



### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (anciennement Amina RAGE ; ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1961, d'origine somalienne, sans formation professionnelle, mère de quatre enfants nés en 1985, 1986, 1989 et 1991, est arrivée en Suisse en 1991 avec ses trois enfants cadets. L'assurée, qui n'a jamais travaillé en Suisse est au bénéfice d'un permis humanitaire B depuis le mois d'octobre 2009.
2. Le 20 octobre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
3. Par rapport du 13 novembre 2009, la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué une gonarthrose bilatérale, un status post-ostéotomie du genou gauche en 1995 et du genou droit en 2004, un status post-cure de rectocèle en 2002, un status post-thyroïdectomie totale pour goitre en 2002 et une hypothyroïdie substituée. L'assurée, qu'elle suivait depuis mai 2003, présentait une boiterie à la marche et son incapacité de travail était totale depuis le 8 novembre 2007. Elle pouvait uniquement effectuer des activités en position assise, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête et porter des poids de 7 kg au maximum. En outre, ses capacités de concentration et de compréhension étaient limitées, l'assurée présentant un affaiblissement intellectuel.
4. Dans un rapport du 26 avril 2011, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin praticien, a diagnostiqué une gonarthrose bilatérale et fait état de douleurs chroniques mécaniques des deux genoux. Le pronostic était mauvais et l'incapacité de travail totale. L'assurée pouvait uniquement effectuer des activités en position assise, se pencher et travailler avec les bras au-dessus de la tête.
5. Par rapport du 6 juin 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté que l'assurée était en cours d'évaluation pour la mise en place d'une prothèse totale du genou sur une gonarthrose tricompartmentale très invalidante. Il y avait donc une aggravation de la symptomatologie avec une augmentation des douleurs et une diminution du périmètre de marche. Il n'y avait pas d'amélioration de la capacité de travail.
6. À la demande de l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué le 20 septembre 2011 que les limitations fonctionnelles liées au problème orthopédique concernaient principalement les déplacements avec un périmètre de marche limité à quelques dizaines de mètres en raison des douleurs au niveau du genou gauche, les déplacements sur sol irrégulier, en hauteur ou en position accroupie. Dans une activité de type sédentaire, la capacité de travail était de l'ordre de 50%.
7. Par rapport du 10 octobre 2011, le service médical régional AI (ci-après : le SMR) a relevé que l'assurée souffrait d'une gonarthrose bilatérale incapacitante, d'une hypothyroïdie substituée et d'un status post-rectocèle, tous deux non incapacitants. L'évolution de la gonarthrose était défavorable depuis fin 2007 et l'assurée présentait une capacité de travail dans une activité adaptée de type sédentaire à 50%.

8. Le 29 novembre 2011, une enquête ménagère a été effectuée au domicile de l'assurée par Madame E\_\_\_\_\_. Le statut d'active à 80% était le plus plausible pour cette assurée de 50 ans, aidée par l'Hospice général et vivant sous le même toit que sa fille âgée de 20 ans, laquelle avait un enfant à sa seule charge. L'assurée souffrait de gonarthrose bilatérale, avait mal le jour comme la nuit au repos, et était donc constamment fatiguée. Elle ne pouvait ni se baisser, ni pivoter, ni porter des charges. L'enquêtrice a conclu que les empêchements à accomplir les tâches ménagères étaient importants, soit 40%, en tenant compte d'une exigibilité de 30% pour la fille de l'assurée.
9. Par décision du 6 mars 2012, confirmant un projet de décision du 31 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que le taux d'invalidité global de 38% était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.
10. Le 20 mars 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a joint un rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2012 indiquant qu'elle présentait également des lombalgies dans un contexte d'arthrose de la colonne vertébrale.
11. Par rapport du 2 avril 2012, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a constaté, sur la base d'une IRM lombaire de l'assurée effectuée le jour même, une dégénérescence discale étagée de D10-D11 jusqu'à L5-S1, une discopathie modérée de L4-L5, une spondylolisthésis de L4 et L5 sur une arthrose interapophysaire postérieure avec un épaississement des ligaments jaunes appuyant sur la partie latérale du fourreau dural surtout en L4-L5 et expliquant l'amputation partielle du flux en séquence myélographique. Il a également relevé un rétrécissement des foramens en L4-L5 et L5-S1 à prédominance droite, un œdème intra-spongieux sous le plateau supérieur et antérieur de D12, ainsi que des infiltrations lipidiques bordant les plateaux vertébraux de L2 jusqu'à L5, à la hauteur du sacrum et des iliaques.
12. Par arrêt du 8 mai 2012, la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI et renvoyé la cause pour instruction complémentaire, dès lors qu'il apparaissait que l'assurée souffrait également de problèmes lombaires qui n'avaient pas été instruits (ATAS/627/2012).
13. Dans un rapport du 6 juillet 2012, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis six ans, que sa patiente présentait une boiterie à la marche et que sa capacité de travail était nulle.
14. Par avis du 2 août 2012, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a préconisé un examen rhumatologique au SMR.
15. Par rapport du 21 janvier 2013, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a diagnostiqué, sur la base notamment d'un examen effectué le 3 décembre 2012, avec répercussion sur la capacité de travail, une gonarthrose tricompartmentale bilatérale à prédominance gauche et à prédominance fémoro-patellaire interne avec une ostéochondromatose, un status après ostéotomie de valgisation des deux genoux, un status après l'ablation du

matériel d'ostéosynthèse du genou gauche, des lombalgies et accessoirement cervico-scapulalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec spondylolisthésis de L4/L5 de degré I sur une arthrose interapophysaire postérieure et une épicondylite gauche. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une fibromyalgie, de l'obésité, une hypothyroïdie substituée dans le cadre d'un status après une strumectomie, un status après une cure de retocèle et après une kystectomie ovarienne bilatérale, une discrète arthrose nodulaire des doigts et une hypercholestérolémie anamnétique.

