



POUVOIR JUDICIAIRE

A/568/2017

ATAS/70/2020

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

**Arrêt du 30 janvier 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Anik PIZZI

recourante

contre

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

intimé

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

---

## EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1965, mère d'un garçon né en 1986, a travaillé comme femme de chambre de 1992 à 1997.
2. En octobre 1993, elle a fait un faux mouvement qui a entraîné des cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques d'origine musculo-ligamentaire et, depuis lors, a souvent été dans l'incapacité de travailler.
3. Le 24 février 1999, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement.

Cette demande a été rejetée par décision du 13 août 2001, au motif que l'assurée s'était réadaptée avec succès comme employée dans l'horlogerie à plein temps.

Avaient été versés au dossier, durant l'instruction, notamment :

- un rapport établi par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, attestant que sa patiente souffrait de cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques d'origine musculo-ligamentaire et qu'elle était désormais dans l'incapacité totale d'exercer l'activité de femme de chambre ;
  - un second rapport rédigé par ce même médecin en avril 2001, qualifiant l'état de sa patiente de stationnaire depuis 1999, soulignant qu'elle était désireuse de reprendre une activité le plus rapidement possible et indiquant qu'elle n'avait aucun problème à rester longtemps en position assise ou debout, mais devait éviter que son bras gauche ne reste longtemps appuyé sur une table ; sur le plan psychique, il n'y avait pas de signe d'état dépressif, mais un certain degré d'anxiété.
4. A compter du 7 novembre 2001, l'assurée s'est à nouveau retrouvée dans l'incapacité de travailler.
  5. Le 30 juin 2002, elle a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, dont l'instruction a permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :
    - un rapport établi le 28 janvier 2002 par les docteurs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, du département de rhumatologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), retenant le diagnostic de fibromyalgie ; l'assurée souffrait depuis une dizaine d'années de douleurs diffuses prédominant au niveau du rachis et de l'hémicorps gauche, augmentées à la mobilisation et occasionnant des réveils nocturnes ; les médecins encourageaient vivement leur patiente à reprendre une activité professionnelle à 50% ;
    - un rapport du 4 juillet 2002 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, retenant les diagnostics de fibromyalgie, de troubles du sommeil et d'asthénie d'origine indéterminée et attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 7 novembre 2001,

---

sans exclure une reprise à 50% après quelques mois, si les douleurs venaient à diminuer ;

- un rapport rédigé le 28 décembre 2002 par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, qui avait déjà suivi l'assurée du 21 octobre 1995 au 20 mai 1997 pour un épisode dépressif moyen avec somatisations, qui l'a réexaminée le 25 novembre 2002 ; elle se plaignait alors de fatigue, de douleurs dans tout le corps et de troubles du sommeil dus aux douleurs ; le médecin posait un diagnostic différentiel entre un trouble somatoforme douloureux persistant et une réaction dépressive prolongée, mais penchait, vu la présence de légers symptômes dépressifs, pour celui de réaction dépressive prolongée, étant précisé que, du point de vue psychique, il n'y avait pas d'incapacité de travail.

Par décision du 6 juin 2003, confirmée sur opposition le 14 juillet 2003, l'OAI a rejeté la demande du 30 juin 2002, au motif que la fibromyalgie n'était associée à aucune maladie psychique grave, de sorte qu'elle n'avait pas valeur de maladie selon la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le TCAS), alors compétent, l'a rejeté (cf. jugement ATAS/439/2004 du 1<sup>er</sup> juin 2004), au motif qu'il n'y avait pas eu aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis août 2001. Les troubles évoqués par le Dr E\_\_\_\_\_ ne suffisaient pas à fonder le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il n'avait évoqué que de légers symptômes dépressifs, sans incidence sur la capacité de travail. Le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, était le seul à avoir retenu, dans des rapports rédigés en décembre 2003 et mars 2004, c'est-à-dire pendant la procédure de recours, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique, dont il avait fait remonter l'apparition à novembre 2001, période à laquelle l'assurée ne le consultait pas encore. Dans ces circonstances, la fibromyalgie de l'assurée ne revêtait pas un degré de gravité suffisant pour admettre son caractère invalidant.

6. Le 28 juillet 2004, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, sur laquelle ce dernier a refusé d'entrer en matière par décision du 25 octobre 2004.

Cette décision se fondait notamment sur un avis émis par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), lequel avait conclu à l'absence d'élément médical nouveau, un trouble de l'humeur léger ou moyen devant être considéré comme faisant partie du syndrome douloureux.

