

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/358/2017

ATAS/1167/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 décembre 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée aux ACACIAS, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY, Pierre-
Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1961, ressortissante de Bosnie-Herzégovine, mariée à un compatriote et mère de trois enfants, nés en 1984, 1985 et 1992, est arrivée en Suisse en mars 1998.
2. L'assurée a suivi quatre ans d'école obligatoire en Bosnie-Herzégovine. Elle n'a pas de formation et n'a commencé à travailler qu'à partir de 1998. Dès avril 2001, l'assurée a notamment travaillé à plein temps en qualité de femme de ménage dans un hôtel.
3. Le 4 novembre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en raison de « douleurs aux épaules, lombaires, sacrée, syndrome douloureux chronique post-chute ».
4. Après avoir rassemblé plusieurs rapports médicaux, l'OAI a soumis l'assurée à une expertise, réalisée par les docteurs B_____, spécialiste FHM en rhumatologie et C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du CEMed de Nyon. Dans leur rapport du 5 octobre 2009, les médecins précités n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont évoqué une fibromyalgie, un syndrome douloureux du compartiment antérieur du genou gauche sur chondromalacie rotulienne débutante, une discopathie lombaire débutante, un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis décembre 2007 (F45.4) et une dysthymie depuis 2008 (F34.1).
5. Se fondant notamment sur l'expertise précitée, l'OAI a refusé, par décision du 2 décembre 2009, l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente, au motif que, selon les experts, il n'existait pas d'affection corporelle chronique incapacitante, de comorbidité psychiatrique grave ou encore de perte de l'intégration psychosociale.
6. L'assurée a interjeté recours en date du 25 janvier 2010, concluant à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (procédure A/278/2010).
7. Dans le cadre de l'examen du bien-fondé de la décision précitée, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire qu'elle a confiée aux docteurs D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et F_____, spécialiste FMH en neurologie (ATAS/590/2012 du 7 mai 2012).

Dans leur rapport d'expertise du 9 décembre 2012, les médecins précités ont diagnostiqué un syndrome somatoforme persistant (F45.4), un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), une incontinence urinaire mixte discrète (N39.4), un status après embolisation de fistule dure artério-veineuse du sinus latéral gauche (2001) (Q28.2), une méniscose et une chondromalacie débutante rotulienne du genou gauche (M23.2 et M22.4), une spondylodiscarthrose sans

myélopathie ni radiculopathie (M47.8), des lésions dégénératives plantaires sur troubles statiques et après ostéonécrose aseptique du 2^{ème} métatarsien à gauche (M19.8), une obésité (E66.9), une polyneuropathie modérée axonale essentiellement sensitive (G62.9), un déconditionnement (Z72.3), un status après thrombose veineuse profonde proximale étendue du membre inférieur gauche compliquée d'une embolie pulmonaire et d'une septicémie sur surinfection locale du thrombus (janvier 2011) (I82) et une mutation hétérozygote de facteur II (D68.9).

Au plan somatique, il n'y avait pas d'altération de l'état de santé significative et, par rapport aux précédentes expertises, la situation avait été stationnaire jusqu'en janvier 2011, lorsqu'était survenue une thrombose veineuse profonde proximale du membre inférieur gauche compliquée d'embolie pulmonaire.

Au plan psychique, le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, entraînaient les limitations suivantes : un abaissement du seuil de la douleur, une humeur chroniquement déprimée avec des fluctuations, une anhédonie, une vision négative pour le futur et un manque d'estime de soi. Ces limitations interféraient à 30% dans toutes activités, depuis septembre 2007. Ponctuellement, sur de courtes durées et lors d'épisodes dépressifs sévères, l'incapacité de travail avait été entière. Une activité adaptée aux limitations indiquées ci-dessus, dans une activité simple, était exigible, à 70% avec rendement entier, depuis septembre 2007.

En conclusion, les experts ont estimé qu'une diminution de la capacité de travail de 30% dans toutes les activités existait depuis septembre 2007 pour des raisons psychiatriques. Depuis janvier 2011, l'assurée avait également présenté une diminution de la capacité de travail à 100% dans toute activité pendant trois mois en raison de la thrombose et de ses complications. Depuis avril 2011, dans l'ancienne profession, il persistait une diminution de 50% de la capacité de travail tant que durait l'anticoagulation. Depuis avril 2011, dans une activité de substitution la capacité de travail était de 100% sur le plan physique, réduite à 70% pour des raisons psychiatriques.

8. Par arrêt du 8 novembre 2013 (ATAS/1113/2013), la chambre de céans a rejeté le recours et confirmé la décision attaquée au motif que les troubles somatoformes douloureux ne pouvaient être considérés comme invalidants au regard des critères jurisprudentiels applicables à cette date (absence de comorbidité psychiatrique significative, absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, absence d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, absence d'affections corporelles chroniques et exagération des symptômes). La chambre de céans a par ailleurs considéré qu'en retenant que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle de 70% et non de 100%, les experts n'avaient pas pris en considération les critères jurisprudentiels du Tribunal fédéral pour apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. Dans cette mesure, il convenait de s'écarter du rapport d'expertise pour

conclure à l'absence d'atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance.

Cet arrêt est entré en force faute de recours de l'assurée.

