicatrices chéloïdes et un trouble dépressif récurrent, en insistant sur la fatigue et attestait d'une capacité nulle dans toute activité. Dans un avis médical non daté, le SMR relevait que le tableau clinique dressé par les médecins de l'assurée était similaire à celui qui prévalait en 2011. Compte tenu de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée et de la modification de la jurisprudence sur les troubles somatoformes, il se justifiait de faire une nouvelle expertise pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique et médecine interne).

e. Une expertise a dès lors été confiée au docteur L_____, spécialiste en médecine interne générale, au docteur M_____, spécialiste en neurologie, et au docteur N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 16 janvier 2020, ces médecins étaient parvenus à une évaluation consensuelle. L'expert neurologue n'avait retrouvé aucune anomalie à l'examen et avait conclu à

des douleurs mixtes nociceptives et neurogènes sur cicatrices chéloïdes, apparues probablement en 2003. Les douleurs nociceptives chroniques avec mécanisme de sensibilisation centrale entraînaient une amplification du message douloureux en cas de contrainte mécanique sur les cicatrices. La docteure O_____, spécialiste de la douleur qui suivait l'assurée, laquelle avait été contactée par l'expert en décembre 2019, parvenait au même diagnostic. Aux niveaux dermatologique et antalgique de multiples thérapies avaient été mises en place sans efficacité durable. La Dre O_____ proposait une prise en charge régulière et adéquate avec la mise en place future de traitement antalgique topique, un suivi psychiatrique régulier, un travail de décentration des douleurs, la reprise d'une activité physique quotidienne pour lutter contre le déconditionnement et pour éviter d'établir un lien entre les douleurs et la mobilisation. La patiente devait aussi reprendre des séances de physiothérapie, de chiropractie, voir une ergothérapie de désensibilisation. Depuis 2017, l'assurée se plaignait de cervicalgies et de brachio-cervicalgie gauche. L'assurée n'avait pas évoqué de paresthésie du membre supérieur gauche mais des douleurs à l'hémicorps gauche au départ thoracique sans anomalie à l'examen neurologique pratiqué. Les cervicalgies semblaient peu invalidantes alors que l'expertisée mobilisait la tête et les membres supérieurs sans difficulté majeure. Il n'y avait pas de gonalgie gauche exprimée, pas d'incontinence urinaire ou fécale malgré un cystocèle I à II et une invagination recto-anale réductible avec un rectocèle antérieur, asymptomatique. L'expert psychiatre retrouvait une fatigabilité légère, une baisse de l'élan vital, qui se traduisait par un pessimisme dans le discours. Il existait une hypoesthésie affective, avec une rationalisation retrouvée d'un rapport à l'autre, sans ralentissement psychique ni envahissement émotionnel. Il retenait le diagnostic de cyclothymie devant une instabilité persistante de l'humeur retrouvée dès l'enfance. Il retenait également le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant devant des manifestations douloureuses intenses, persistantes, s'accompagnant d'un sentiment de détresse non entièrement expliqué par un processus physiologique ou un trouble physique survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux. Il n'y avait pas de troubles de personnalité mais des traits de personnalité marqués par une hyperémotivité parfois une distanciation froide de certains événements à forte teneur émotionnelle, un manque d'estime de soi. L'expertisée n'acceptait pas sa condition de personne qui ne travaillait pas. En résumé, les diagnostiques d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail étaient les suivants : cyclothymie F 34.0 ; syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 ; douleurs mixtes nociceptives et neurogènes, R 52.10 sur cicatrices chéloïdes, L91.0 apparues probablement en 2003 ; exacerbées en 2009 ; cervicarthrose avec discopathie C2-C3, pincement discal C5-C6 et disc-uncarthrose C7-D1 avec protrusion foraminale en conflit avec la racine C8 gauche sans signes neurologiques ni plaintes spécifiques M 88.22 ; bêta-thalassémies mineure D 56.1 ; anémie chronique par carence en vitamines B 12 et en fer, D 51.9 et D 50.9 ; obésité avec BMI à 34.3, E 66.90 ; syndrome d'apnée du sommeil léger en 2018,