Ce refus d'entrer en matière a été confirmé sur opposition le 1<sup>er</sup> février 2005, l'OAI considérant qu'aucune aggravation objective et notable de l'état de santé n'avait été rendue plausible par les documents produits par l'intéressée, à savoir :

- un certificat du Dr G\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2004, indiquant qu'après avoir suivi plus longuement l'assurée, il pensait que cette dernière présentait une personnalité

dépendante ; selon le médecin, cela permettait de présumer que la pathologie psychiatrique (troubles de l'humeur et troubles de la personnalité) était antérieure à la fibromyalgie et remontait probablement à novembre 2001 ; il y avait incontestablement perte d'intégration sociale ;

- un court certificat du Dr E\_\_\_\_\_ daté du 15 décembre 2004, indiquant que la fibromyalgie s'était aggravée depuis une année environ, avec des épisodes algiques très fréquents, accompagnés d'un état dépressif également plus marqué ; le traitement (anti-inflammatoires et antidépresseurs) n'avait pas eu de résultat satisfaisant ; selon le médecin, l'assurée était totalement inapte à effectuer un travail physique ;
- un certificat du Dr G\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2004, mentionnant une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée depuis l'été 2003.

La décision sur opposition a été établie sur la base d'un nouvel avis du Dr H\_\_\_\_\_, lequel a rappelé que la personnalité ne changeait pas au cours de la vie d'adulte, sauf événement particulièrement grave. Or, l'assurée avait pu travailler par le passé, malgré sa personnalité dépendante, ce qui s'expliquait par le fait que les personnes dépendantes parvenaient à fonctionner correctement si elles recevaient l'assurance que quelqu'un les supervisait et les approuvait. Le Dr G\_\_\_\_\_ n'indiquait pas en quoi il y avait eu aggravation, ni quand cette dernière serait survenue, mais se livrait plutôt à des considérations sur l'ancienneté de troubles, dont l'OAI avait déjà tenu compte dans ses évaluations précédentes.

7. Le 18 septembre 2007, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI, dont l'instruction a permis de réunir les éléments suivants :

- un courrier du Dr E\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2007, indiquant avoir constaté, durant les années 2004 à 2006, plusieurs épisodes de lumbagos, avec blocages lombaires et incapacité à effectuer les activités ménagères et avoir noté, depuis une année et demie environ, une aggravation de l'anxiété et de la tristesse, souvent accompagnées d'une insomnie et d'une fatigue intense ;
- un document rempli le 29 octobre 2007 par le Dr G\_\_\_\_\_, qualifiant l'état de sa patiente de stationnaire depuis le 14 juillet 2003, avec des fluctuations vers le haut ou vers le bas ; il n'y avait pas de changement dans les diagnostics (trouble dépressif récurrent, épisode variant de moyen à plus sévère et fibromyalgie) qui, tous deux, avaient une influence sur la capacité de travail, qu'il évaluait à 0% depuis le 19 novembre 2001 ;
- un rapport du 18 juin 2008 du Dr E\_\_\_\_\_, faisant état des diagnostics, incapacitants, de fibromyalgie, état dépressif, lombalgies chroniques de type mécanique et cervico-brachialgies gauches, depuis 1997.
- un rapport rédigé le 4 juillet 2008 par le Dr G\_\_\_\_\_, confirmant les diagnostics précédemment posés, précisant que l'état de sa patiente était stationnaire depuis décembre 2003 ; s'agissant des douleurs, il n'y avait pas de changement et la médication restait peu efficace ; l'assurée vivait en vase clos avec son mari ;

- un rapport établi le 10 avril 2008 par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, consulté pour des gonalgies gauches avec des épisodes de gonflement ; les radiographies du genou gauche avaient montré une maladie de Pellegrini-Stieda (ossification du ligament latéral interne survenant habituellement après un ancien traumatisme) ; selon ce médecin, les douleurs du genou gauche étaient probablement à mettre sur le compte d'une arthrose débutante, bien que les signes radiologiques soient très discrets ; après traitement, l'évolution des douleurs avait été favorable ;
- un rapport du 5 août 2008, dans lequel le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic incapacitant de fibromyalgie depuis 2001, et celui de possible gonarthrose débutante depuis 2008.

Par décision du 7 novembre 2008, l'OAI a rejeté cette nouvelle demande de prestations au motif que la situation était globalement identique à celle qui prévalait en 2003.

Saisi d'un recours de l'assurée, le TCAS - alors compétent - l'a rejeté par arrêt du 26 novembre 2009 (ATAS/1480/2009). En substance, le tribunal a retenu qu'on ne pouvait reprocher à l'OAI de ne pas avoir procédé à une expertise complémentaire, puisqu'il ressortait de l'avis des spécialistes que l'état de l'assurée était demeuré stable. Le trouble de la personnalité dépendante dont faisait état le Dr G\_\_\_\_\_ était déjà connu de l'OAI avant la décision du 1<sup>er</sup> février 2005, entrée en force. Quant au Dr I\_\_\_\_\_, il n'avait fait que confirmer le diagnostic de fibromyalgie, déjà connu lui aussi, et évoquer des gonalgies qui s'étaient nettement améliorées après traitement. Partant, il convenait de confirmer l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée.