L'examineur a relaté que l'assurée avait développé des gonalgies gauches depuis 1994 et droites depuis 2003. Actuellement, elle avait mal aux deux genoux. Depuis quatre ans, elle présentait des douleurs lombaires et depuis une année des douleurs à la région cervicale. Elle se plaignait également de douleurs à l'épaule droite et à la face externe de la cheville gauche. Au status, au plan rachidien, l'examineur a noté de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire était diminuée, mais il a relevé des signes de non organicité selon Waddel sous la forme d'une certaine démonstrativité, l'assurée poussant des gémissements à l'examen du rachis, des genoux et des hanches. Il a noté une importante discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen. La mobilité cervicale était satisfaisante, mis à part l'extension cervicale qui était discrètement limitée. Seule la mobilité des deux genoux était limitée en flexion et il existait un flexum de 5° du genou droit. Il a relevé par ailleurs un syndrome rotulien bilatéral, une déformation des deux genoux et un épanchement du genou gauche. Il y avait des manœuvres d'épicondylite positives au coude gauche et une discrète arthrose nodulaire des doigts. Enfin, il a relaté des douleurs à la palpation de dix-sept points typiques de la fibromyalgie sur dix-huit, ce qui était suffisant pour poser ce diagnostic.

Les radiographies mettaient en évidence une gonarthrose tricompartmentale très importante en fémoro-tibial interne et prédominant à gauche. Il existait également des troubles dégénératifs du rachis lombaire avec spondylolisthésis de L4/L5 de degré I. Les radiographies de l'épaule gauche étaient normales, si ce n'était une discrète sclérose du trochiter et un discret ostéophyte de la face inférieure de l'acromion. Les radiographies de la cheville gauche ne mettaient en évidence qu'une épine calcanéenne. Enfin, il n'y avait pas de discopathie à la colonne cervicale.

Les limitations fonctionnelles étaient, s'agissant du rachis, la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. S'agissant des membres inférieurs, pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeaux ou d'échelles, pas de travail en hauteur, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus de dix minutes. S'agissant du membre supérieur gauche, pas de mouvements répétés du coude gauche, ni lever des charges de plus de 5 kg, étant précisé que l'assurée était droitère.

Selon l'examineur, l'incapacité de travail avait débuté fin 2007. Depuis lors, dans une activité respectant strictement ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50% depuis fin 2007, au vu des nombreuses limitations qui se surajoutaient. Il n'y avait pas de raison biomécanique pour une incapacité de travail totale dans une activité adaptée. Son évaluation s'éloignait donc de celle de la Dresse B\_\_\_\_\_ qui attestait une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, sans cependant en donner les raisons.

Enfin, la fibromyalgie ne pouvait conduire d'un point de vue purement rhumatologique à la définition d'une incapacité de travail. Cependant, elle pouvait conduire à une incapacité de travail, si elle s'accompagnait d'une pathologie psychiatrique incapacitante ou de critères de sévérité selon la jurisprudence.

16. À la demande de l'OAI, la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a effectué un examen de l'assurée le 10 juin 2013 avec la collaboration d'une interprète de langue somali. Dans son rapport du 3 juillet 2013, l'experte n'a diagnostiqué aucun trouble ayant une répercussion sur la capacité de travail, mais a retenu que l'assurée présentait des difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) et des notions rhumatologiques de fibromyalgie, sans comorbidité psychiatrique.

Dans son appréciation du cas, l'experte a relevé que l'assurée, non scolarisée et sans formation professionnelle, avait tenu un kiosque à Mogadiscio suite à son mariage en 1980. Elle n'avait jamais travaillé en Suisse. Sur le plan psychiatrique, elle avait une anamnèse familiale vierge. Du point de vue personnel, hormis la confrontation au début de la guerre en Somalie durant laquelle l'assurée avait été témoin du décès par armes à feu de son frère et qu'elle avait appris le décès de sa sœur par ces mêmes moyens dans le voisinage, l'assurée avait pu quitter son pays avec ses trois enfants cadets. Il n'y avait pas de notion de traumatisme lié à une atteinte personnelle. Le parcours existentiel en Suisse était caractérisé par d'importantes difficultés d'adaptation, puisque la maîtrise de la langue française était encore difficile après vingt-deux ans de résidence et malgré des cours de français organisés depuis l'année de l'immigration. Une prise en charge psychiatrique avait débuté en hiver 2013, sans prescription de traitement psychotrope. À l'examen, il s'agissait d'une femme orientée et collaborante, ayant de bonnes capacités intellectuelles. Sur le plan strictement psychiatrique, aucune atteinte à la santé n'avait été décelée. Il n'y avait aucun signe de dépression, ni de séquelle traumatique face au vécu de guerre. Les éléments anxieux ciblaient les réalités psycho-sociales. Les souffrances annoncées étaient à mettre en corrélation avec des difficultés d'adaptation à l'existence en Suisse et au déconditionnement psychique, secondaire à la pauvreté des activités du quotidien.

Face à la notion de fibromyalgie, l'experte a relevé qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique pouvant grever l'exigibilité professionnelle. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Le processus défectueux de résolution de conflit pouvait être mis en corrélation avec des éléments non médicaux, l'expertisée n'étant

---

pas scolarisée et ne maîtrisant le français que d'une manière limitée. Les traitements mis en place étaient conformes aux règles de l'art, sans notion d'échec. Enfin, l'assurée n'avait pas montré de signe de non-coopération.

L'assurée ne présentait aucune limitation psychiatrique et elle avait toujours eu une exigibilité complète dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Malgré les douleurs annoncées, l'état de santé de l'intéressée lui permettait de participer aux travaux ménagers et de travailler.