9. Le 8 septembre 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison notamment de douleurs au dos et aux jambes, thrombose, absence de force dans les mains, vertiges.
10. Par courrier du 19 septembre 2014, l'OAI a accusé réception de la demande précitée et a attiré l'attention de l'assurée sur le fait qu'une nouvelle demande ne pouvait être examinée, selon la législation en vigueur, que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité, notamment, s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Par conséquent, il lui appartenait de transmettre tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 2 décembre 2009. En l'absence de réponse dans un délai de trente jours, l'office précité se verrait contraint de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
11. Le 8 octobre 2014, l'OAI a reçu les documents suivants :
 - Un rapport du 6 octobre 2014, dans lequel le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et de personnalité anankastique (F60.5) existant depuis le 11 septembre 2007. Pour le surplus, il renvoyait aux diagnostics retenus par le docteur H_____, médecin praticien FMH, et par la doctoresse I_____, généraliste. Il suivait l'assurée depuis le 5 octobre 2007. Depuis son premier rapport à l'attention de l'OAI, daté du 15 février 2009, l'évolution avait été stationnaire sur le plan psychique, sans amélioration malgré un traitement pris de manière fiable et régulière. L'assurée était dès lors toujours incapable d'exercer une activité régulière, y compris dans son ménage. Son entourage devait l'aider pour les divers actes quotidiens qu'elle ne pouvait assumer elle-même. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 11 septembre 2007, sans perspective de reprise d'une activité professionnelle à moyen terme (dans l'année ou les deux ans). À terme, mais pas avant treize à dix-huit mois au moins, seule une activité professionnelle à temps partiel, après avoir pu bénéficier de mesures de réinsertion professionnelles sur mesure, serait exigible.
 - Un rapport du 7 octobre 2014, dans lequel la Dresse I_____ a expliqué que l'assurée l'avait consultée, le 13 mai 2014, pour d'importantes douleurs au niveau de la colonne cervico-dorso-lombaire, irradiant dans les membres inférieurs et au membre supérieur droit. Ces douleurs existaient de longue date mais s'aggravaient de jour en jour. L'assurée s'était également plainte de fourmillements au niveau des mains, de blocage au niveau cervico-lombaire, de troubles de l'équilibre, de stress, de nervosité, d'hallucinations auditives,

d'angoisse, d'asthénie, de troubles du sommeil, de douleurs à l'épaule gauche, aux genoux et de vertiges. Les diagnostics qu'elle avait retenus étaient les suivants : cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur discopathies étagées au niveau lombaire ; lombalgies aiguës sur probable instabilité lombaire – arthrose interapophysaire postérieure ; tendinopathie à l'épaule gauche ; gonalgies aiguës gauches sur gonarthrose et sur lésion méniscale bilatérale ; vertiges sur insuffisance vertébro-basilaire (IVB) ?; état anxio-dépressif majeur ; obésité et status post thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche et embolie pulmonaire. L'assurée était en traitement et incapable de travailler à 100% en raison de son état de santé tant physique que psychique.

- Plusieurs rapports mettant notamment en évidence les atteintes suivantes : troubles statiques avec des discopathies plus marquées dans la concavité droite, notamment au niveau L3-L4 et L4-L5, protrusion discale circonférentielle, provoquant un rétrécissement canalaire modéré au niveau L4-L5 et d'un moindre degré au niveau L3-L4, arthrose postérieure L5-S1 à droite (compte-rendu du CT-Scan lombaire du 7 janvier 2010) ; hallux valgus bilatéral, discrète arthrose astragalo-scaphoïdienne bilatérale et atteinte d'allure séquellaire isolée au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du 2^{ème} rayon à gauche (compte-rendu des radiographies des pieds droit et gauche du 24 juin 2010) ; douleurs des deux avant-pieds dans un contexte de troubles statiques, de troubles dégénératifs et d'un status après nécrose aseptique de la tête du deuxième métatarsien à gauche (rapport du docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologique, du 6 juillet 2010) ; phlegmasia coerulea dolens sur thrombose veineuse profonde ilio-fémoro-poplitée gauche s'étendant dans la veine cave inférieure (rapport du service de médecine interne de réhabilitation des HUG du 26 janvier 2011) ; signes de gonarthrose du compartiment interne du genou droit, avec lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, chondromalacie modérée de grade II (rapport de l'IRM du genou droit du 20 mai 2011) ; stigmates d'une ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale interne associée à une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque du genou gauche (rapport de l'IRM du genou gauche du 20 mai 2011) ; soupçons de diverticulite (rapport du CT abdomino-pelvien du 3 avril 2012) ; calcification de la bifurcation carotidienne droite sans sténose sous-jacente, élément métallique intra-crânien en fosse postérieure à gauche (rapport du scanner cérébral du 22 juin 2012) ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère ou modéré, avec symptômes psychotiques (lettre de sortie du 26 juin 2012 du service de psychiatrie générale, HUG, respectivement rapport établi le 20 décembre 2013 par la clinique genevoise de Montana à la suite d'un séjour du 19 novembre au 9 décembre 2013) ; données démontrant des voies de dérivation veineuses au niveau du bas du ventre sans image de thrombose détectable, status après cholécystectomie, colite intéressant le côlon gauche ainsi que la partie distale du sigmoïde avec un grand diagnostic

différentiel à confronter aux données cliniques (colite inflammatoire, infectieuse, tumorale, médicamenteuse) (rapport du CT abdomino-pelvien du 12 novembre 2012) ; épicondylite du coude gauche, métatarsalgies bilatérales (rapport du Dr J_____ du 27 février 2013) ; sigmoïdite aux AINS (lettre de sortie du 19 juin 2013 du service de chirurgie viscérale - service de transplantation, des hôpitaux universitaires de Genève [HUG]).

12. Les pièces reçues le 8 octobre 2014 ont été soumises au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) qui a considéré, dans un avis du 26 mai 2015, que l'aggravation avait été rendue plausible au vu d'un « anévrisme associé à une aggravation sur le plan psychiatrique ». Des documents complémentaires étaient toutefois nécessaires pour se prononcer.
13. Le 5 juin 2015, le docteur K_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, a transmis à l'OAI plusieurs rapports établis entre 2000 et 2006.
14. Par rapport du 30 juin 2015, la Dresse I_____ a rappelé les diagnostics posés le 6 octobre 2014 et les a complétés par ceux de syndrome du tunnel carpien bilatéral, lombosciatalgies aiguës gauches à répétition et hypertension artérielle (HTA). La capacité de travail était nulle. Selon l'évolution clinique, une activité professionnelle pouvait être reprise.