8. Le 20 juin 2011, l'assurée a saisi l'OAI d'une cinquième demande de prestations, sur laquelle l'OAI, par décision du 22 septembre 2011, a refusé d'entrer en matière, aucune modification essentielle de l'état de fait n'ayant été rendue vraisemblable par le rapport rédigé le 26 juillet 2011 par le Dr G\_\_\_\_\_. En effet, celui-ci y certifiait que l'état psychique de sa patiente s'était aggravé depuis une année (abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie avec augmentation de la fatigue et réduction des activités, diminution de l'attention et de la concentration, idées de culpabilité et dévalorisation, vision morose de l'avenir, troubles du sommeil) et faisait état d'un épisode dépressif récurrent désormais sévère, avec une aggravation des douleurs liées au syndrome douloureux somatoforme. Cela étant, le SMR, qui avait été consulté, avait relevé que la fibromyalgie n'était pas accompagnée de comorbidité psychiatrique à ses débuts ; selon lui, l'assurée conservait une pleine capacité de travail en tant qu'ouvrière en horlogerie.
9. Le 22 mars 2013, l'assurée a déposé une sixième demande de prestations, motivée par une aggravation de son état de santé (repli social, intolérance aux bruits et aux écarts de température et vertiges).

A l'appui de cette demande, l'assurée a produit un nouveau rapport rédigé le 8 mars 2013 par le Dr G\_\_\_\_\_, attestant d'une aggravation de l'état de santé de sa

patiente depuis son rapport précédent et retenant les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, syndrome douloureux somatoforme persistant, trouble de la personnalité, personnalité dépendante. Selon le médecin, l'aggravation consistait en un abaissement net de l'élan vital avec fatigue, aboulie, anhédonie, fatigabilité accrue, baisse des activités, troubles du sommeil avec sensation de somnolence diurne, impression de dévalorisation, morosité, pessimisme, important retrait social avec absence de rapport sociaux et amicaux et intolérance au bruit.

Par décision du 27 septembre 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière, suivant en cela l'avis émis le 9 juillet 2013 par le SMR, qui avait considéré que ce nouveau rapport du Dr G\_\_\_\_\_ était superposable au précédent.

Saisie d'un recours, la Cour de céans, l'a partiellement admis par arrêt du 12 juin 2014 (ATAS/713/2014) et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Considérant qu'une aggravation de l'état de santé avait à tout le moins été rendue plausible, une instruction plus poussée apparaissait nécessaire pour examiner les conséquences de ladite aggravation (état dépressif qualifié désormais de sévère et retrait social marqué) sur le droit aux prestations.

10. Dans le cadre de l'instruction complémentaire, l'OAI a notamment recueilli les éléments suivants :

- un rapport du 18 août 2014 du Dr G\_\_\_\_\_ confirmant les diagnostics déjà posés (trouble dépressif récurrent, épisode sévère, fibromyalgie et trouble de la personnalité dépendante aggravant les autres pathologies, cette dernière atteinte n'ayant toutefois pas d'incidence sur la capacité de travail) ; les symptômes du tableau dépressif sévère étaient : une adynamie, une aboulie, une baisse importante de l'élan vital, une anhédonie, un ralentissement psychomoteur, des idées d'échec et de déchéance de vie, des troubles de la mémoire et du sommeil ; ils empêchaient l'assurée d'exercer une quelconque activité, étant précisé qu'au vu de son bagage intellectuel, les activités ne nécessitant guère d'efforts physiques étaient difficiles à trouver ; le pronostic était défavorable ;
- un rapport rédigé le 2 octobre 2014 par le Dr I\_\_\_\_\_, diagnostiquant une fibromyalgie, des douleurs aux épaules dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec des signes de conflit sous-acromial, une bursite sous-acromio-deltaïdienne gauche et une tendino-bursite trochantérienne droite ; le médecin mentionnait également, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail, une légère gonarthrose bilatérale, une tendinopathie tibiale postérieure droite, une obésité et une notion d'état dépressif ; il précisait n'avoir pas revu l'assurée depuis octobre 2011 ; les limitations consistaient en une diminution de la résistance aux efforts physiques, des difficultés à la marche ou en position debout prolongée et des difficultés à travailler bras en hauteur ; en se fondant sur le tableau clinique de 2011, on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ;