17. Par avis du 19 juillet 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions de l'examen rhumatologique et de l'expertise psychiatrique. Il a retenu que l'assurée présentait une gonarthrose bilatérale à prédominance gauche, un status après ostéotomie de valgisation des deux genoux, des lombalgies et cervico-scapulalgies droites et une épicondylite gauche entraînant des limitations fonctionnelles et une capacité de travail de 50% depuis fin 2007 dans une activité adaptée. Par ailleurs, elle ne présentait aucune atteinte psychiatrique. Les difficultés liées à l'acculturation et la suspicion rhumatologique de fibromyalgie n'ayant pas de conséquences sur sa capacité de travail. À l'évidence, les expertises rhumatologique et psychiatrique confirmaient la prise de position du rapport SMR d'octobre 2011. Il fallait donc considérer que la capacité était bien de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
18. Selon une note de travail établie le 21 octobre 2013, Mme E\_\_\_\_\_ a rencontré l'assurée à son domicile, en présence de sa fille cadette et de son petit-fils de 2 ans. La situation demeurait superposable à celle évaluée lors de la première enquête ménagère, le statut était de 80% dans la part professionnelle et les empêchements dans la sphère ménagère s'élevaient à 40%. Une exigibilité d'environ 30% était à nouveau prise en compte pour la fille partageant le logement de l'assurée.
19. Par décision du 10 janvier 2014, confirmant son projet du 4 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Suite aux conclusions de l'examen rhumatologique et de l'expertise psychiatrique, le SMR avait considéré que la capacité de travail de l'assurée était de 50% dans une activité adaptée depuis l'année 2007. Par ailleurs, un statut mixte avait été retenu étant donné que l'assurée aurait, sans atteinte à la santé, exercé une activité lucrative à 80%. Dans la sphère ménagère, les empêchements avaient été évalués à 40% selon l'enquête effectuée en décembre 2011, soit un degré d'invalidité de 8% pour la part ménagère de 20%. Pour la part correspondant à l'activité lucrative (80%), l'empêchement était de 38%, soit un degré d'invalidité de 30%. Étant donné que le degré d'invalidité global était de 38% (8% + 30%), soit inférieur à 40%, l'assurée n'avait pas droit à une rente.
20. L'assurée a recouru contre cette décision et produit un rapport établi le 6 janvier 2014 par son psychiatre traitant, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychothérapie et psychiatrie, lequel a expliqué être en désaccord avec les observations, les diagnostics et les conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_.

Le psychiatre traitant a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'autres troubles psychotiques non organiques (F28).

Il a indiqué avoir rencontré l'assurée en avril 2013 et la confiance qu'il avait gagnée petit à petit lui avait permis de connaître des aspects cliniques qu'un expertisé ne saurait toujours révéler immédiatement à un expert au cours d'une ou deux consultations. Le drame, qui allait entraîner l'exil et le trouble dont sa patiente souffrait, avait été causé par l'irruption de la guerre civile en Somalie en 1991, notamment par le meurtre de son jeune frère devant ses yeux et celui de sa sœur dans la maison voisine. La version banalisante, relatée dans le rapport d'expertise, de ce que l'assurée avait vécu sur le plan psychique était fautive sur le fond et dans les détails. Selon lui, l'assurée présentait une psychopathologie grave qui était la conséquence des graves traumatismes subis pendant la guerre dans son pays, qui avaient entraîné une modification de sa personnalité. Elle avait été une femme joyeuse et vive, et était aujourd'hui souffrante, angoissée et sujette à une pathologie hallucinatoire de reviviscences nocturnes et de cauchemars évoquant l'assassinat de son frère et la guerre en général. Après le stress de l'exil, ces troubles avaient pris une telle ampleur dans les années 2002-2003, alors qu'elle était en sécurité en Suisse, mais aussi sans espoir de retour étant donné la violence qui continuait dans son pays. Elle avait eu peu de contacts avec son mari, maintenant décédé. L'aîné des enfants vivant en Suisse avait quasiment rompu la relation. Quant aux membres de sa famille restés en Somalie ou exilés aux USA ou en Ethiopie, les relations étaient aussi très rares. Sur le plan psychiatrique, la psychopathologie entraînait à elle seule et en comorbidité avec les affections organiques, une capacité de travail nulle. Un traitement psychiatrique bien conduit pourrait améliorer la symptomatologie positive, mais certainement pas sa personnalité et de ce fait probablement pas la capacité de travail.

Quant au traitement, les conclusions diagnostiques n'avaient été tirées que très progressivement de ses entretiens avec l'assurée. Au cours de l'automne 2013, devant la pathologie insomniaque qu'il n'avait pas encore identifiée à sa juste valeur, il avait proposé un antidépresseur qui n'avait eu aucun effet. Il lui avait désormais prescrit un neuroleptique atypique et un somnifère, mais n'avait pas le recul nécessaire pour apprécier l'efficacité du nouveau traitement.

21. À la demande de la chambre de céans, la Dresse I\_\_\_\_\_ s'est déterminée le 11 août 2014 sur les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_.

S'agissant du diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, il n'était pas contesté que la personnalité de l'expertisée ait pu être modifiée suite à son vécu dans un pays en guerre. Toute personne ayant été confrontée à la guerre, en avait ressenti un vécu subjectif qui, la plupart du temps, traumatisait et pouvait modifier la personnalité d'un individu. Cela ne signifiait pas que cet individu soit d'emblée et définitivement incapable de

travailler. Le certificat du Dr J\_\_\_\_\_ ne donnait aucune limitation fonctionnelle, ni aucune explication à caractère strictement médical qui pourrait appuyer les modalités de l'incapacité de travail attestée.

Quant au diagnostic d'autres troubles psychotiques non organiques, ceux-ci n'étaient pas clairement expliqués. S'agissant des symptômes nocturnes qui rendraient l'expertisée somnolente la journée, la Dresse I\_\_\_\_\_ a relevé qu'il était rare qu'une personne oisive la journée dorme bien. On devait aussi implicitement conclure, en l'absence de traitement de psychotrope, que les symptômes nocturnes n'étaient pas d'une telle intensité ou fréquence.

22. Le 24 septembre 2014, le Dr J\_\_\_\_\_ a notamment confirmé que la psychopathologie qu'il avait observée, décrite et nommée selon les critères de la classification

CIM-10, entraînait une incapacité de travail totale en elle-même et en tant que comorbidité première, jointe aux troubles et douleurs somatiques et à la difficulté d'acculturation.

23. Mandaté par la chambre de céans, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 24 juillet 2015. Il a retenu les diagnostics de dysthymie et de trouble anxieux, étant précisé que la dysthymie était un trouble dépressif léger, alors que le trouble anxieux pouvait être considéré comme de gravité moyenne. Ces troubles étaient présents « en arrière fond » depuis de nombreuses années.

L'expert a considéré que la différence notable entre le tableau clinique qu'il avait observé et celui relaté par la Dresse I\_\_\_\_\_, laquelle avait conclu à l'absence de toute pathologie psychiatrique en juillet 2013, provenait des contextes différents dans lesquels leurs examens avaient eu lieu. Lors de l'examen de la Dresse I\_\_\_\_\_, l'intéressée sollicitait des prestations pour un motif physique uniquement, alors que l'examen psychiatrique avait été demandé pour des raisons juridiques à cause du diagnostic de fibromyalgie retenu en sus des atteintes objectives. Il était concevable que dans l'esprit de l'assurée, si cet examen mettait en évidence des problèmes psychiques, ses symptômes physiques pouvaient perdre en crédibilité. Dans cette hypothèse, il était logique qu'elle ait minimisé ses symptômes psychiques et en particulier évité d'aborder le vécu post traumatique douloureux comme elle le faisait depuis des années. Lors de son examen, il en allait tout autrement. La demande de prestations pour motif physique avait été rejetée, la nouvelle expertise psychiatrique lui donnait l'occasion de mettre en avant des symptômes psychiques existant de longue date, mais sur la nature desquels elle était auparavant restée discrète, même avec son médecin généraliste à qui elle demandait des « calmants ». Ce n'était qu'avec la mise en place d'entretiens psychothérapeutiques avec le Dr J\_\_\_\_\_ qu'elle avait réellement commencé à s'ouvrir sur son vécu traumatique.