En annexe figuraient les rapports suivants :

- Le rapport du docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, ENMG et EEG, du 17 juillet 2014, dans lequel le diagnostic de syndrome du tunnel carpien bilatéral modéré a été posé.
 - Le rapport relatif à l'échographie de l'abdomen supérieur et inférieur réalisée le 14 octobre 2014, mettant en évidence un foie de taille dans les limites supérieures de la norme et de structure hyperéchogène en partie hétérogène évoquant une stéatose « en plages » ;
 - Le rapport de la glande thyroïde du 26 mars 2015, mettant en évidence une glande thyroïde de volume dans les limites supérieures de la norme et de structure homogène sans nodule ni hypo- ni hyperéchogène dans le parenchyme.
15. Quant au Dr G_____, il a rappelé, dans un rapport du 5 octobre 2015, les diagnostics posés le 6 octobre 2014. L'évolution était toujours stationnaire, sans amélioration malgré le traitement pris de manière fiable et régulière. Cependant, au cours des mois précédents, il avait observé plusieurs moments d'amélioration de la thymie. Toutefois, lors de l'établissement du rapport, selon la patiente, suivant l'avis de la Dresse I_____, il y aurait une aggravation depuis l'été, avec une thymie à nouveau abaissée et une prise de poids avec des fluctuations. L'assurée tait toujours totalement incapable de travailler.

16. De son côté, le Dr H_____ a expliqué ne plus suivre l'assurée depuis le 28 avril 2014 de sorte qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'état de santé actuel de l'assurée.
17. Le 20 décembre 2015, la Dresse I_____ a encore fait état d'une aggravation, les diagnostics étant toutefois les mêmes. L'assurée se plaignait désormais de façon continue d'importantes douleurs au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire, de douleurs au niveau du genou gauche et du membre inférieur gauche en général, de toux, de vertiges, d'épigastralgies, d'angoisse, d'asthénie, de maux de tête, de troubles du sommeil et de difficultés à marcher. La reprise d'une activité professionnelle dépendait de l'évolution clinique.
En annexe figuraient les rapports suivants :
 - Le rapport de coloscopie du 13 juillet 2015, dont il ressort que cet examen avait mis en évidence des hémorroïdes internes avec des érosions fraîches ainsi qu'un polype d'environ 7-8 mm à 90 cm en descendant sous l'angle gauche versant colon descendant excisé à la pince.
 - Le rapport d'examen histologique du 13 juillet 2015, dont il ressort que le polype était de type hyperplasique.
18. Les rapports des médecins traitants de l'assurée ont été soumis au SMR qui a rappelé, dans un avis du 29 janvier 2016, que le Dr G_____ avait parlé « de multiples anévrismes cérébraux nécessitant [une] intervention en juin 2013 et 2014 ». Toutefois, le dossier ne comportait aucun rapport relatif à cette atteinte, de sorte qu'il convenait de procéder à une instruction complémentaire. Si l'assuré ne bénéficiait d'aucun suivi neurologique, il convenait d'organiser une expertise neuropsychologique.
19. Par courrier du 9 février 2016, l'OAI a sollicité auprès du Dr G_____ les rapports de juin 2013 et juin 2014 relatif aux « multiples anévrismes cérébraux nécessitant une intervention » et lui a demandé si l'assurée était suivie par un neurologue.
20. Le même jour, l'OAI a directement demandé à l'assurée si elle était suivie par un neurologue.
21. Des rappels ont été adressés au Dr G_____ et à l'assurée en date des 14 mars et 17 mai 2016.
22. Le 4 juillet 2016, le Dr G_____ a adressé à l'OAI un courrier dans lequel il l'a sèchement renvoyé à ses précédents rapports, en précisant qu'il n'y avait pas eu de modification majeure dans l'état psychique. L'assurée continuait à suivre le même traitement médicamenteux que précédemment et bénéficiait de consultations auprès de lui. Il n'y avait par ailleurs pas de changement notable à relever s'agissant du bilan et des perspectives.
23. Le rapport du Dr G_____ du 4 juillet 2016 a été soumis au SMR qui a admis, dans un avis du 14 juillet 2016, qu'il avait conclu qu'une aggravation avait été rendue

plausible sur la base d'un document n'appartenant pas à l'assurée – un rapport du 31 mars 2015 – figurant au dossier et portant le même NSS, mais dont les données médicales concernaient une autre personne. Lors de l'instruction, les Drs G_____ et I_____ avaient chacun établi un rapport, ne mettant pas en évidence d'aggravation, de sorte qu'il maintenait son précédent avis.

24. Par projet de décision du 21 juillet 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 10 septembre 2014 au motif qu'aucune aggravation n'avait été rendue plausible.
25. Le 31 août 2016, l'assurée s'est opposée au projet précité et a demandé à être examinée par un médecin de l'OAI.
26. Par courrier du 1^{er} septembre 2016, l'OAI a demandé à l'assurée de lui transmettre un complément médical susceptible de modifier le point-de-vue du SMR.
27. Le 16 septembre 2016, l'assurée a adressé les pièces suivantes à l'OAI :
 - Le rapport établi le 25 février 2016 par le service de chirurgie viscérale des HUG suite à une consultation de chirurgie bariatrique à laquelle l'assurée s'était présentée en vue d'un possible traitement chirurgical de son obésité. L'assurée présentait alors une obésité de grade III de type super-obèse avec un BMI de 50kg/m², associée à des comorbidités majeures. Par conséquent, elle allait être adressée à plusieurs confrères pour différentes consultations (consultation cardiologique, consultation d'hémostase, consultation pneumologique) afin d'obtenir un avis collégial quant à sa prise en charge.
 - Un rapport de la doctoresse M_____, directrice de la fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein, du 27 avril 2016, dont il ressort que l'assurée avait bénéficié d'une mammographie de dépistage, laquelle n'avait pas révélé d'anomalie suspecte de cancer.
 - Le rapport de la consultation rhumatologique des HUG du 4 mai 2016, évoquant une polyarthrose du rachis et des genoux, une fibromyalgie avec hémisyndrome gauche, une probable rupture du moyen fessier à droite, une possible lombosciatique gauche et un possible canal carpien gauche.
 - Le compte-rendu de l'examen ultrasonographique réalisé le 15 juin 2016, lequel avait révélé des anhésophytes au niveau de l'insertion du tendon du quadriceps au niveau du pôle supérieur de la rotule et du ligament patellaire au niveau du pôle inférieur de la rotule, associés à un pincement fémoro-tibial interne, des signes de gonarthrose et la présence d'un kyste poplité.
 - Un courrier de cardiologie du 7 juillet 2016, dont il ressortait qu'un foramen ovale perméable au doppler avait été constaté. Il n'y avait toutefois pas d'indication à fermer ledit foramen en prophylaxie dans le cadre de l'intervention de bypass gastrique mais qu'il fallait gérer adéquatement les risques thrombo-emboliques durant la phase pré- et postopératoire avec une anticoagulation.

