



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4106/2019

ATAS/1187/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 décembre 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée \_\_\_\_\_, à PERLY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Elodie LE GUEN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. En juin 2020, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1957, a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une arthrose et fibromyalgie.

Cette demande a été rejetée par décisions des 4 novembre 2004 (refus de rente) et 5 novembre 2004 (refus de mesures d'ordre professionnel), confirmées sur opposition le 10 février 2005.

L'OAI a constaté que l'assurée, au bénéfice d'une formation d'infirmière-assistante et d'aide familiale, mariée et mère de quatre enfants, avait travaillé à temps partiel comme concierge depuis 1990, activité qu'elle avait cessée en septembre 2000 en raison de lombalgies, de douleurs aux genoux et d'un état dépressif.

L'OAI a retenu que si l'intéressée était certes totalement incapable de travailler comme concierge, elle était restée apte à exercer à plein temps toute activité légère et adaptée permettant l'alternance des positions et n'impliquant ni port de charges, ni travaux lourds.

L'instruction avait permis de recueillir, notamment :

- un rapport rédigé le 29 mai 2001 par la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à l'intention de l'assureur perte de gain, concluant à une gonarthrose droite, à une obésité en voie de diminution, à des lombalgies (discopathie L2-L3, L3-L4, L4-L5 avec protrusion discale en L4-L5 sans compression radiculaire), à une spondylodiscarthrose dorsale et à une discarthrose C5-C6 ; du point de vue de la gonarthrose, l'état était stabilisé ; en revanche, une aggravation lente était à prévoir du point de vue des lombalgies ; la pose d'une prothèse totale du genou était envisagée ; un changement de profession était préconisé, car il paraissait évident que l'assurée ne pouvait plus exercer de travaux de force ; en revanche, une pleine capacité de travail était conservée dans une activité adaptée c'est-à-dire semi-sédentaire et permettant de fréquents changements de position (activité de bureau, par exemple) ;
- un rapport du docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant, du 20 juin 2002, concluant à une gonarthrose droite (status après méniscectomie et ostéotomie), à des lombalgies, à une discopathie, à une spondylodiscarthrose, à une obésité, à un état dépressif et à un canal carpien bilatéral ; le médecin attestait d'une totale incapacité de travail dans la profession de concierge depuis septembre 2000 ;
- un avis du Service médical régional (SMR) du 14 mai 2004 rappelant que l'assurée avait subi une intervention du genou en 1975, une ostéotomie de la tubérosité tibiale en 1979, qu'elle souffrait depuis 1977 de lombalgies avec notion de discopathie, qu'une expertise faite à la demande de l'assureur perte de gain en mai 2001 avait conclu à l'inexigibilité des travaux de force, mais à une capacité de travail totalement préservée dans une activité adaptée plus légère ; le SMR notait que, dans un premier rapport, le médecin traitant avait évalué la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, que début 2003, il avait mentionné des interventions chirurgicales sur la main droite avec

persistance de douleurs - tout en estimant la capacité résiduelle de travail à 100% dans un travail adapté -, avant de signaler, en novembre 2003, une aggravation de l'état dépressif et une évolution vers une fibromyalgie entraînant une incapacité totale de travail ; dans ces conditions, une évaluation globale des limitations et de la capacité résiduelle de travail devait être opérée sur la base d'une expertise pluridisciplinaire rhumato-psychiatrique ;