L'expert a indiqué qu'il ne pouvait pas retenir le diagnostic d'état de stress post traumatique à l'heure actuelle, précisant qu'il était plausible que l'assurée ait pu présenter un tel syndrome après le traumatisme. Il a relevé à cet égard que l'assurée avait décrit spontanément et à deux reprises la scène de l'exécution de son frère, ce qui était tout à fait inhabituel en cas d'état de stress post traumatique puisque l'évitement comportemental et cognitif était un symptôme cardinal de cet état. De plus, l'état d'hypervigilance et de « qui-vive » étaient peut-être manifestes la nuit, mais il n'y avait pas d'évidence qu'ils l'étaient pendant la journée. Il était difficile d'affirmer la présence d'un émoussement affectif et de la distanciation.

L'expert a expliqué ne pas retenir non plus le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, lequel était difficile à poser au vu de problèmes de validité et de spécificité, et ne faisait pas l'unanimité dans la communauté psychiatrique internationale. Dans le cas de l'assurée, il existait un facteur de stress très sévère, mais ponctuel, le meurtre de son frère sous ses yeux. Le contexte général (guerre civile, puis fuite jusqu'en Suisse) était un facteur de stress relativement sévère, mais probablement pas du même niveau de sévérité que celui exigé par la CIM-10. Enfin, il n'avait pas perçu chez l'assurée la présence du principal symptôme du trouble, à savoir une attitude d'hostilité, de méfiance et de retrait vis-à-vis du monde extérieur, hormis pendant les épisodes nocturnes de frayeur post-cauchemars où elle avait peur d'être agressée à nouveau.

S'agissant du diagnostic d'autre trouble psychotique non organique, l'expert disait n'être pas convaincu par le caractère réellement psychotique des phénomènes sensoriels que l'expertisée lui avait également décrits. Ceux-ci se produisaient en effet apparemment uniquement la nuit, soit dans des moments de diminution de la vigilance, et la description qu'en faisait l'assurée n'avait pas la précision de celles décrites par des patients schizophrènes.

Selon l'expert, la dysthymie et le trouble anxieux étaient présents depuis une quinzaine d'années selon l'anamnèse, ce qui lui paraissait plausible au vu des données du médecin traitant qui la connaissait depuis 2003. Ces troubles n'étaient cependant documentés que depuis avril 2013, soit au début du traitement chez le Dr J\_\_\_\_\_. On ne pouvait donc les faire remonter avec certitude que depuis cette date. Ils s'étaient installés dans la chronicité et leur impact était aggravé par la présence d'atteintes physiques entraînant des troubles moteurs et des douleurs.

Le traitement en cours comprenait la prise de médicaments psychotropes, soit du Risperdone 0.5 mg et du Zolpidem 10 mg le soir, ainsi que des entretiens avec le Dr J\_\_\_\_\_ tous les deux mois.

L'expert a considéré que les limitations fonctionnelles des deux troubles psychiques se renforçaient réciproquement et, en se cumulant, justifiaient globalement une diminution modérée de la capacité de travail de l'ordre de 30%. Si l'on tenait compte d'une diminution de 50% de la capacité de travail pour motif somatique, il évaluait à 10% le taux de majoration qu'il fallait imputer à la présence

concomitante des troubles psychiques. De ce fait, il estimait à 60% le taux global d'incapacité de travail, tenant compte des aspects physiques et psychiques. La majoration était moindre pour les activités ménagères, de l'ordre de 5%, étant donné que celles-ci pouvaient être plus facilement modulées et n'étaient pas effectuées en situation de stress professionnel et relationnel. Ainsi, l'assurée pouvait exercer toute activité adaptée à son état physique et à ses compétences à un taux de 40% depuis avril 2013. La limitation de la capacité de travail ne prenait pas en considération les facteurs psychosociaux et socio-culturels, mais ceux-ci pouvaient évidemment occasionner des handicaps supplémentaires de nature non médicale. La situation était à peu près stationnaire depuis au moins avril 2013 et était manifestement entrée dans la chronicité depuis de nombreuses années. L'intervention thérapeutique du Dr J\_\_\_\_\_ avait légèrement amélioré l'état psychique, même si l'assurée pensait que son état était inchangé. Dans la situation actuelle, il ne voyait pas de facteur susceptible de modifier, dans un délai prévisible et de manière significative, l'état clinique et par voie de conséquence, la capacité de travail. Le taux actuel devait donc être considéré comme durable.

S'agissant de la fibromyalgie, l'expert a indiqué qu'il y avait une comorbidité psychiatrique de gravité moyenne, précisant qu'il s'agissait de troubles apparus avant la fibromyalgie, de sorte qu'ils pouvaient être considérés comme indépendants d'elle. Il a répondu par l'affirmative aux questions relatives aux affections corporelles chroniques et au processus maladif sur plusieurs années sans rémission durable, par la négative à celles relatives à l'état psychique cristallisé et à la surestimation des plaintes en vue d'obtenir un bénéfice secondaire. S'agissant de la perte d'intégration, il s'agissait plutôt d'une absence d'intégration depuis l'arrivée en Suisse imputable aux problèmes socio-culturels et psychiques plus qu'à la fibromyalgie. Il a ajouté que l'assurée pouvait surmonter ses douleurs, mais de manière modérée vu l'existence de la pathologie psychique, et qu'elle disposait de ressources psychiques dans une mesure partielle avec un taux d'incapacité de travail globale estimée à 60%.

24. Par arrêt du 24 novembre 2015 (ATAS/910/2015), la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision du 10 janvier 2014 et dit que l'assurée avait droit à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> mai 2009. Elle a confirmé le statut d'active à 80% retenu par l'OAI, lequel n'était pas contesté, ainsi que la méthode mixte d'évaluation du degré d'invalidité.