non traité mais nécessitant une orthèse d'avancée mandibulaire G 47.3 ; recto cystocèle et invagination recto-anal réductible sans incontinence anale ni urinaire d'effort actuellement N 81.9, status post cholécystectomie par coloscopie, le 4 novembre 2019, avec surveillance actuelle des cicatrices abdominales K 91.5. Les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique étaient l'absence de stimulations intellectuelles multiples et de prise de décision immédiate. Les limitations physiques étaient les efforts et les mouvements répétitifs qui sollicitaient la musculature thoracique ou qui mettaient en tension les cicatrices chéloïdes. Le prurit et les douleurs liées aux chéloïdes étaient plausibles, mais lors de l'entretien clinique, il avait été difficile d'établir un lien de causalité certain entre les cicatrices et la perte de fonctionnalités. Les douleurs n'apparaissaient pas évidentes, les cervicalgies probablement exagérées. Cependant une sensibilisation centrale des douleurs avec une accentuation de la sensation douloureuse lors de contraintes mécaniques pouvait expliquer les douleurs à l'effort. Pour l'expert psychiatre, il n'y avait pas d'incohérences. La différence entre les plaintes thymiques et le ressenti de l'examinateur s'expliquait par la cyclothymie. La capacité de travail dans l'activité professionnelle antérieure avait été nulle jusqu'au 20 avril 2011 et était de 100 % depuis lors en raison des fluctuations de l'humeur et des douleurs chroniques. Il en allait de même dans une activité adaptée. Pour l'expert neurologue, il n'y avait pas de réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée, limitant l'effort physique, par exemple comme animatrice en crèche, l'examen neurologique était strictement dans la norme. Les douleurs semblaient mixtes, à la fois nociceptives et neurogènes avec un caractère mécanique puisqu'au repos l'expertisée ne présentait aucune douleur. L'expert en médecine interne évaluait la capacité de travail à 100 % depuis toujours dans l'activité de nettoyage comme dans une activité adaptée en excluant la cholécystectomie par coloscopie du 4 novembre 2019, pendant un mois. Les cervicalgies n'étaient pas incapacitantes ni douloureuses durant l'examen. Après concertation des experts, il était conclu que les douleurs psychogènes d'un côté et les douleurs neurogènes et nociceptives de l'autre se confondaient sans se cumuler quant aux conséquences sur la capacité de travail. La capacité concernant le temps de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % évalué par l'expert psychiatre. La capacité de travail globale était donc de 70 %. Étaient admises des limitations fonctionnelles quant aux efforts et aux mouvements répétitifs qui sollicitaient la musculature thoracique ou qui mettaient en tension les cicatrices chéloïdes.

f. Par projet de décision du 27 janvier 2020, lequel a été confirmé par décision du 23 mars 2020, l'OAI a refusé d'allouer des prestations à l'assurée en se fondant sur les conclusions des experts.

C. a. Le 22 avril 2020, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision de refus du 23 mars 2020, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente ordinaire ou partielle dès le 27 septembre 2017. Elle a complété son recours, le 29 juin 2020, et a sollicité l'audition des

docteurs M_____, O_____ et D_____, ainsi qu'une mesure de reclassement professionnel, en persistant pour le surplus dans ses précédentes conclusions.

b. L'OAI a conclu dans sa réponse du 14 juillet 2020 au rejet du recours et s'est référé à l'expertise pluridisciplinaire au dossier. Le tableau clinique était similaire à celui de 2011 et des mesures de réadaptation professionnelle ou une rente ne se justifiaient pas dans la mesure où les circonstances n'avaient pas fondamentalement changé depuis le refus initial, confirmé par l'ATAS/916/2014.

c. Le 19 août 2020, la recourante a répliqué en exposant que les limitations fonctionnelles actuelles n'existaient pas en 2013-2014, sur le plan psychiatrique. Il existait une aggravation depuis l'expertise de 2013.

d. Le 8 septembre 2020, l'intimé a dupliqué. La situation n'avait pas connu d'évolution notable depuis la dernière décision.

e. Par pli du 15 septembre 2020, la recourante a indiqué ne pas avoir d'observations supplémentaires à formuler.

f. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité depuis le 27 septembre 2017. Ce droit avait été nié dans une décision précédente de l'OAI, confirmée par la chambre de céans dans un arrêt du 20 août 2014 (ATAS/916/2014), définitif et exécutoire depuis lors.

6. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré

sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

7. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

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

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

8. Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, l'autorité ne peut examiner une nouvelle demande, c'est-à-dire entrer en matière à son sujet, que si cette demande rend plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201] ; jusqu'au 31 décembre 2011, anc. art. 87 al. 3 et 4 RAI). On applique dans ce cas la même règle que pour les demandes de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.3).

   Cela vaut également par analogie lorsqu'un assuré réitère sa demande concernant une mesure de réadaptation après que le refus a passé en force de chose jugée (ATF 113 V 22 consid. 3b ; RCC 1991 p. 269 consid. 1a). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 c. 5.3.1). L'exigence de plausibilité d'une modification des circonstances ne doit pas nécessairement toucher chaque élément à la base de la décision de rejet entrée en force. Il suffit au contraire de fournir certains indices concrets de l'existence de l'état de fait que l'on allègue. L'administration est alors obligée d'entrer en matière sur la nouvelle demande et l'examiner de manière complète, tant sous l'angle des faits que du droit (ATF 117 V 198 c. 4b).