- le rapport rendu le 21 septembre 2004 par la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), plus particulièrement par les docteurs D\_\_\_\_\_, interniste, E\_\_\_\_\_, rhumatologue et F\_\_\_\_\_, psychiatre ; les plaintes de l'assurée étaient principalement : gonalgie droite, lombalgies chroniques, douleurs diffuses, douleurs à la main droite et sentiment dépressif ; 14 points sur 18 de fibromyalgie s'étaient révélés positifs ; les diagnostics retenus étaient : syndrome douloureux somatoforme persistant, gonarthrose droite et dysthymie ; étaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : une cervicarthrose et un status post-opération d'un tunnel carpien droit et cure de pouce à ressaut droit en décembre 2002 ; la capacité de travail de l'assurée a été jugée nulle dans une activité physiquement astreignante, mais totale dans une activité adaptée telle que celle de secrétaire, c'est-à-dire permettant d'éviter les genuflexions, les positions statiques debout prolongées, le port de charges répété et les travaux lourds ; l'assurée souffrait d'une gonarthrose trop importante pour pouvoir être améliorée par des mesures médicales ; une intervention chirurgicale avec mise en place d'une prothèse du genou serait probablement nécessaire à moyen terme.
2. Une nouvelle demande de prestations a été déposée le 9 mars 2018, dans laquelle l'assurée a invoqué une hernie discale, un canal lombaire étroit, une arthrose des genoux et une fibromyalgie.
3. Ont été versés au dossier :
- plusieurs certificats d'arrêt de travail délivrés par le Dr C\_\_\_\_\_ depuis le 3 octobre 2017 pour un arrêt de travail à 100% ;
  - un bref rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 30 mars 2018 indiquant que l'assurée souffre depuis 2011 de lombocruralgies gauches sur canal lombaire étroit et hernie discale L2-L3 et de gonalgies bilatérales sévères ; le médecin souligne que l'exacerbation majeure de ces deux pathologies a entraîné une totale incapacité de travail depuis début octobre 2017 et pour une durée indéterminée ;
  - une brève note du SMR du 4 juin 2018 considérant qu'une aggravation a été rendue plausible et notant que l'assurée est désormais âgée de 60 ans ;
  - un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 20 juin 2018, concluant à une totale incapacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, en raison d'une mobilité réduite, d'une résistance fortement diminuée et de l'impossibilité de tout port de charges ;
  - un rapport du docteur G\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après :

HUG), du 20 juillet 2018, suite à la pose d'une prothèse totale du genou à droite compliquée par une nécrose cutanée, concluant à une totale incapacité de travail jusqu'à la guérison de la plaie chirurgicale, avec un retour au travail possible a priori à 100% dès que la plaie serait guérie ;

- un bref rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2018 concluant à un état stationnaire avec persistance des douleurs au niveau du genou et gonalgies gauches s'aggravant ;
- un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 28 février 2019 faisant état d'une aggravation, fin 2018, (gonalgie gauche sur arthrose tri-compartmentale du genou, persistance de lombosciatalgies, canal lombaire étroit, aggravation des gonalgies gauches) ;
- un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2019 indiquant qu'une reprise du travail n'était pas d'actualité compte tenu de la mobilité fortement réduite, d'une asthénie et d'une résistance grandement diminuée ;
- deux rapports du Dr G\_\_\_\_\_ des 19 septembre et 22 octobre 2018 expliquant que la nécrose n'était pas encore totalement guérie et qu'il était déconseillé, jusqu'à ce qu'elle le soit, de reprendre une activité telle que celle exercée précédemment ; en revanche, dans un travail de bureau purement sédentaire, la reprise pourrait être immédiate à 100%.
- un avis émis le 20 août 2019 par le SMR relatant que l'assurée est en incapacité de travail depuis le 2 octobre 2017 en raison d'une gonarthrose bilatérale sévère, que dans son rapport de juin 2018, le médecin traitant a retenu les limitations fonctionnelles d'épargne des genoux et du dos, que dans son rapport de mai 2019, le chirurgien orthopédiste a annoncé que la pose de prothèse de genou à gauche suivrait celle effectuée à droite en avril 2018, que dans un rapport du 30 mai 2019, le chirurgien orthopédiste a néanmoins précisé qu'il n'y avait plus de limitations fonctionnelles et que la pose d'une prothèse à gauche ne semblait plus d'actualité ; le médecin du SMR a confirmé la totale incapacité de l'assurée à exercer son activité habituelle d'assistante familiale, considérée comme trop physique, et ce, depuis octobre 2017 ; il a en revanche estimé que, s'agissant d'une profession respectant les limitations fonctionnelles d'épargne des genoux (pas de station debout et de marche prolongée, activité essentiellement assise, pas de marche en terrain instable ou irrégulier), des cervicales et du dos (pas de rotation/flexion/extension du cou, pas d'activité tête fléchie, alternance des positions assise et debout, pas d'activité en porte-à-faux ou penchée en avant, pas de port de charges de plus de 5 kg), la capacité de travail était entière depuis août 2018, soit trois mois après la pose de la prothèse du genou droit.
- une évaluation du degré d'invalidité en comparant le revenu que l'assurée aurait réalisé dans son activité habituelle en 2018, soit CHF 36'488.- (montant indiqué par le dernier employeur pour 2017, réactualisé en 2018), à celui qu'elle aurait obtenu la même année sans atteinte à sa santé, soit CHF 49'540.- (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2016, TA1\_skill\_level = CHF 4'363.- pour 40 h./sem. = CHF 4'548.- pour 41,7 h./sem. = CHF 54'581.- en 2016 = CHF 55'045.- en 2018) après diminution