Elle a constaté que l'assurée n'avait pas produit de document médical contredisant les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_, de sorte qu'elle a retenu une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire depuis fin 2007.

Concernant l'aspect psychiatrique, la chambre de céans a considéré que le rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ satisfaisait aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de rapports médicaux et devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.



---

pas le cas ici - qu'ils se référaient à un travail à temps partiel ou que cela ne ressorte du contexte d'une manière claire. En bonne santé, l'assurée n'aurait donc accompli que 32 heures de travail hebdomadaires dans le cadre d'un emploi à 80%, les 20% restants étant consacrés à la tenue de son ménage. L'assurée rencontrait un handicap de 37,5% (50% de 80%) dans l'exercice de l'activité professionnelle, ce qui correspondait à une incapacité de gain et non à une incapacité de travail comme retenu par la juridiction cantonale. En tenant compte du taux de 37,5%, le calcul de l'invalidité devait se faire comme suit:

$$\begin{array}{r} 32 \text{ heures} \times 37,5\% + [(40 \text{ heures} - 32 \text{ heures})] \times 40\% \\ \hline \phantom{32 \text{ heures}} = 38\% \\ 40 \text{ heures} \end{array}$$

Compte tenu du taux d'invalidité de 38%, la décision du 10 janvier 2014 refusant le versement d'une rente devait être confirmée.

26. En date du 22 mars 2017, la Dresse B\_\_\_\_\_ s'est adressée au médecin-conseil de l'OAI afin de signaler un changement de la situation médicale de l'assurée. L'état de santé de cette dernière s'était nettement péjoré au cours des deux dernières années. Sur le plan rhumatologique, l'assurée présentait une gonalgie bilatérale. Sur avis d'un orthopédiste, la mise en place d'une prothèse totale du genou lui avait été proposée, mais elle n'était pas décidée à une telle option thérapeutique. Actuellement, l'assurée présentait une «énorme difficulté pour se lever et marcher». Elle présentait également des troubles de la posture accompagnés de lombalgies, ainsi qu'une limitation fonctionnelle sous la forme d'une boiterie et de difficultés à la marche, à rester debout et à changer de position. D'autre part, sur le plan psychiatrique, elle présentait un état de stress post-traumatique et avait bénéficié d'un suivi psychothérapeutique régulier. Son psychiatre étant parti à la retraite, elle allait prochainement être suivie par la Dresse L\_\_\_\_\_. L'incapacité de travail de l'assurée était totale.
27. Le 27 mars 2017, l'OAI a prié la Dresse B\_\_\_\_\_ d'inviter sa patiente à déposer une nouvelle demande, étant précisé que l'exercice du droit aux prestations appartenait en premier lieu à l'assuré ou à son représentant légal.
28. Le 15 mai 2017, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'elle déposait une nouvelle demande pour sa patiente. L'état de santé de cette dernière s'était nettement aggravé depuis le mois de septembre 2016, notamment en raison de difficultés à la marche car l'intéressée se déplaçait très lentement et boitait d'une manière chronique. Un nouveau bilan radiologique était prévu afin de réévaluer la nécessité de poser une prothèse totale du genou des deux côtés. D'autre part, au niveau psychiatrique, un suivi au long cours était nécessaire en raison d'un état dépressif moyen à sévère. Vu la situation actuelle, l'assurée n'était pas capable de fournir un quelconque travail physique. Un bilan rhumatologique réactualisé était également prévu.

29. En date du 22 mai 2017, l'OAI a expliqué à l'assurée que des tiers n'avaient pas l'autorisation ni la compétence pour déposer des demandes de révision à sa place.
30. Le 28 juillet 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une aggravation de son état de santé depuis le mois de septembre 2016. Elle a notamment signalé une gonarthrose sévère des deux côtés, une arthrose à l'épaule, à la main droite et au dos, un état dépressif moyen à sévère.
31. Par rapport du 19 octobre 2017, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Monsieur N\_\_\_\_\_, psychologue, ont retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique totalement présent jusqu'à ce jour (F43.1) et de dépression, épisode moyen (F33.1).

Ils ont indiqué qu'en janvier 1991, alors que l'assurée était enceinte de six mois, son frère et sa sœur avaient été assassinés sous ses yeux en Somalie par des hommes armés envahissant sa maison. Vu la guerre ouverte, l'assurée avait quitté son pays natal avec ses trois enfants, sans son mari, aidée par une organisation internationale. Elle avait transité par la Kenya, où sa fille cadette était née. Son mari n'avait pas quitté la Somalie et elle était restée sporadiquement en communication avec lui, eu égard à la condition de guerre ouverte chez elle. En juin 2012, malade, son époux était arrivé en Allemagne pour se soigner. Il y était décédé. L'assurée vivait avec sa fille cadette, âgée aujourd'hui de 26 ans, divorcée et l'enfant de celle-ci, âgé de 6 ans. Elle n'avait pas de contact continu avec son fils aîné qui vivait en Somalie. Son second fils l'avait quittée à ses 18 ans. Il voyageait et était souvent aux Philippines.

Les symptômes d'état post-traumatique complexe étaient présents jusqu'à ce jour. Ils consistaient en un sommeil perturbé, des souvenirs et des images en flash-back liés aux assassinats. À l'évocation de son drame familial, l'assurée se cachait le visage, se renfermait, pleurait, et évitait de continuer la séance. Chez elle, notamment la nuit, elle entendait des voix et des coups sur la porte et au plafond, croyait voir des soldats entrer par les fenêtres, crier, taper contre les murs. Sa fille habitant avec elle avait confirmé avoir observé sa mère, la nuit, affolée, en désarroi, appelant au secours. L'assurée connaissait des cauchemars chargés de scènes de mort et de sang. La journée, dans la rue, elle pensait qu'elle était suivie, attaquée par des soldats, des voix l'appelaient au point de ne pas observer les feux rouges de passage des piétons. Elle exprimait un sentiment de peur et de grande vigilance, ainsi qu'une fragilité comportementale. Ses pensées étaient lacunaires, avec des oublis, troublées, chargées d'émotions et de silence, portées par ce qu'elle vivait actuellement de violent, issu de son passé lié intimement à l'assassinat de son frère et sa sœur. Elle présentait un état dépressif, épisode actuel moyen, était émotive, triste, avait peur dans la rue, un sentiment d'être livrée à son passé traumatisant, tendance à l'isolement, au silence prolongé, n'avait que peu de relations sociales, faisait état d'angoisse nocturne. Ses facultés mnésiques et de concentration étaient préservées. Il n'y avait pas de lignée psychotique, mais des hallucinations auditives de reviviscence la nuit étaient mentionnées, lorsqu'elle se retrouvait dans une baisse

de vigilance. Les nouvelles de Somalie réactivaient continuellement son vécu traumatisant, axé notamment sur l'assassinat de sa sœur et de son frère, l'empêchant de faire son deuil, condition prolongée chez elle depuis de longues années. Elle déclarait que sa fille lui reprochait d'être ailleurs, raison pouvant expliquer ses difficultés à assimiler et à apprendre, traduisant sa grande peine à s'investir en toute nouvelle connaissance cognitive simple.