- Un rapport de la Dresse I_____ du 12 septembre 2016, dans lequel ce médecin a expliqué que l'assurée souffrait de rachialgies, de gonalgies, d'un état anxio-dépressif sévère, de fibromyalgie, de lomboscatalgies aiguës gauches à répétition ainsi que d'une obésité morbide. Malgré les traitements, aucune amélioration n'avait été constatée, l'état de santé de l'assurée s'aggravant de jour en jour, ce qui ne lui permettait pas de travailler. Elle était par ailleurs dans l'attente d'un bypass.
- 28. Ces pièces ont été soumises au SMR qui a résumé, dans un avis du 12 décembre 2016, le rapport relatif à l'échographie et considéré que le consilium de cardiologie du 7 juillet 2016 ne comportait pas d'élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, le foramen ovale perméable (FOP) étant une anomalie fréquente de la cloison entre les deux oreillettes au niveau du cœur, touchant près d'un quart de la population, le plus souvent asymptomatique. Cette atteinte n'entraînait par ailleurs aucune incapacité de travail dans le cas de l'assurée. Quant au rapport de la Dresse I_____, il n'apportait pas non plus d'élément en faveur d'une aggravation objective de l'état de santé de l'assurée. Il y avait donc lieu de s'en tenir aux précédentes conclusions du SMR.
- 29. Par décision du 13 décembre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 21 juillet 2016 et a refusé d'entrer en matière, l'assurée n'ayant pas rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision en force.
- 30. Le 30 janvier 2017, l'assurée (ci-après : la recourante), représentée par Assista, son assurance de protection juridique, a interjeté recours contre cette décision. La recourante était en train de réunir des documents médicaux. Elle sollicitait par conséquent un délai supplémentaire afin de pouvoir motiver son recours quant au fond, soit au contraire le retirer en fonction des éléments apportés par les médecins traitants.
- 31. Par courrier recommandé du 6 février 2017, la chambre de céans a imparti à la recourante un délai au 17 février 2017 pour compléter son recours, faute de quoi il serait écarté, dans la mesure où il n'était pas conforme aux exigences minimales de la loi de procédure administrative.
- 32. Le 16 février 2017, la recourante a transmis à la chambre de céans le rapport du docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du même jour et a sollicité une nouvelle prolongation de délai jusqu'à la fin de mois de février 2017 pour déposer un recours dûment motivé.

Dans ce rapport, le psychiatre précité a expliqué suivre la recourante depuis le 4 novembre 2016, celle-ci ayant auparavant été la patiente du Dr G_____ et ce dès 2007. Elle présentait toujours un état dépressif récurrent, actuellement marqué et péjoré par de nombreuses comorbidités psychiatriques, notamment le trouble de la personnalité anankastique, et de comorbidités somatiques, telles qu'une obésité extrême (plus de 150 kg), un status post thrombo-embolie pulmonaire bilatérale compliqué en 2011, un syndrome d'apnée du sommeil et un status orthopédique

invalidant. Sur le plan psychique, elle souffrait également d'une anxiété généralisée avec des crises d'anxiété paroxystique et subissait une dégradation de ses capacités de résilience, de gestion des émotions et de son environnement. Depuis environ deux ans, elle présentait une dégradation psychique progressive avec désocialisation et perte d'élan vital, probablement en rapport avec la perte de repères, soutien et mobilisation dans des étapes de vie difficiles. Le traitement consistait dans la prise d'antidépresseurs et de tranquillisants. Le pronostic était mauvais à moyen-long terme mais il ne pouvait être exactement déterminé, la recourante ayant l'intention de se soumettre à une opération de bypass gastro-intestinal, pouvant lui permettre une possible restauration de son image personnelle et de ses capacités fonctionnelles. Pour tous ces motifs, la capacité de travail était nulle et la décision de l'intimé de refuser toute rente apparaissait inacceptable.

33. Par courrier du 17 février 2017, la chambre de céans a prolongé, une ultime fois, le délai imparti pour régulariser le recours.
34. Sous la plume de son actuel conseil, la recourante a complété son recours en date du 28 février 2017 et a conclu sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter le recours après avoir pu prendre connaissance du dossier AI complet et, sur le fond, à l'annulation de la décision querellée, et, cela fait, à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Après avoir résumé la situation et les rapports médicaux récents, la recourante a tout d'abord relevé que l'intimé était entré en matière sur la nouvelle demande, quand bien même le SMR avait indiqué qu'il s'était trompé en estimant qu'aucune aggravation n'avait été rendue plausible. Cela étant précisé, elle a relevé qu'il lui avait été difficile de rassembler les pièces utiles. En effet, le Dr G_____ n'avait, dans un premier temps, pas donné suite aux demandes de rapports puis il avait établi un bref courrier en juillet 2016, dans un contexte particulier, peu de temps avant un arrêt-maladie de longue durée. Son nouveau psychiatre traitant, le Dr N_____ ne la suivait que depuis le 4 novembre 2016 et il n'avait pu rédiger son rapport que le 16 février 2017, le temps de se faire une idée de la situation. Lorsque l'expertise judiciaire avait été réalisée, en 2012, elle n'avait pas encore subi de thrombose ni d'embolie pulmonaire. La situation avait empiré à cause des douleurs de la thrombose l'ayant empêchée de se mouvoir, ce qui avait entraîné une prise de poids (150 kg actuellement). Elle était dans l'attente d'une opération de bypass et se déplaçait avec un déambulateur.

35. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 20 mars 2017 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. A titre liminaire, il a toutefois précisé que le libellé de la décision était erroné, dès lors qu'il s'agissait d'une décision de refus de prestations et non de non-entrée en matière. Sur le fond, il s'est référé à son SMR et a résumé son avis du 14 juillet 2016, considérant que les pièces médicales produites n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation des faits. Les éléments médicaux n'apportaient ainsi aucun élément en faveur d'une aggravation objective de l'état de santé de la recourante

postérieurement à la décision du 2 décembre 2009 et à l'arrêt rendu par la chambre de céans le 8 novembre 2013.

36. La recourante a produit sa réplique le 17 mai 2017. Après avoir pris note que l'intimé admettait que la décision querellée était une décision de refus et non une décision de non-entrée en matière, elle a considéré que, contrairement à l'avis du SMR, les documents médicaux qu'elle a produits ne mettaient pas en évidence « essentiellement des aspects subjectifs ». A l'appui de ses dires, elle produisait notamment un rapport d'IRM lombosacrée, datant du 19 avril 2017, expliquant objectivement les raisons des lombosciatalgies. Par ailleurs, elle était dans l'attente d'un bypass et avait pris 35kg entre 2012 et 2017, ce qui aggravait encore les atteintes à la santé au niveau du dos et des genoux. Enfin, les troubles somatoformes douloureux devaient être examinés eu égard aux nouveaux critères en la matière. Dans tous les cas, elle sollicitait préalablement l'audition du docteur O_____, généraliste, qui avait repris le suivi, ainsi que celle du Dr N_____ et concluait à la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

En annexe figurait le compte-rendu de l'IRM lombosacrée réalisée le 19 avril 2017, évoquant une rectitude de la lordose lombaire, avec lombarthrose prédominant des trois derniers segments lombaires et débords discaux circonférentiels, une attitude scoliotique sinistro-convexe modérée. Un débord discal circonférentiel avec protrusion discale extraforaminale droite visible en L3-L4 venait au contact de la racine L3 droite. Un rétrécissement foraminaux bilatéral prédominant à gauche, avec hernie discale protrusive et extraforaminale, visible en L4-L5 venait en conflit avec la racine L4 gauche. A cet étage se trouvait une diminution récessale bilatérale prédominant du côté gauche dans le cadre de la luxation modérée du débord discal, en conflit avec la racine L5 gauche. Enfin, une surcharge facettaire L4-L5 et L5-S1 avec en L5-S1 une protrusion discale médiale était visualisée.

37. Le 9 juin 2017, l'intimé a soumis l'IRM précitée à son SMR qui a considéré, dans un avis du 30 mai 2017, joint, que l'IRM montrait une évolution dégénérative normale des différentes atteintes déjà connues, sans pouvoir préjuger des conséquences physiques éventuelles (la clinique n'étant pas corrélée aux images). Cela ne permettait ainsi pas de justifier une aggravation de l'état de santé ou des nouvelles images cliniques. Par ailleurs, l'OAI s'opposait à une nouvelle expertise.

38. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 26 février 2018. Entendue à cette occasion, la recourante a notamment expliqué que depuis novembre 2016, elle avait toujours des douleurs et souffrait des mêmes problèmes : elle pouvait ni marcher ni travailler, elle avait des problèmes respiratoires et portait un appareil pendant la nuit. Elle ressentait immédiatement des douleurs lorsqu'elle voulait faire la vaisselle. Il lui arrivait de se sentir bien pendant un jour, puis elle se sentait de nouveau très mal. Elle ne comprenait pas pourquoi l'intimé lui demandait autant de renseignements alors que tout le monde savait que depuis qu'elle était malade, elle ne pouvait plus rien faire. Les opérations chirurgicales envisagées

(bypass gastrique et opération du genou) ne pouvaient être effectuées pour le moment, en raison de ses problèmes de thrombose et des nombreux médicaments qu'elle prenait. Sur le plan psychique, elle était toujours suivie par le Dr N_____, qui lui fixait des rendez-vous à une fréquence variable : tous les quinze jours ou tous les mois, en fonction de son état. Elle consultait également le Dr O_____ depuis 2014, sauf erreur, mais elle n'était pas sûre de la date exacte.

Quant à l'intimé, il a expliqué qu'il n'avait pas instruit la question du trouble somatoforme douloureux, respectivement de la fibromyalgie en fonction des indicateurs issus de la jurisprudence du Tribunal fédéral du 3 juin 2015, dès lors qu'il considérait qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé de la recourante, raison pour laquelle il avait estimé qu'il était inutile de poursuivre l'instruction médicale de ce dossier.

39. Par courrier du 12 avril 2018, la recourante a encore transmis un rapport du Dr O_____ du 4 avril 2018, dont il ressort qu'il la suivait depuis le 1^{er} novembre 2016 et qu'il retenait les diagnostics de rachialgie, lombosciatalgie gauche, coxalgie, polyarthrose, fibromyalgie avec notion de hémisyndrome gauche, probable rupture du moyen fessier à droite, canal carpien des deux côtés, non opéré, canal cervical étroit détecté en 2008, état anxio-dépressif, obésité avec un BMI à 50, syndrome d'apnées du sommeil appareillé par une CPAP, foramen ovale perméable non fermé, thrombophilie avec mutation de facteur G20210A en état hétérozygote. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de lever ou port de lourde charge, pas de position debout/porte à faux de longue durée, pas de marche de plus de 100m avec le déambulateur. La capacité de travail était entière.
40. Le Dr N_____ a été entendu le 23 avril 2018. A cette occasion, il a notamment expliqué qu'il avait repris le suivi de la recourante début novembre 2016, en raison d'une absence prolongée du Dr G_____, qui exerçait dans les mêmes locaux, mais qui, pour diverses raisons, avait interrompu son activité depuis environ une année au moment. Des collègues et lui-même avaient décidé de reprendre les patients du Dr G_____ au fur et à mesure des demandes formulées par les intéressés. Dans les faits, les patients demandaient un rendez-vous avec le Dr G_____ et à ce moment-là, l'un ou l'autre collègue fixait un rendez-vous avec l'intéressé. Dans le cas d'espèce, la recourante avait pris contact à travers son interprète environ quatre semaines avant que le Dr N_____ ne la rencontre au début du mois de novembre.