---

- le rapport d'expertise établi le 24 octobre 2016 par le Centre d'expertises médicales de la policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), en particulier par les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ; sur le plan orthopédique, le Dr K\_\_\_\_\_ a évoqué une gonarthrose gauche débutante, une très probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs et une obésité, sans répercussion sur la capacité de travail ; dans une activité assise, semi-assise et sans effort systématique des épaules au-dessus de l'horizontale, comme c'était le cas dans l'activité d'ouvrière en horlogerie, la capacité de travail était totale ; sur le plan rhumatologique, le Dr M\_\_\_\_\_ a retenu un syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgique ; cette symptomatologie douloureuse survenait dans le contexte d'un conflit avec l'OAI, en raison du non-octroi des prestations demandées à plusieurs reprises ; les limitations fonctionnelles sévères rapportées par l'assurée ainsi que les autolimitations lors de l'examen clinique en raison des douleurs contrastaient avec l'absence de raideur articulaire, de limitations fonctionnelles anatomiques structurelles lors de la mobilisation passive des articulations et l'absence d'amyotrophie ; le rhumatologue avait également relevé la présence de signes de non-organicité ou comportementaux, suggérant une composante non organique à la symptomatologie douloureuse ; du point de vue médico-théorique, en l'absence de maladie ostéo-articulaire, il ne pouvait justifier une incapacité de travail de longue durée ; les éléments psychosociaux seraient déterminants pour l'évolution de la symptomatologie douloureuse ; sur le plan psychique, le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant ; le psychiatre n'a pas retrouvé d'éléments pour retenir un état dépressif caractérisé ou un trouble de la personnalité ; les douleurs alléguées n'entraînaient que peu de limitations dans la vie quotidienne d'une assurée qui disposait de ressources et avait notamment pu préserver un environnement social et familial satisfaisant ; en définitive, les experts ont retenu les diagnostics de gonarthrose gauche débutante, syndrome somatoforme douloureux persistant, tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche très probable et obésité, dont ils ont considéré qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail ; les experts ont indiqué n'avoir trouvé aucun indice d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis 2011 ; sa capacité de travail était entière dans la dernière activité exercée d'ouvrière en horlogerie, qui restait adaptée à son état de santé.

11. Se fondant sur ces éléments, l'OAI, par décision du 16 janvier 2017, a nié à l'assurée le droit à toute prestation, considérant que l'atteinte dont elle souffrait n'était pas invalidante.
12. Le 17 février 2017, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire « par un expert neutre et indépendant », et sur le fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 18 septembre 2018.

La recourante reproche à l'intimé de n'avoir pas tenu compte des changements récents de la jurisprudence relative au caractère invalidant de la fibromyalgie et

s'étonne des conclusions de l'expertise de la PMU, qui lui ont pourtant suggéré de se reposer et ont pu constater ses limitations fonctionnelles. Elle allègue être confinée chez elle et ne plus entretenir aucun contact social en dehors de son mari. Selon elle, les experts n'ont pas envisagé sa situation dans sa globalité.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 mars 2017, a conclu au rejet du recours.

Il soutient que le rapport d'expertise de la PMU doit se voir reconnaître pleine valeur probante, puisque la situation médicale de la recourante a été parfaitement élucidée.

Il ajoute que c'est donc à juste titre qu'il lui a « octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps » (*sic*).

14. Dans sa réplique du 10 avril 2017, la recourante a persisté dans ses arguments et conclusions et relevé n'avoir jamais bénéficié d'aucune rente, même limitée dans le temps.

15. Par écriture du 8 mai 2017, l'intimé a répété qu'à son avis, l'instruction médicale du dossier était satisfaisante. Sa référence à une rente limitée dans le temps résultait d'une erreur.

16. La Cour de céans a sollicité des informations complémentaires des médecins de la recourante.

17. Le 25 janvier 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a répondu que le tableau clinique restait celui d'une fibromyalgie provoquant d'importantes douleurs diffuses, dans le cadre d'une obésité marquée. Il a par ailleurs relevé une limitation légère à modérée de la flexion des deux genoux dans le cadre d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale, prédominant très probablement à gauche, ainsi qu'une légère diminution de la mobilité lombaire. Il a en outre indiqué qu'il lui était difficile de se prononcer quant à d'éventuelles limitations des épaules, étant donné qu'il n'avait pas constaté de limitation de la mobilité articulaire à ce niveau.

18. Entendu le 1<sup>er</sup> février 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué suivre l'assurée depuis juillet 2003. Son trouble dépressif fluctuait, d'un degré moyen à sévère, mais restait globalement stationnaire. Il avait observé une humeur triste, du découragement, une faiblesse et un manque d'initiative. S'y ajoutaient des troubles du sommeil et d'autres symptômes. La détresse psychologique renforçait la douleur physique et réciproquement, ce qui l'avait amené à retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux plutôt que celui de fibromyalgie.