L'assurée suivait des cours de français et réalisait de discrets progrès. D'une façon très lacunaire, elle articulait mal quelques mots en français, prononçait mieux en langue arabe. Elle ne savait pas calculer. Sous dictée, elle arrivait à écrire les chiffres de 0 à 10, et quelques mots simples et quelques lettres. Quant à son expérience professionnelle, elle n'avait jamais travaillé, ni en Somalie, ni en Suisse. Elle était aidée par l'Hospice Général depuis de longues années. L'assurée était dépendante de sa fille, qui faisait les commissions et s'occupait du ménage, chez elle, comme à l'extérieur, notamment pour des traductions.

La prise en charge psychiatrique par le Dr J\_\_\_\_\_ n'avait pas été réellement concluante, puisque l'assurée était limitée en son expression française, l'obligeant alors à faire appel à des traductrices, à savoir des « amies » et sa fille de 26 ans. Ceci avait limité, voire empêché, l'instauration du processus thérapeutique. Actuellement, l'assurée pouvait s'exprimer mieux en langue arabe avec le psychologue, lequel était bilingue. Elle prenait, sur prescription de son médecin traitant, du Zolpidem 10 mg, du Risperidone 0.5 mg et du Dafalgan 1 mg. Vu sa souffrance psychologique et somatique, l'assurée était objectivement dans l'entière incapacité de travailler.

32. Dans un avis du 29 janvier 2018, le SMR a considéré que les documents adressés par l'assurée montraient qu'il n'y avait pas de modification de son état de santé depuis la dernière appréciation. Il a notamment rappelé que les expertises des Drs K\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ne retenaient pas d'état de stress post-traumatique et mentionnaient l'absence d'atteintes psychiatriques ayant une répercussion sur la capacité de travail.
33. Le 2 février 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande. Il a rappelé que la première demande déposée en octobre 2009 avait fait l'objet d'une décision de refus de rente, et a considéré que les nouveaux éléments médicaux adressés à l'appui de la nouvelle demande de prestations de juillet 2017 ne montraient pas, selon le SMR, de modification de l'état de santé depuis sa dernière appréciation.
34. Par décision du 14 mars 2018, envoyée par pli recommandé, lequel n'a pas été retiré dans le délai de garde échu au 26 mars 2018, l'OAI a repris les termes de son projet du 2 février 2018 et rejeté la demande de l'assurée. Il a retenu, sur la base de l'appréciation du SMR, que les documents produits ne montraient pas de modification de l'état de santé depuis la dernière évaluation et que l'assurée ne présentait aucune atteinte ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

---

35. Par acte du 30 avril 2018, l'assurée, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'audition des Dresses O\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à ce que l'intimé soit invité à rendre promptement une décision sur la révision sollicitée en lien avec l'entrée en vigueur de l'art. 27 bis RAI et à ce qu'une rente entière lui soit octroyée. La recourante a reproché au SMR de ne pas s'être prononcé quant à l'aggravation des troubles somatiques évoqués par la Dresse B\_\_\_\_\_. Elle a requis l'audition de ses médecins traitants, aux termes de laquelle il y aurait lieu de déterminer si une nouvelle expertise judiciaire était nécessaire afin de cerner l'évolution de son état de santé depuis la dernière décision de refus de rente qui lui avait été opposée. En outre, en application des principes ressortant à l'art. 27 bis RAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le degré d'invalidité s'élevait à 48%, ce qui donnait droit à un quart de rente. Elle a donc sollicité que l'intimé soit invité à procéder sans tarder à la révision de son degré d'invalidité, soutenant avoir d'ores et déjà droit à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

La recourante a notamment produit les documents suivants :

- un rapport du 15 mars 2018 de la Dresse B\_\_\_\_\_, laquelle a demandé « un recours contre le projet de décision » refusant à sa patiente tout droit à une rente et à des mesures professionnelles ; elle a mentionné que la recourante présentait un important problème locomoteur, une boiterie à la marche, une difficulté aux déplacements dans le contexte d'une gonarthrose bilatérale ; l'intéressée souffrait en outre de lombalgies chroniques avec une rectitude lombaire très importante dans le contexte d'une arthrose étagée au niveau de la colonne dorsale et lombaire, et d'un état dépressif moyen à sévère ; dernièrement, sur le plan locomoteur, on observait une nette détérioration nécessitant un bilan complémentaire, y compris une IRM lombaire ;
- un rapport du 27 mars 2018 de la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, laquelle a déclaré s'opposer au projet de décision de l'intimé ; en effet, la recourante présentait d'importants troubles dégénératifs avec une importante gonarthrose bilatérale, des lombalgies sur des troubles dégénératifs étagés et des douleurs de la cheville gauche principalement ; elle était très handicapée par cette atteinte des membres inférieurs et avait de grandes difficultés à marcher et à se déplacer ; une expertise médicale serait souhaitable afin d'objectiver l'importante limitation fonctionnelle ;
- un courrier qu'elle avait adressé à l'intimé le 30 avril 2018, par lequel elle sollicitait, dans un délai raisonnable, la révision du calcul de son taux d'invalidité, fondée sur la modification de l'art. 27 bis RAI ; selon elle, la nouvelle méthode entrée en vigueur conduisait à un degré d'invalidité de 40% dans la sphère professionnelle et de 8% dans la sphère ménagère, ce qui lui ouvrait le droit à un quart de rente fondé sur un taux d'invalidité de 48%.