de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était possible.

4. Le 22 août 2019, a été adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait que l'OAI envisageait de rejeter sa demande de prestations, faute d'invalidité.
5. Le 15 septembre 2019, l'assurée a contesté ce projet et expliquant qu'elle s'estimait incapable d'exercer son activité habituelle, laquelle consistait à s'occuper d'enfants âgés de 0 à 6 ans. Son contrat de travail avait d'ailleurs été résilié au 31 août 2019 en raison de son état de santé.
6. Par décision du 2 octobre 2019, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

L'OAI a reconnu l'existence d'une incapacité totale à exercer l'activité habituelle depuis le 2 octobre 2017, mais a considéré que l'intéressée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 1<sup>er</sup> août 2018.

Comparant le revenu qu'elle aurait réalisé sans atteinte à sa santé, soit CHF 36'662.-, à celui qu'elle aurait pu obtenir malgré celle-ci, soit CHF 49'540.-, l'OAI a conclu à l'absence de perte de gain et donc d'invalidité.

7. Par écriture du 1<sup>er</sup> novembre 2019, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à son audition et à celle de plusieurs membres de sa famille, et quant au fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018, avec suite de frais et dépens.

En substance, la recourante expose avoir suivi une formation d'infirmière à distance, mais n'avoir jamais pratiqué ce métier, avoir en revanche travaillé comme aide familiale, puis comme concierge à mi-temps jusqu'à ce qu'elle se retrouve en incapacité de travail en raison d'une arthrose fibromyalgique se manifestant par des douleurs aux niveaux des genoux et des lombaires. Ne pouvant plus exercer d'activité physiquement contraignante, elle s'est reconvertie et a débuté en septembre 2010 en tant qu'accueillante familiale auprès de l'association intercommunale pour l'accueil familial de jour à Genève. Son poste consistait à prévoir des activités avec les enfants dont elle avait la garde, à effectuer des promenades et sorties, à préparer les repas et à s'occuper des enfants durant la journée. Cela impliquait de rester longtemps debout, de marcher de manière prolongée et de porter régulièrement des charges allant jusqu'à 10 kg, voire 25 kg. Au fil du temps, son état s'est aggravé au point de justifier le dépôt d'une nouvelle demande de prestations.

La recourante conteste pouvoir exercer à plein temps une activité, même adaptée et invoquer à cet égard les avis des Drs G\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_.

Elle estime être totalement incapable de travailler depuis le 2 octobre 2017 en raison d'une fibromyalgie présente de longue date, d'une arthrose au genou droit ayant nécessité la mise en place d'une prothèse totale en avril 2018, d'une arthrose au genou gauche qui nécessitera probablement la même intervention à terme, d'un canal lombaire étroit avec hernie discale en L2-L3, d'une arthrose de la colonne

vertébrale, d'un valgus aux pieds, d'une arthrite des mains et des pieds générant de fortes douleurs et des gonflements au niveau des articulations.

Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas mené l'instruction à son terme, de n'avoir pas investigué sa fibromyalgie et le caractère invalidant de celle-ci et de n'avoir pas établi quelles sont ses limitations fonctionnelles, dont elle allègue qu'elles n'ont pas été réévaluées depuis l'expertise de 2004, alors même que son état s'est aggravé.

La recourante en tire la conclusion qu'un renvoi de la cause à l'intimé pour mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire comportant notamment un volet psychiatrique - conformément à la jurisprudence en matière de fibromyalgie - s'impose.