Selon le témoin, il n'y avait jamais eu capacité de travail. Le traitement mis en œuvre n'avait pas eu l'effet escompté. Le trouble de personnalité dépendante aggravait sans doute le tableau en affectant les ressources disponibles. La recourante était plutôt isolée. Elle vivait en symbiose avec son époux, ce qui n'était pas suffisant pour l'aider à mobiliser ses ressources. Son isolement était dû aux

atteintes à la santé, qui l'avaient éloignée du monde du travail. Son état de santé avait également des répercussions dans sa vie privée.

Interrogé sur d'éventuelles mesures de réadaptation, le témoin a estimé qu'elles ne pourraient être mises en œuvre, vu la gravité et la multiplicité des atteintes.

Selon lui, le conflit asséculoologique s'expliquait par un manque de reconnaissance, lequel pouvait renforcer la symptomatologie psychique.

Le témoin a dit ne pas rejoindre le Dr M\_\_\_\_\_, lorsque ce dernier retenait au premier plan des éléments psychosociaux. Il a également contesté l'affirmation selon laquelle sa patiente disposerait encore de ressources suffisantes, ainsi que les conclusions de l'expertise, arguant que les douleurs de sa patiente ne pouvaient être mesurées.

19. Le 23 mars 2018, la Cour de céans a invité les Drs J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ à répondre aux questions des parties au sujet de leur rapport d'expertise.
20. Le Dr K\_\_\_\_\_ s'est exécuté le 11 avril 2018. Il a expliqué que la douleur était classiquement une composante de la fibromyalgie, qui n'était toutefois pas une maladie invalidante sur le plan orthopédique, en l'absence de lésions somatiques objectivées et objectivables. Il a dit avoir tenu compte des plaintes douloureuses dans son évaluation.
21. Dans son courrier du 17 avril 2018, la Dresse J\_\_\_\_\_ a, pour sa part, répondu que les douleurs n'avaient pas été prises en compte car elles s'intégraient dans un tableau de syndrome somatoforme douloureux persistant évoluant de longue date. Les experts s'étaient appuyés sur les indicateurs de gravité jurisprudentiels pour l'évaluation des répercussions de ce trouble. Les ressources de la recourante étant jugées satisfaisantes et les limitations fonctionnelles peu importantes, le trouble somatoforme avait été considéré comme non incapacitant. La recourante avait expliqué avoir un bon réseau amical dans son voisinage, des rapports réguliers avec son fils et sa belle-fille. S'agissant des activités ménagères, le trouble somatoforme douloureux persistant avait pour conséquence une tendance aux comportements régressifs et de dépendance vis-à-vis de l'entourage. Les limitations n'étaient pas uniformes, la recourante étant en mesure, par exemple, de faire du crochet, de sortir le chien ou d'accompagner son conjoint pour faire les courses.
22. Le 19 avril 2018, le Dr M\_\_\_\_\_ a répondu à son tour et a notamment affirmé que la fibromyalgie n'était pas une maladie à proprement parler, mais un syndrome douloureux, sans mécanismes physiopathologiques spécifiques selon les connaissances actuelles. Les critères de classification et de diagnostic continuaient de susciter des débats nourris. Il a répété que la douleur n'était pas mesurable et ne pouvait, à elle seule, être prise en compte dans l'examen de la capacité de travail. Chez la recourante, il n'y avait pas de cause somatique démontrable à l'origine des plaintes, dont la véracité n'était toutefois pas mise en doute. Les déterminants psychosociaux auxquels il s'était référé dans son rapport étaient les suivants : la longue période d'absence d'activité lucrative, l'absence de formation

---

professionnelle certifiée, un niveau socio-éducatif modeste et un conflit asséurologique. Le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments médicaux décisifs supplémentaires en tant qu'il retenait une fibromyalgie.