36. Dans sa réponse du 31 mai 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a soutenu que la recourante n'avait pas apporté les éléments médicaux permettant de rendre « plausible » que son degré d'invalidité s'était modifié car les pièces produites dans le cadre de la nouvelle demande de prestations ne relevaient pas de problème médical nouveau. Quant aux éléments médicaux nouveaux produits à l'appui du recours, ils ne pouvaient être pris en considération, ne faisant pas partie des pièces et partant de l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'intimé avait statué. En effet, le principe inquisitoire ne s'appliquait pas à « la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande ». Enfin, la requête de la recourante s'agissant du nouveau mode de calcul avait été soumise au gestionnaire en charge du dossier et faisait l'objet d'une étude attentive. La suite qui convenait lui serait donnée.
37. Par écriture du 28 juin 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a fait grief à l'intimé de refuser d'instruire son dossier sur le plan médical et de faire obstacle à toute démarche susceptible de cerner sérieusement sa capacité de travail. En outre, le courrier du 15 mai 2017 de la Dresse B \_\_\_\_\_ mentionnait expressément et en quoi son état de santé s'était aggravé. En effet, les problèmes à la marche étaient plus importants qu'en septembre 2016 et elle souffrait désormais d'un état dépressif moyen à sévère. Le rapport du Dr M \_\_\_\_\_ signalait un état dépressif moyen à sévère et confirmait lui aussi une incapacité totale de travail.
38. Le lendemain, la recourante a adressé à la chambre de céans un courrier du 21 juin 2018 de la Dresse B \_\_\_\_\_. Il en ressort notamment que sa patiente avait consulté le docteur P \_\_\_\_\_ aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), qu'elle devait bénéficier d'une prise en charge conservatrice en raison de la spondylodiscarthrose diffuse avec canal lombaire étroit modéré en L4-L5 et qu'elle allait être adressée à l'équipe de rhumatologie du Dr Q \_\_\_\_\_ des HUG. Actuellement, une prise en charge chirurgicale n'était pas évoquée. La recourante, laquelle présentait une polyarthrose et un fort handicap fonctionnel qui s'était dernièrement aggravé, était totalement incapable de travailler.
39. En date du 12 juillet 2018, l'intimé a également maintenu ses conclusions. Il a contesté toute carence d'instruction du dossier et indiqué avoir appliqué la procédure jurisprudentielle en la matière. En outre, il avait pris en compte la demande d'application de l'art. 27 bis RAI. À cet égard, il a relevé que le rapport explicatif de l'OFAS concernant la modification du RAI prévoyait que lorsque l'octroi d'une rente avait été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et accomplissant par ailleurs des travaux habituels, une nouvelle demande serait examinée s'il paraissait vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27 bis al. 2 à 4 RAI aboutirait à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2 Disposition transitoire de la modification du RAI). Dans un tel cas, il revenait à l'assuré de déposer une nouvelle demande. L'office AI était tenu d'examiner la nouvelle

demande s'il paraissait vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité aboutirait à la reconnaissance d'un droit à la rente. Cet examen était en cours auprès des services de l'intimé et ferait l'objet d'une autre procédure, et sortait de l'objet du présent litige.

### **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.

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Une communication qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution (art. 38 al. 2 bis LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

Compte tenu de la suspension du délai précitée, le recours du 30 avril 2018 contre la décision du 14 mars 2018, réputée reçue le 26 mars 2018, a été interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, de sorte qu'il est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B LPA).

4. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

En l'occurrence, le litige porte sur le droit à une rente de la recourante suite à sa nouvelle demande déposée le 28 juillet 2017, étant relevé que la décision entreprise ne porte pas sur le calcul du degré d'invalidité de la recourante en application de l'art. 27 bis RAI entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018, de sorte que cette question ne fait pas partie de l'objet du litige.

5. a. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

b. Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

Saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références).

6. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).
7. Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; ATF 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

8. En l'espèce, la chambre de céans observe en premier lieu que, en dépit de ce que pourrait laisser supposer l'intitulé de la décision litigieuse (« Aucun droit à la rente »), l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, comme il l'a expressément indiqué dans sa réponse au recours du 31 mai 2018. En effet, il ressort clairement du projet de décision du 2 février 2018 et de la décision du 14 mars 2018 que l'intimé a conclu, sur la base de l'avis du SMR, que les documents produits par la recourante ne montraient pas de modification de son état de santé depuis sa précédente appréciation. Il a donc estimé que la recourante n'avait pas rendu plausible une modification de l'invalidité de manière à influencer ses droits.

Partant, la chambre de céans doit se limiter dans le cas présent à examiner si c'est à tort ou à raison que l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il convient donc de vérifier si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante de l'invalidité (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Dans ces conditions, les rapports produits à l'appui du recours, soit les rapports de la Dresse B\_\_\_\_\_ des 15 mars et 21 juin 2018, ainsi que le rapport de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 27 mars 2018, lesquels sont postérieurs à la décision du 14 mars 2018, ne peuvent pas être pris en considération dans la présente procédure.

9. Dans le cadre de la première procédure opposant la recourante à l'intimé, la chambre de céans a retenu, sur la base du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2013, que les diagnostics somatiques ayant une répercussion sur la capacité de travail consistaient alors en une gonarthrose tricompartmentale bilatérale à prédominance gauche et à prédominance fémoro-patellaire interne avec une ostéochondromatose, un status après ostéotomie de valgisation des deux genoux, un status après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou gauche, des lombalgies et accessoirement des cervico-scapulalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec spondylolisthésis de L4/L5 de degré I sur une arthrose interapophysaire postérieure et une épicondylite gauche. En outre, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de fibromyalgie. Concernant les limitations fonctionnelles, compte tenu de ses troubles du rachis, la recourante devait pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, ne devait pas soulever ou porter régulièrement des charges de plus de 5 kg, travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc ou en étant exposée à des vibrations. En raison de ses atteintes aux membres inférieurs, la recourante ne devait pas effectuer de genuflexion répétée, franchir des escabeaux ou des échelles ou régulièrement des escaliers, ni travailler en hauteur, marcher en terrain irrégulier, tenir la position debout ou marcher plus de dix minutes. Enfin, elle ne devait pas effectuer des mouvements répétés du coude gauche, ni lever des charges de plus de 5 kg à cause de l'atteinte de son membre supérieur gauche. L'incapacité de travail de l'intéressée était de 50% dans une activité adaptée respectant les

---

limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire depuis fin 2007.