A l'appui de sa position, la recourante produit notamment :

- une brève attestation de son médecin traitant du 14 octobre 2019 confirmant la symptomatologie décrite en février 2018 et indiquant que l'évolution a été défavorable et qu'il l'a adressée au docteur H\_\_\_\_\_, neurochirurgien ;
  - un courrier du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, adressé le 1<sup>er</sup> octobre 2019 au médecin traitant, indiquant que la patiente était satisfaite de sa prothèse du genou droit, mais souffrait de douleurs à la racine du membre inférieur gauche, que la hanche était parfaitement libre et indolore en rotation mais qu'il existait en revanche des contractures paravertébrales lombaires à gauche ; il n'y avait pas de déficit neurologique sensitif ou moteur ; l'articulation coxofémorale était normale ; le médecin en tirait la conclusion que le problème était lombosciatalgique gauche ;
  - un courrier du docteur J\_\_\_\_\_ au médecin traitant le 9 octobre 2019, relevant des douleurs diffuses avec présence des points de fibromyalgie, l'absence de limitation articulaire notoire, ainsi que celle de signes inflammatoires objectifs ; le médecin indique n'avoir aucun argument pour une pathologie inflammatoire sous-jacente et conclut à un état polyalgique avec présence de points de fibromyalgie ;
  - un rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 15 octobre 2019, concluant à une lombo-glutéalgie gauche chronique non déficitaire, avec épisodes de sciatalgies et absence de franc conflit en S1, ainsi qu'à des douleurs chroniques des mains avec sensation de faiblesse et troubles sensitifs dans les doigts ; le médecin dit avoir retrouvé à l'examen clinique un syndrome vertébral important avec de discrets signes irritatifs à gauche, sans syndrome déficitaire, ni conflit particulier S1 ; il émet l'hypothèse que la symptomatologie soit liée à la fibromyalgie.
8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 décembre 2019, a conclu au rejet du recours.

Il fait valoir que si le diagnostic de syndrome douloureux chronique a certes été retenu en 2004, il n'a pas empêché l'assurée de travailler depuis lors et n'a été mentionné par aucun médecin dans le cadre de la nouvelle demande.

Aucun élément n'a été apporté qui viendrait étayer l'existence d'une atteinte à la santé psychique.

9. Dans sa réplique du 14 janvier 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions.

En substance, elle considère que l'avis du SMR est en contradiction avec les constatations médicales des autres intervenants.

Pour le reste, elle reprend les arguments déjà évoqué dans son recours.

Elle souligne que, contrairement à ce que soutient l'intimé, sa fibromyalgie l'a bel et bien empêchée de travailler puisqu'elle est en arrêt de travail depuis octobre 2017.

Elle en tire la conclusion une fois de plus que l'instruction est lacunaire.

10. Dans sa duplique du 6 février 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il se réfère à un avis émis le 2 décembre 2019 par le docteur K\_\_\_\_\_, médecin au SMR, qui, après examen des deux rapports médicaux versés au dossier à l'appui de la nouvelle demande, en tire la conclusion qu'ils mettent en évidence des gonalgies, lombosciatalgies et cervicalgies dont le SMR a tenu compte dans son avis du 20 août 2019 en énumérant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire, cervical et des genoux. Le médecin souligne que ces rapports n'ont pas mis en évidence de déficit neurologique ou de trouble sensitivomoteur en relation avec les problèmes du rachis. Dès lors, une capacité de travail dans une activité adaptée demeure entièrement exigible en tenant compte des limitations d'épargne énumérées. Les spécialistes ne se sont pas prononcés sur une éventuelle capacité de travail.

Le médecin du SMR note aussi que l'assurée, suite à la pose d'une prothèse totale du genou en avril 2018, a souffert de complications cutanées qui ont entraîné la nécessité de soins réguliers de la plaie ainsi qu'une intervention de chirurgie plastique, fin 2018, ce qui rend vraisemblable la date d'octobre 2018 retenue par les orthopédistes des HUG pour une capacité à exercer une activité sédentaire.

Quant à l'atteinte psychique alléguée, le SMR souligne que la consultation est intervenue après la décision litigieuse et que cette atteinte n'a jamais été décrite antérieurement si ce n'est sous la forme d'une dysthymie non incapacitante en 2004.