   À réception d'une nouvelle demande, l'administration se doit d'examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles ; si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière. Ce faisant, elle

tiendra compte notamment du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente, et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. À cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la question de l'entrée en matière que si celle-ci est litigieuse (ATF 109 V 108 consid. 2b).

La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) - d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA - en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3 ; 130 V 71 c. 3.2.3 ; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat - sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale - lors d'une nouvelle annonce à l'assurance-invalidité (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

9. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modifications aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

   Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans

condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

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

    Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3).

11. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

    Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité

de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88*a* al. 1 RAI). En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

12. En l'espèce, le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité a été nié par arrêt du 20 août 2014 (confirmant une décision de l'OAI du 18 octobre 2013) au motif que les diverses atteintes somatiques et psychiques de la recourante n'étaient pas invalidantes.

    La décision attaquée (objet du présent recours) nie le droit de la recourante à toutes prestations. La période couverte par cette décision, s'agissant d'un éventuel droit à une rente, court dès le mois de septembre 2017 (deuxième demande) et jusqu'au 23 mars 2020, date du prononcé de la décision attaquée. L'OAI étant entré en matière sur cette deuxième demande, il s'agit d'examiner si l'instruction matérielle du dossier permet de confirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante (niveau de preuve exigé de façon générale en droit des assurances sociales : ATF 138 V 218 consid. 6), la modification notable de la situation, depuis le 20 août 2014 (date du précédent refus de prestations), dont l'OAI a admis le caractère plausible en entrant en matière. Si tel est le cas, il faut déterminer si la recourante a présenté un degré d'invalidité suffisant pendant la période en cause pour ouvrir un droit à des prestations (ATF 117 V 198 consid. 3a ; SVR 2008 IV n° 35 c. 2.1).

13. Dans le cadre de la précédente procédure, les diagnostics et les répercussions de ceux-ci sur la capacité de travail de la recourante avaient été évalués par des experts mis en œuvre par l'OAI (rapport du 4 juin 2013). Leurs conclusions, jugées probantes par la chambre de céans, avaient justifié que l'OAI refuse d'allouer une rente et des mesures de réadaptation professionnelle à la recourante, faute d'invalidité établie. La chambre de céans a confirmé ce refus dans la mesure où la recourante ne présentait pas, malgré ses atteintes, d'incapacité de travail et partant pas d'invalidité, les experts n'ayant retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de l'expertisée.

    13.1. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient, sur le plan psychiatrique, une dysthymie, et sur le plan somatique, un état douloureux chronique diffus, une hypertension artérielle, un trait thalassémique, un status post entorse du ligament latéral interne du genou gauche et post myomectomie utérine partielle.

    Dans l'appréciation du cas, l'expert psychiatre avait mis en évidence un tableau de dépression chronique dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. La symptomatologie algique pouvait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, mais il n'était pas incapacitant,

dès lors que les critères de l'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste n'avait pas été retrouvée, l'affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable n'était pas envisageable, sans perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec au traitement ne pouvait être envisagé. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et la capacité de travail était totale, dans toute activité.

L'examen neurologique était dans les limites de la norme. L'expert ne trouvait pas d'explications aux plaintes de l'assurée qui auraient justifié des limitations dans les activités quotidiennes et professionnelles de l'assurée.

Les experts étaient ainsi parvenus à la conclusion que l'incapacité de travail continue attestée par le médecin traitant à partir de févier 2011 n'était objectivement pas justifiée par une aggravation. Les douleurs étaient devenues plus diffuses, mais elles n'avaient pas de substrat organique et il n'y avait pas de pathologie psychiatrique associée significative. Les autres diagnostics retenus sur le plan somatique, en particulier l'hypertension et le fibrome utérin justifiaient une prise en charge médicale mais n'étaient pas incapacitants.

13.2. À la suite de la nouvelle demande de prestations de la recourante, l'intimé a décidé d'entrer en matière et a mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

L'expert psychiatre qui avait pour tâche de se prononcer sur les atteintes psychiques et leur éventuelle aggravation par rapport à la situation ayant existé lors de la précédente procédure a considéré que sur le plan psychiatrique, l'assurée souffrait de cyclothymie devant une instabilité persistante de l'humeur, dès l'enfance ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant devant des manifestations douloureuses intenses, persistantes, s'accompagnant d'un sentiment de détresse non entièrement expliqué par un processus physiologique ou un trouble physique survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux. Il retrouvait une fatigabilité légère, une baisse de l'élan vital, se traduisant par un pessimisme dans le discours, une hypoesthésie affective, avec une rationalisation retrouvée d'un rapport à l'autre, sans ralentissement psychique ni envahissement émotionnel mais pas de troubles de personnalité.