Sur le plan psychiatrique, la chambre de céans a reconnu une valeur probante au rapport d'expertise judiciaire du Dr K\_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué une dysthymie, soit un trouble dépressif léger, et un trouble anxieux de gravité moyenne. Elle a pris en considération l'estimation primaire de l'incapacité de travail faite par le Dr K\_\_\_\_\_, soit 30% d'incapacité de travail dans une activité lucrative, et conclu à une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée et à un empêchement à accomplir les tâches ménagères de 40%.

Ces constatations ont été reprises par le Tribunal fédéral, lequel a cependant corrigé le calcul du degré d'invalidité, fixé à 38%, comme retenu dans la décision de l'intimé du 10 janvier 2014. Compte tenu de ce degré d'invalidité, le droit de la recourante à une rente a été nié.

10. Suite à la nouvelle demande déposée par la recourante le 28 juillet 2017, l'intimé a sollicité l'avis de son SMR. Ce dernier a retenu, dans son appréciation du 29 janvier 2018, que les documents montraient qu'il n'y avait pas de modification de l'état de santé depuis la dernière appréciation, de sorte qu'il a maintenu ses conclusions antérieures. Il a mentionné que les expertises des Drs K\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ne retenaient pas d'état de stress post-traumatique et mentionnaient l'absence d'atteintes psychiatriques ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Sur la base de cet avis, l'intimé a rendu la décision litigieuse du 14 mars 2018, par laquelle il a nié le droit de la recourante à une rente, motif pris de l'absence de modification de l'état de santé depuis la dernière évaluation et de l'absence d'atteinte à la santé ayant une répercussion sur la capacité de travail.

11. En deuxième lieu, la chambre de céans constate que, contrairement à ce qui a été retenu par le SMR puis par l'intimé, les pièces produites par la recourante établissent, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, un changement important des circonstances propre à influencer son degré d'invalidité.

À cet égard, elle relèvera encore que l'absence de « problème médical nouveau », comme invoqué par l'intimé, n'est pas déterminant puisque la rente peut être révisée en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important.

12. Sur le plan somatique, la Dresse B\_\_\_\_\_ a clairement indiqué, dans son rapport du 22 mars 2017, que sa patiente rencontrait une « énorme difficulté pour se lever et marcher ». Elle a en outre signalé une restriction en lien avec les changements de positions. Or, dans son arrêt du 24 novembre 2015, la chambre de céans a fait sienne les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_, lequel avait retenu que la recourante devait pouvoir alterner deux fois par heures les positions assise et debout en raison de ses troubles du rachis.

La limitation fonctionnelle signalée par la Dresse B\_\_\_\_\_ est ainsi non seulement nouvelle, mais semble également incompatible avec l'une des nombreuses restrictions retenues par le Dr H\_\_\_\_\_. Elle est donc susceptible d'entraîner un changement important de la capacité de gain de la recourante.

De plus, il sied de rappeler que la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que des investigations supplémentaires étaient prévues, sous la forme d'un bilan radiologique des deux genoux afin de réévaluer la nécessité de poser des prothèses totales. Elle a également préconisé un bilan rhumatologique et noté que la recourante présentait des troubles de la posture accompagnés de lombalgies.

Dès lors que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, il lui incombait de requérir les documents pertinents lui permettant de se prononcer sur l'évolution des troubles ostéoarticulaires depuis l'entrée en force de sa dernière décision. Il aurait donc dû attendre les résultats des investigations envisagées, cas échéant les ordonner lui-même, avant de conclure que les atteintes dont souffre la recourante ne se sont pas sensiblement aggravées depuis le dernier examen de la situation médicale.

13. Au niveau psychique, une modification sensible de l'état de santé est attestée par le Dr M\_\_\_\_\_, lequel a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), alors que la recourante ne présentait qu'une dysthymie à l'époque de son examen par le Dr K\_\_\_\_\_. En outre, le psychiatre traitant a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F43.1), contrairement à l'expert qui avait expliqué ne pas pouvoir retenir ce diagnostic « à l'heure actuelle », tout en admettant qu'il était plausible que la recourante ait pu présenter un tel syndrome après le traumatisme et en relevant que certains critères pertinents n'étaient pas « manifestes ».

C'est le lieu de relever que le SMR a indiqué à tort, dans son avis du 29 janvier 2018, que le Dr K\_\_\_\_\_ avait mentionné l'absence d'atteinte psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail. En effet, l'expert avait estimé qu'il y avait lieu de tenir compte tant des troubles somatiques que des troubles psychiques, et avait évalué à 30% l'incapacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique.

Dans le cadre de cette nouvelle demande, l'intimé aurait donc dû procéder à un examen global et analyser si les documents à sa disposition permettaient une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. En cas de réponse négative, il aurait dû solliciter des informations complémentaires afin de se pouvoir se déterminer sur la capacité de travail réellement exigible de la recourante, en application de la grille d'analyse développée à l'ATF 141 V 281.

14. Eu égard à ce qui précède, force est de constater que l'intimé ne pouvait pas se contenter de l'appréciation du SMR, sommaire et dénuée de toute motivation, pour conclure à l'absence de modification de l'état de santé de la recourante depuis son dernier examen et lui nier le droit à une rente.

15. Il s'impose donc de lui renvoyer la cause, un complément d'instruction s'avérant indispensable pour se prononcer sur l'état de santé global de la recourante depuis l'arrêt du 14 septembre 2016 de la chambre de céans.

La détermination de la capacité de travail résiduelle devra résulter d'une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles.

16. C'est encore le lieu d'observer que le diagnostic de fibromyalgie a été retenu par le Dr H\_\_\_\_\_ en 2013, mais n'a pas été repris par les Dresses B\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, sans explication.

Si cette atteinte devait être confirmée, elle devrait, tout comme les troubles psychiques, faire l'objet d'une analyse conformément à la jurisprudence récemment développée par le Tribunal fédéral.

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

17. Enfin, à toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera encore que, selon la jurisprudence, lors l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, dans sa teneur du 1<sup>er</sup> décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

Il appartiendra donc à l'intimé d'évaluer le degré d'invalidité de la recourante selon l'ancienne méthode mixte pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2017 et selon la nouvelle méthode mixte pour la période à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

18. Ainsi, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'intimé dans le sens des considérants.

La recourante obtenant gain de cause et étant représentée par un mandataire, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et

dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 14 mars 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante un montant de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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