Le SMR en tire la conclusion qu'aucun nouvel élément médical objectif ne lui permet de modifier ses conclusions du 20 août 2019.

---

## EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravée depuis la décision de refus de prestations du 10 février 2005, au point de lui ouvrir désormais droit à une rente d'invalidité.
6. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b. Lorsqu'elle est 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. A 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 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

7. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

8. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si l'atteinte n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

9. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 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 261 consid. 4, 115

V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

10. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

11. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

12. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de

ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

13. 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).
14. En l'espèce, la recourante sollicite l'octroi d'une rente entière à compter d'octobre 2018, au motif qu'elle est totalement incapable d'exercer la moindre activité lucrative, même adaptée, depuis octobre 2017, en raison d'une arthrose fibromyalgique se manifestant par des douleurs des genoux et des lombaires, mais aussi d'une arthrite des mains et des pieds générant de fortes douleurs et des gonflements au niveau des articulations.

Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas mené l'instruction à son terme et de s'être contenté de reprendre les limitations fonctionnelles énoncées en 2004, alors même que son état s'est aggravé depuis lors.

L'intimé invoque quant à lui l'avis du SMR et souligne que si le diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie a certes été retenu en 2004, il n'a pas empêché l'assurée de travailler depuis lors et n'a été mentionné par aucun médecin dans le cadre de la nouvelle demande.

En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'état de l'assurée s'est aggravé depuis la décision initiale rendue en 2005. Seule se pose la question de savoir si cette aggravation est telle qu'elle lui ouvre désormais le droit à une rente d'invalidité.

S'il est vrai que les médecins interrogés dans un premier temps après le dépôt de la nouvelle demande n'ont pas évoqué expressément la fibromyalgie, les spécialistes dont les rapports ont été produits par l'intéressée à l'appui de son recours l'ont fait. Ainsi, les Drs I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont relevé l'absence de limitation articulaire notoire, de signes inflammatoires, de déficit neurologique ou moteur ou encore de syndrome déficitaire ou de conflit radiculaire et, tous, ont évoqué l'hypothèse que la symptomatologie était en rapport avec la fibromyalgie.

Si la fibromyalgie diagnostiquée au début des années 2000 n'a certes pas empêché la recourante de travailler durant plusieurs années dans une profession moins contraignante que celle de concierge exercée initialement, force est de constater qu'il n'en est plus allé de même par la suite. Il est vrai que ce sont principalement les gonalgies qui ont conduit à l'arrêt de travail, en octobre 2017, et que ces douleurs étaient imputables à des atteintes objectives qui ont été traitées par la mise en place d'une prothèse qui aurait dû permettre une reprise du travail dans une activité adaptée fin 2018. Force est cependant de constater que les douleurs diffuses ont persisté, au niveau de la hanche, des membres inférieurs, des lombaires, des cervicales, des mains et des pieds. Qui plus est, le Dr C\_\_\_\_\_, dans son rapport du 18 janvier 2019, a fait état d'une asthénie et d'une résistance grandement diminuée.

De l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, il ressort, avec une vraisemblance prépondérante, que la fibromyalgie soumise à expertise en 2004 s'est aggravée et devrait faire l'objet d'une instruction complémentaire afin de réexaminer les conditions permettant de lui reconnaître – ou non – un caractère invalidant. Certes, le SMR, dans son appréciation, a tenu compte des gonalgies, lombosciatalgies et cervicalgies en préconisant de respecter les limitations fonctionnelles habituelles d'épargne du rachis lombaire, cervical et des genoux. Eu égard à l'existence d'une fibromyalgie avérée, apparemment aggravée et n'ayant plus fait l'objet d'une véritable évaluation depuis plus de quinze ans, une expertise pluridisciplinaire permettant d'examiner les critères posés par la nouvelle jurisprudence en la matière s'avère indispensable, d'autant que les ressources dont peut disposer la recourante pour surmonter ces douleurs sans substrat organique ont sans doute évolué avec le temps, étant rappelé qu'elle est désormais âgée de plus de 60 ans. Tous ces éléments laissent subsister des doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité des conclusions du SMR, en l'absence d'avis médical spécialisé approfondi.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire ayant pour objectif de déterminer si la fibromyalgie revêt désormais un caractère invalidant.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et 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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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