23. Le 8 mai 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
24. Le 18 mai 2018, la recourante a fait de même, contestant disposer de ressources suffisantes et rappelant ne plus avoir d'activité. Quant à l'absence de substrat anatomique net évoquée, elle relève souffrir d'arthrose et d'œdèmes. L'aide sollicitée de son mari n'est pas le fruit d'un état régressif, mais bien de son incapacité à accomplir certains mouvements ou activités. Elle reproche en outre à la Dresse J\_\_\_\_\_ d'avoir minimisé tous les indicateurs dont elle considère, pour sa part, qu'ils sont révélateurs d'une invalidité importante (douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse et de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie). La recourante rappelle que la communauté médicale reconnaît la fibromyalgie comme une maladie neuro-somatique avec une composante d'état dépressif et la douleur est un facteur incapacitant. Enfin, elle souligne qu'elle souffre bel et bien de lésions anatomiques aux genoux, au bras et à l'épaule gauches.
25. Entendu par la Cour le 24 mai 2018, le Dr L\_\_\_\_\_ a expliqué s'être fondé sur la CIM-10. Le trouble dépressif d'intensité modérée aurait pu entrer en ligne de compte comme diagnostic différentiel du trouble somatoforme douloureux. Il a finalement décidé de considérer que les symptômes de la lignée dépressive étaient partie intégrante du trouble somatoforme douloureux, parce qu'il a eu le sentiment que la vie quotidienne de la recourante montrait un certain investissement. L'assurée lui a paru assez loin d'être effondrée par la dépression. Les symptômes en question ne lui ont pas semblé revêtir une intensité suffisante pour retenir un diagnostic séparé.

Interpellé sur le fait que la recourante disait ne pas savoir utiliser Internet, le Dr L\_\_\_\_\_ a concédé qu'il s'agissait d'une erreur de sa part, tout en ajoutant que ce n'était là qu'un exemple. Il a eu l'impression que la recourante avait encore une vie sociale, dans un cercle certes restreint, mais avec des relations avec son entourage immédiat.

Questionné au sujet des ressources de l'assurée, dont il avait vu pour démonstration le fait qu'elle ait pu élever son fils - âgé de 32 ans au moment de l'expertise -, le Dr L\_\_\_\_\_ dit avoir mentionné cet élément surtout par rapport au diagnostic de trouble de la personnalité. Il a admis que ses conclusions ne seraient pas les mêmes si l'assurée vivait confinée chez elle, n'allumait la télévision que pour avoir un bruit de fond et n'entretenait de relations qu'avec son conjoint. Il se souvenait toutefois que la recourante lui avait dit voyager au Portugal et avoir une vie sociale. Le Dr L\_\_\_\_\_ a fait remarquer que certains, malgré les douleurs chroniques, restent tout à fait capables de travailler à plein temps. Il existait encore des pistes thérapeutiques à explorer, selon lui.

26. Par écriture du 18 juin 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
27. Le 3 juillet 2018, la recourante a fait de même, répétant que son état de santé s'est visiblement dégradé depuis 2001 et reprochant à l'intimé d'avoir systématiquement minimisé ses symptômes.

Elle conteste la valeur probante de l'expertise et réaffirme qu'elle n'a plus aucun contact à l'extérieur, pas d'amis, qu'elle ne sort pas de chez elle et n'y invite personne. Elle ne parvient pas à faire son ménage. Elle ne sait pas utiliser Internet et ne regarde pas la télévision, allumée par son compagnon.

Elle souligne ses douleurs, ses angoisses, ses souffrances et la pauvreté de sa vie sociale, affirmant que, quoi qu'il en soit, le fait de consulter son compte Facebook et de regarder de temps à autre la télévision ne saurait être qualifié de vie sociale stable et complète.

28. Le 11 février 2019, la Cour de céans a ordonné une expertise, qu'elle a confiée au docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.
29. Selon le rapport du 4 juillet 2019, le médecin précité a examiné la recourante le 24 juin 2019 (3 heures d'entretien), a eu deux entretiens téléphoniques avec elle, les 25 et 28 juin 2019 (de 10 minutes chacun), ainsi qu'un autre avec le docteur O\_\_\_\_\_ le 26 juin 2019 (5 minutes).

L'expert a expliqué avoir, au début, éprouvé des difficultés à obtenir des informations spontanées de la recourante dans le cadre de l'entretien ouvert, l'intéressée ne s'exprimant que très peu spontanément, adoptant une posture extrêmement dolente et résistant à l'investigation sur un mode passif. Elle demeurait attentiste, sans aucune expression spontanée, de sorte que l'expert avait dû constamment poser des questions auxquelles elle n'apportait que des réponses vagues et imprécises. L'expert était toutefois parvenu à obtenir davantage d'informations dans le cadre du questionnement systématique, durant lequel le rapport de collaboration s'était amélioré, ce qui avait eu pour conséquence que la recourante s'était exprimée de manière plus spontanée. Durant cette partie de l'entretien, l'expert s'était retrouvé face à une personne relativement vive et animée, bien affirmée dans la relation, prompte à la répartie lorsqu'il s'agissait de démontrer qu'elle avait raison, ce qu'elle pouvait faire avec à-propos et pugnacité. La voix était alors plus ferme, parfois enjouée, sur un ton pouvant être perçu comme un peu enfantin. A chaque fois qu'il avait appelé la recourante à son domicile, elle avait décroché le combiné assez rapidement. Sa voix était ferme et bien assurée. Elle s'était toujours montrée parfaitement cordiale et agréable.