Lorsqu'il avait reçu la recourante pour la première fois, elle était très mal et présentait notamment un état d'anxiété généralisée, un état de crise de panique avec blocage de la respiration et une difficulté totale à s'organiser. Même si des facteurs somatiques (asthme, surpoids, apnée du sommeil, etc.) venaient expliquer ce blocage, l'anxiété s'y surajoutait en majorant les effets. L'état dans lequel il avait trouvé la recourante en novembre 2016 était sans doute largement influencé par le fait que la Dresse I_____ ne répondait plus à ses demandes depuis le mois de septembre 2016, et qu'une situation similaire, même plus ancienne encore, se retrouvait du côté du Dr G_____. L'état psychique, même s'il était réactionnel, ne

faisait toutefois que s'ajouter au reste. Le rejet de la demande de prestations AI avait sans doute une influence mais cela allait beaucoup plus loin, puisqu'il n'était pas seulement question de rejet de la demande de prestations, mais également de refus de prestations médicales. En effet, par exemple, l'opération du bypass qu'on lui avait promise, et qui était l'aboutissement d'un processus extrêmement compliqué, fait d'investigations multidisciplinaires sur une certaine durée (deux ans environ), avait dû être déplacée.

La personnalité anankastique pouvait être définie comme une personnalité obsessionnelle compulsive. Les critères pour poser ce diagnostic étaient très liés à l'anxiété, la personne se préoccupant de tout, cherchant à avoir le contrôle sur tout, le sentiment d'être en permanence dans le désordre, et ainsi recherchant le refuge dans l'ordre et la discipline, pour se rassurer, en recherchant en quelque sorte la sécurité, suivant une anxiété sans objet. La recourante avait eu des périodes de stabilité affective et personnelle lorsqu'elle pouvait avoir un contrôle, mais lorsque la situation se déstabilisait, elle en perdait la maîtrise et elle pouvait devenir projective (accuser les gens, les critiquer) et vivre ainsi une anxiété sans objet. Il avait pu identifier ces indices en discutant avec la patiente. Pour prendre un exemple, lorsqu'était évoqué un problème administratif, comme fixer un rendez-vous de médecin, elle donnait le sentiment d'être totalement désespérée et décrivait une situation insoluble pour résoudre le problème.

Lorsqu'il retenait une incapacité de travail de 100%, il prenait en considération tant l'aspect psychique que les aspects somatiques. En effet, on était en présence d'une interaction des difficultés d'ordre somatique et de la réactivité psychique due à ses difficultés somatiques.

Lorsqu'il avait pris en charge la patiente, en novembre 2016, on était dans un tout autre registre que celui apparemment retenu dans l'expertise : le degré d'anxiété était et est toujours total et son emprise sur l'incapacité psychique de la patiente était complète. Par la suite, il y avait certainement eu des périodes d'amélioration, mais le fond était toujours le même. Il ne retenait pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, dès lors qu'il rattachait l'état de la recourante à une problématique directement psychiatrique, soit un trouble de la personnalité avec une composante anxieuse très importante, permettant de parler d'anxiété généralisée, trouble et crise de panique, et état dépressif récurrent, qui était passé de majeur à fin 2016, à moyen dans le courant 2017 et qui était à nouveau majeur.

Quant à la recourante, elle a assuré qu'elle avait continué à prendre ses médicaments pendant la période sans suivi. Au vu de l'absence prolongée du Dr G_____, elle avait demandé un rendez-vous d'urgence. Elle avait téléphoné plusieurs fois et s'était même présentée à plusieurs reprises au cabinet pour essayer de rencontrer le médecin, avant que finalement elle puisse obtenir un rendez-vous avec son psychiatre traitant actuel.

41. Par courrier du 28 mai 2018, l'intimé a transmis à la chambre de céans l'avis de son SMR, du 18 mai 2018, portant sur les rapports du Dr O_____ du 4 avril 2018 et du Dr N_____ du 16 février 2017 et son audition du 23 avril 2018. Se fondant sur les conclusions du SMR, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Dans l'avis précité, le SMR a considéré que le Dr O_____ ne faisait que reprendre les différentes atteintes, sans se positionner sur leurs conséquences et sans se prononcer sur leur sévérité. Il n'apportait ainsi aucune information quant à une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante. Quant au Dr N_____, il reprenait les éléments fournis par le Dr G_____, notamment dans son rapport du 5 octobre 2015, dans lequel il retenait déjà un épisode dépressif sévère et une personnalité anankastique ainsi qu'une incapacité de travail totale depuis 2007, en contradiction avec la précédente décision. Quant au Dr N_____, il retenait également l'année 2007 comme date de dégradation et ne fournissait pas non plus d'élément objectif permettant de justifier cette évaluation et de retenir une aggravation. Son audition n'apportait pas non plus les éléments manquants. Par conséquent, il convenait de s'en tenir aux précédentes conclusions.

42. Par courrier du 11 juillet 2018, la recourante a considéré que l'aggravation de son état de santé avait été suffisamment documentée et qu'elle aurait justifié de la part de l'OAI la reprise de l'instruction du dossier avant qu'il ne rende la décision de refus de prestation. Par conséquent, elle persistait dans ses conclusions.
43. Pour sa part, l'intimé a persisté dans ses conclusions par courrier du 18 juillet 2018.
44. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al.