Selon ce psychiatre, il y avait des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique sous forme d'absence de stimulations intellectuelles multiples et de prise de décision immédiate. La différence entre les plaintes thymiques et le ressenti de l'examinateur s'expliquait par la cyclothymie. La capacité de travail dans l'activité professionnelle antérieure avait été nulle jusqu'au 20 avril 2011 et était de 70 % depuis lors en raison des fluctuations de l'humeur et des douleurs chroniques. Il en allait de même dans une activité adaptée.

Selon cette expertise psychiatrique, la situation de la recourante n'a pas connu une notable aggravation. La simple appréciation différente par cet expert psychiatre d'un état de fait qui existait déjà en 2011 ne saurait être un motif de révision.

Sur le plan somatique, l'expert neurologue n'a pas retenu de réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'examen neurologique étant strictement dans la norme.

L'expert en médecine interne a évalué la capacité de travail à 100 % depuis toujours dans l'activité de nettoyage comme dans une activité adaptée, en excluant la période où la recourante avait souffert de cholécystectomie traitée par coloscopie le 4 novembre 2019 et ce, pendant un mois. Les cervicalgies n'étaient pas incapacitantes ni douloureuses durant l'examen.

Après concertation, les experts ont conclu que les douleurs psychogènes d'un côté et les douleurs neurogènes et nociceptives de l'autre se confondaient sans se cumuler quant aux conséquences sur la capacité de travail. La capacité concernant le temps de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % évalué par l'expert psychiatre depuis 2011. La capacité de travail globale était donc de 70 %.

14. En s'appuyant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire qui a été motivé à satisfaction de droit par les trois experts et en particulier par l'expert psychiatre qui fait le travail de comparaison exigible entre l'état de l'assurée lors de la précédente demande et son état actuel pour vérifier s'il avait connu une notable péjoration, l'intimé a rejeté, à raison, la demande de l'assurée.

La chambre de céans ne voit pas de raisons de s'écarter de l'appréciation effectuée par l'intimé et les experts mandatés par lui, ces derniers ayant rempli la mission qui leur avait été confiée en exposant de manière convaincante leurs diagnostics et les répercussions de ceux-ci sur la capacité de travail de la recourante et ont motivé leur constat et avis définitif sur l'absence de péjoration notable de la situation de la recourante depuis la dernière décision de refus. Sur le plan psychique notamment, l'avis médical de la psychiatre traitante se réfère à des atteintes qui existaient déjà lors de l'expertise réalisée en 2013 et qui ne réduisaient pas la capacité de travail précédemment retenue. Cet avis ne saurait prévaloir sur l'avis de l'expert qui a expliqué pourquoi il ne pouvait pas retenir de trouble dépressif ni de dysthymie.

La baisse de rendement retenue par l'expert psychiatre est en lien avec les diagnostics posés de cyclothymie et de syndrome douloureux somatoforme. Le fait que l'expert psychiatre ait retenu une pleine capacité de travail avec baisse de rendement de 30 % est d'ailleurs cohérent avec son avis selon lequel la baisse de rendement existait depuis 2011 en lien avec les douleurs ressenties par la recourante et son humeur fluctuante. L'expert rappelle à cet égard les plaintes de la recourante qui affirme souffrir depuis de nombreuses années de douleurs en lien avec ses cicatrices chéloïdes. L'expert pose certes un autre diagnostic que le précédent expert qui avait exclu le syndrome douloureux somatoforme mais, ce faisant, il ne fait qu'apprécier selon sa propre expertise une même situation de fait. Il ne s'agit pas du diagnostic d'une atteinte supplémentaire à la santé de la recourante mais bien de l'atteinte dont cette dernière souffrait déjà lors de la précédente procédure.

Le fait que l'expert neurologue propose de suivre les propositions de la médecin traitante, la Dre O_____, n'invalide pas son propre diagnostic et son avis au sujet de la pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, dans la mesure où ces propositions de traitement tendent à parvenir à une amélioration de l'antalgie chez l'expertisée.

Au regard de l'expertise réalisée dans le cadre de la nouvelle demande de la recourante, il n'est pas établi une péjoration de l'état de santé de cette dernière, depuis la décision de refus de prestations du 18 octobre 2013, entrée en force.

Une détérioration n'étant pas avérée avec une vraisemblance prépondérante, force en est d'en rester au constat d'une absence d'invalidité et d'un refus de toute prestation de l'assurance-invalidité.

En l'absence de péjoration notable de l'état de santé de la recourante, l'intimé ne pouvait pas entrer en matière sur une rente ou sur une mesure de réadaptation professionnelle. Aucun indice objectif ne permettant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise, les auditions sollicitées s'avèrent superflues, au vu de l'appréciation anticipée des preuves faite par la chambre de céans.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

16. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 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 :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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