Après avoir résumé les pièces du dossier, les déclarations de la recourante et ses constatations cliniques, le Dr N\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'accentuation des traits de personnalité évitante et histrionique et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), les symptômes majorés étant ceux découlant de la fibromyalgie et d'une hypertension artérielle diagnostiquée récemment.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il ne retenait pas le trouble somatoforme douloureux en raison du peu de limitations entraînées, mais plutôt un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques, dont il a rappelé les critères conformément à la CIM-10. L'expert a indiqué rejoindre le Dr L\_\_\_\_\_ quant à l'absence d'éléments pour retenir un état dépressif caractérisé. Il a dit avoir constaté une certaine vivacité, avec un sens de la répartie et une bonne capacité à s'affirmer chez une femme capable de sourire et, à l'occasion, d'émettre un petit rire, même si elle s'efforçait de se présenter comme fortement déprimée. Même en appliquant l'échelle de Hamilton, le score obtenu aurait été de 13, ce qui indiquait une dépression légère. Enfin, aucun trouble de la personnalité ne pouvait être retenu, seulement une accentuation de certains traits de personnalité.

En résumé, pour le Dr N\_\_\_\_\_, le degré de gravité des troubles n'était pas suffisant pour justifier le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou celui d'épisode dépressif. L'expert ne remettait pas en question le fait que la recourante souffrait d'une fibromyalgie l'exposant à un inconfort subjectif, par moments marqué (avec fatigue et irritabilité sur le plan psychique) sans que cela n'entraîne pour autant des limitations fonctionnelles significatives. La notion de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques désignait une forme d'attitude viciée entretenue, par des facteurs contextuels, attitude à laquelle la recourante devrait pouvoir renoncer compte tenu des fonctions psychiques conservées.

30. Le 22 juillet 2019, l'intimé, se fondant sur l'avis du SMR du même jour, s'est déclaré convaincu par l'expertise judiciaire.
31. Par écriture du 21 août 2019, la recourante a critiqué plusieurs aspects de l'expertise, à savoir le « climat d'autorité omnipotente » instauré par le Dr N\_\_\_\_\_, le défaut de collaboration, le test de Hamilton et la synthèse du dossier. Elle a sollicité l'audition du Dr N\_\_\_\_\_ ainsi que celle de son époux. Enfin, elle s'est réservé le droit de solliciter une contre-expertise.

### **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. 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. 56ss LPGA et 62ss LPA).

3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la sixième demande de prestations de la recourante. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre novembre 2008 (rejet de la quatrième demande de prestations) et janvier 2017 (rejet de la nouvelle demande de prestations).
4. 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).

c. 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).

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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 1er janvier 2008). Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité - La question des ressources mobilisables, in RSAS 2019, p. 60).

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).

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

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour

admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

b. Selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10), le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est retenu en présence de « symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur ». Le clinicien se trouve en présence d'« arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux) ». Ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90 (Pierre-André FAUCHÈRE, Douleur somatoforme, 2007, p. 141 s.).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral applicable jusqu'en 2018, les assurances sociales ne couvraient pas les conséquences de la névrose de revendication (ou de compensation) classée sous chiffre F68.0 de la CIM-10 (ATF 104 V 31 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 189/01 du 11 septembre 2001 consid. 4b ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances C-2768/2008 du 13 octobre 2009 consid. 8.1). Pour le Tribunal fédéral, l'assuré atteint de ce type de névrose ne parvenait pas à sortir du rôle d'invalidé, qu'il justifiait par une infirmité inexistante ou dont il exagérait les effets. Ses mobiles - inconscients - pouvaient être, par exemple, le désir de s'enrichir par des prestations d'assurance, de porter préjudice à une société qu'il rejetait, de laisser libre cours à sa paresse, de se venger de l'auteur de l'accident, etc. Contrairement au simulateur, qui se faisait une juste représentation de la réalité, il en était venu à croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment. Il s'agissait donc bien d'une véritable névrose, mais dont l'assurance sociale ne pouvait, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences (ATF 104 V 31 consid. 2b).

c/aa. La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10: M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé

psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. À ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3).

c/bb Enfin, en cas de syndrome douloureux somatoforme persistant ou trouble somatoforme douloureux persistant (F45.5 CIM-10), la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins.

c/cc. En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

d. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de

travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

7. a. Les troubles d'ordre psychosomatique ou syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, tels que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux, sont difficilement objectivables et il n'est pas évident d'identifier ce qui est raisonnablement exigible de l'assuré et s'il a les ressources nécessaires pour fournir l'effort requis.