4 let. c LPGA), le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé entre 2011, année de la dernière décision reposant sur un examen matériel de la situation, et 2017, année au cours de laquelle la décision querellée a été rendue, et sur le calcul du degré d'invalidité.
5. a. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

b. 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 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).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b/aa. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de

doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

b/cc. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA).

b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à

l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. a. A titre liminaire, il y a lieu de préciser que dans leurs écritures respectives, les parties ont considéré que la décision querellée devait être qualifiée de décision de refus de prestations et non de refus d'entrer en matière. Vu la position concordante des parties, la chambre de céans n'examinera pas la qualification de la décision.

b. Se fondant sur l'expertise réalisée par les Drs D_____, E_____ et F_____, le 9 décembre 2012, la chambre de céans a confirmé la décision du 2 décembre 2009, par arrêt du 8 novembre 2013. A teneur du rapport précité, les diagnostics étaient alors les suivants : syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), incontinence urinaire mixte discrète (N39.4), status après embolisation de fistule durale artério-veineuse du sinus latéral gauche en 2001 (Q 28.2), ménisocose et chondromalacie débutante rotulienne du genou gauche (M23.2 et M22.4), spondylodiscarthrose sans myélopathie ni radiculopathie (M47.8), lésions dégénératives plantaires sur troubles statiques et après ostéonécrose aseptique du 2^{ème} métatarsien à gauche (M19.8), obésité (E66.9), polyneuropathie modérée, axonale, essentiellement sensitive (G62.9), déconditionnement (/72.3), status après thrombose veineuse profonde proximale étendue du membre inférieur gauche compliquée d'une embolie pulmonaire et de septicémie sur surinfection locale du thrombus en janvier 2011 (I82.9) et mutation hétérozygote du facteur II (D68.9). En substance, sur le plan somatique, les experts n'ont pas constaté d'altération significative de l'état de santé de la recourante depuis les précédentes expertises réalisées. Sur le plan psychique, le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, entraînaient certaines limitations, lesquelles interféraient de 30% dans toutes les activités. En d'autres termes, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 70%. La chambre de céans s'était écartée de cette expertise, considérant que la capacité de travail était entière, les experts n'ayant pas appliqué les critères jurisprudentiels en matière de trouble somatoforme douloureux.

Le 8 septembre 2014, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations en raison de douleurs au dos et aux jambes, thrombose, absence de force dans les mains, vertiges notamment. En cours d'instruction et de procédure, elle a produit plusieurs rapports de ses médecins traitants, essentiellement des Drs G_____ et I_____ ainsi que plusieurs comptes-rendus et autres rapports médicaux. En substance, les atteintes ressortant notamment de ces pièces sont les suivantes : discopathie L3-L4 et L4-L5, protrusion discale circonférentielle provoquant un rétrécissement canalaire modéré au niveau L4-L5 et moindre au niveau L3-L4, ces atteintes venant au contact ou conflit avec la racine L3 droite et les racines L4 et L5 gauche ; arthrose postérieure et protrusion discale L5-S1 à droite, ces atteintes étant résumées par la Dresse I_____ sous les termes « cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire et sur

discopathies étagées au niveau lombaire » et par les termes « lombalgies aiguës sur probable instabilité lombaire – arthrose interapophysaire postérieure » ; douleurs des deux avant-pieds dans un contexte de troubles statiques, de troubles dégénératifs et d'un status après nécrose aseptique de la tête du 2^{ème} métatarsien à gauche ; signes de gonarthrose du compartiment interne du genou droit avec lésions de grade III de la corne postérieure du ménisque interne des deux genoux, chondromalacie modérée de grade II du genou droit ; trouble dépressif récurrent, épisodes qualifiés de moyen à sévère selon les périodes, avec symptômes psychotiques.

Ces pièces ont été soumises au SMR qui a établi des avis à quatre reprises, en dates des 26 mai 2015, 29 janvier, 14 juillet et 12 décembre 2016.

c/aa. Cela étant précisé, il s'agit de déterminer si, au vu des pièces du dossier, l'intimé a, à juste titre, rejeté la demande de prestations de la recourante au motif que l'aggravation n'avait pas été établie. Pour ce faire, il convient d'examiner la valeur probante des rapports au dossier.

A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit plusieurs rapports de ses médecins traitants, établis sur les formulaires-types pour la plupart. Si ces pièces ont à l'évidence permis de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, elles ne sont pas suffisantes pour confirmer l'existence, au degré de la vraisemblance prépondérante, de cette aggravation faute de respecter les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante.

En effet, dans ses écrits, le Dr G_____ renvoie à plusieurs reprises à ses précédents rapports, lesquels ont été établis antérieurement à l'expertise judiciaire et dans lesquels il a posé des diagnostics qui n'ont pas été retenus par les experts. Au vu de la terminologie employée dans ses rapports, le médecin précité procède selon toute vraisemblance à une appréciation différente d'un même état de faits, ce qui ne permet pas de conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante

Quant aux rapports de la Dresse I_____, ils ne contiennent pas d'anamnèse, de description des constatations cliniques ou encore de conclusions non motivées, notamment s'agissant de la capacité de travail. Il en va de même du rapport du Dr O_____ du 4 avril 2018 produit en cours de procédure.

Au dossier figure également un rapport du Dr N_____ du 16 février 2017, dans lequel ce médecin évoque un état dépressif péjoré, une forte dégradation de ses capacités de résilience, de gestion des émotions et de son environnement, une progressive dégradation psychique depuis environ deux ans. Il a également mentionné un tableau psychologique clinique sérieux avec une anxiété généralisée avec des crises d'anxiété paroxystiques, diagnostic évoqué pour la première fois. Toutefois, le rapport produit ne comporte aucune anamnèse, ni aucune description des plaintes de la recourante. On ne sait pas si le Dr N_____, comme son confrère le Dr G_____, a procédé à une constatation différente d'un même état de faits ou si, suite à des fluctuations, certains diagnostics retenus rejoignent désormais ceux

du Dr G_____. Si l'audition du Dr N_____ a permis d'apporter certaines précisions, elle n'a toutefois pas pallié l'absence de valeur probante de son précédent rapport.

Enfin, la recourante a produit de nombreux comptes-rendus d'imagerie, lesquels ne comportent aucune conclusion sur la capacité de travail mais uniquement les constatations cliniques faites lors des examens.

En conclusion, si les pièces produites par la recourante sont suffisantes pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé, elles ne permettent pas de l'établir au degré de la vraisemblance prépondérante faute de valeur probante.

c/bb. Les pièces produites par la recourante ont été soumises au SMR qui a établi plusieurs avis, lesquels constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) ayant pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier.

Force est de constater, en premier lieu, que dans ses avis du 26 mai 2015 et 29 janvier 2016, le SMR a retenu une atteinte – un anévrisme – qui n'a jamais été diagnostiquée chez la recourante. Il l'admet d'ailleurs dans son avis du 14 juillet 2016. Dans ces rapports, le service précité requiert uniquement des documents supplémentaires. Par conséquent, les avis des 26 mai 2015 et 29 janvier 2016 ne sauraient être pris en considération pour se prononcer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante.

Dans son avis du 14 juillet 2016, le SMR résume brièvement les rapports du Dr G_____ des 5 octobre 2015 et 4 juillet 2016, relevant que ce médecin a considéré qu'il n'y avait pas de changement notable à relever et qu'il convenait de se référer aux rapports de 2009, 2014 et 2015. Le SMR résume également brièvement un rapport de la Dresse I_____, dont il ne précise pas la date. Dans la mesure où il évoque une incapacité de travail depuis mai 2014, le SMR se réfère à l'évidence au rapport de la Dresse I_____ du 30 juin 2015. Il en conclut que les atteintes évoquées ont déjà été prises en considération lors de l'expertise judiciaire du 9 décembre 2012 et qu'« une aggravation n'est pas mise en évidence sur la base des éléments mis à notre disposition et n'est pas susceptible de changer l'avis précédent ». On ne sait toutefois pas à quel avis le SMR fait référence, ce qui est d'autant plus problématique que les deux avis précédents établis dans la procédure administrative ouverte suite au dépôt de la nouvelle demande se prononcent uniquement sur une aggravation de l'état de santé de la recourante en lien avec une atteinte dont elle ne souffre pas. De plus, cet avis ne prend pas en considération toutes les pièces médicales apportées au dossier et notamment l'avis de la Dresse I_____ du 20 décembre 2015, dans lequel elle fait état d'une aggravation. Bien plus, le SMR ne semble pas non plus avoir examiné les nombreux comptes-rendus d'IRM, de radiographies, CT-Scan, etc. reçus par l'OAI le 8 octobre 2014, lesquels

sont le cas échéant susceptibles d'établir une aggravation objective de l'état de santé de la recourante.

Enfin, la décision querellée se fonde également sur un avis du 12 décembre 2016, dans lequel le SMR a notamment considéré que si la Dresse I_____ évoquait certes, dans ses rapports successifs, une aggravation psychique et somatique, elle retenait essentiellement des aspects subjectifs et une aggravation de l'obésité, non pertinente, pour laquelle un bypass était envisagé. Le SMR ne précise toutefois pas en quoi consistent les aspects subjectifs. Par ailleurs, s'il est vrai que l'obésité en soi n'est pas constitutive d'invalidité, celle-ci doit toutefois être admise, selon la jurisprudence, si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_48/2009 consid. 2.3 ; voir également RCC 1984 p. 359 consid. 3). Enfin, dans ce même avis, le SMR commente trois des documents médicaux produits par la recourante mais il fait totalement abstraction des trois autres et notamment du rapport de consultation rhumatologique, dans lequel le diagnostic de fibromyalgie a été évoqué.

En cours de procédure, le SMR a encore rendu un avis en date du 30 mai 2017, relatif au compte-rendu de l'IRM lombo-sacrée du 19 avril 2017. Après avoir résumé les constatations cliniques des radiologues, le SMR a considéré que l'IRM lombaire en question montrait une évolution dégénérative normale des différentes atteintes déjà connues, sans pouvoir préjuger des conséquences physiques éventuelles et que cela ne permettait pas de justifier d'une aggravation de l'état de santé ou de nouvelles limitations cliniques. La chambre de céans ne saurait suivre le SMR sur ce point. En effet, il y a une aggravation de l'état de santé non seulement lorsque de nouvelles atteintes apparaissent mais également lorsque des atteintes déjà existantes évoluent de manière négative, même si cela correspond à une évolution dégénérative « normale ». Or, force est de constater que sur l'IRM en question, datant du 19 avril 2017, les radiologues ont évoqué des atteintes dégénératives en conflit avec les racines L3 et L4. Cela semble correspondre à une aggravation objective, dès lors que dans leur rapport du 9 décembre 2012, les experts ont expressément exclu toute radiculopathie ou, en d'autres termes, toute atteinte à une racine. Certes, le rapport d'IRM ne comporte pas de conclusions sur la capacité de travail. Cela étant, il permet, le cas échéant, d'objectiver certaines plaintes de la recourante.

Dans de telles conditions, les conclusions du SMR ne sauraient pas non plus être suivies par la chambre de céans.

d. Il découle de ce qui précède que la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier les répercussions de l'aggravation de l'atteinte et des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et, par conséquent, de déterminer le degré d'invalidité en résultant. En effet, le dossier

soumis à la chambre de céans ne comporte aucune appréciation disposant d'une valeur probante suffisante.

Dans la mesure où l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande, il lui appartenait, en vertu de son devoir d'instruire d'office, d'examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et de s'assurer que l'aggravation rendue vraisemblable par l'assurée était effectivement survenue. Cette instruction n'a à l'évidence pas été effectuée à satisfaction de droit, ce que l'intimé a au demeurant admis lors de la comparution personnelle des parties, au cours de laquelle il a expliqué qu'il n'avait notamment pas instruit la question de la fibromyalgie, au regard des critères nouvellement admis par la jurisprudence. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sur la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 13 décembre 2016 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]).

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis 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 et annule la décision du 13 décembre 2016.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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