b. Entre 2004 (ATF 130 V 354), voire 2006 (ATF 132 V 65) en ce qui concerne la fibromyalgie, et 2015, la jurisprudence fédérale posait la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvait être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Pour les raisons qui viennent d'être exposées ci-dessus, il y avait lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). Il était légitime d'admettre que ces circonstances étaient également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

A cet égard, on retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Cependant, lorsqu'un trouble dépressif accompagnait un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaissait comme une réaction à celui-ci, il ne constituait pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et les références). Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en

dépôt de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on concluait à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

c. Dans son ATF 141 V 281 du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique, en abandonnant la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées pouvaient être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, 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). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Le point de départ de l'évaluation précitée est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais aussi si, et comment, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1

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). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le

recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

d. Le 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral a étendu sa jurisprudence sur les troubles somatoforme douloureux à tous les troubles psychiques. (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Désormais, 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 à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8. a. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la

capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

En d'autres termes, dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de

---

travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3).

9. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 351 consid. 3).

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. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

b/bb. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

---

d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b/cc. 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 (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

b/dd. A 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).

10. 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).
11. a. En l'espèce, la recourante a saisi l'intimé de six demandes de prestations successives :
  - la première a été rejetée par décision du 21 février 1999, au motif que la recourante s'était réadaptée avec succès en tant qu'employée dans l'horlogerie ;
  - la deuxième a été rejetée par décision du 6 juin 2003, confirmée sur opposition le 14 juillet 2003, puis sur recours le 1<sup>er</sup> juin 2004, au motif que la fibromyalgie dont elle souffrait n'était pas accompagnée d'un trouble psychique suffisamment grave pour être qualifiée d'invalidante ;
  - par décision du 25 octobre 2004, confirmée sur opposition le 1<sup>er</sup> février 2005, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la troisième demande, aucune aggravation objective et notable n'ayant été rendue plausible ;

- 
- la quatrième demande de prestations a été rejetée par décision du 7 novembre 2008, confirmée sur recours le 26 novembre 2009, en l’absence d’aggravation ;
  - l’intimé a refusé d’entrer en matière sur la cinquième demande, aucune modification de l’état de fait n’ayant été rendue plausible ;
  - en revanche, il est entré en matière sur la sixième demande, mais il l’a rejetée au motif qu’aucune aggravation de l’état de santé n’avait pu être confirmée ; l’assurée a interjeté recours et il appartient désormais à la Cour de céans, dans le cadre de la présente procédure, d’examiner si, comme le prétend la recourante, la modification du degré d’invalidité rendue plausible est effectivement survenue.

b. Il n’est pas contesté que la recourante souffre d’une fibromyalgie depuis 2001.

La question est donc celle de savoir si cette atteinte rhumatologique est désormais incapacitante.

Afin d’y répondre, l’OAI a mandaté la PMU pour expertise. Dans leur rapport du 24 octobre 2016, les médecins de la polyclinique précitée ont expliqué n’avoir pas constaté d’aggravation de l’état de santé de la recourante, dont la capacité de travail était, selon eux, restée entière.

Après avoir sollicité des précisions des médecins de la PMU, la Cour de céans a examiné la valeur probante de leur rapport dans son ordonnance du 11 février 2019 et l’a niée s’agissant du volet psychiatrique, raison pour laquelle elle a mandaté le Dr N\_\_\_\_\_ pour expertise, étant précisé que la force probante des autres volets de l’expertise n’a pas été examinée.

Il convient donc de se prononcer sur la valeur probante des volets orthopédique et rhumatologique du rapport de la PMU du 24 octobre 2016 (à l’exclusion du volet psychiatrique) et sur celle du rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2019.

Les rapports précités remplissent, sur le plan formel, toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. En effet, ils contiennent le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu’une discussion générale du cas. Les conclusions sont motivées et convaincantes.

Sur le fond et sur le plan orthopédique, le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de gonarthrose gauche débutante, très probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche et obésité, atteintes sans incidence sur la capacité de travail. Les douleurs de l’épaule et du genou gauches s’inscrivaient dans un tableau de douleurs diffuses, avec une pression de toutes les zones de fibromyalgie sensibles et un testing musculaire montrant clairement des incohérences. Quant aux limitations fonctionnelles, elles étaient les suivantes : pas de travail avec le membre supérieur gauche au-dessus de l’horizontale et activité principalement en position assise afin de tenir compte de l’atteinte à l’épaule gauche.

Sur le plan rhumatologique, le Dr M\_\_\_\_\_ a conclu à une fibromyalgie, selon lui non incapacitante, dès lors que la douleur n'est pas mesurable et ne peut, à elle seule, être prise en considération lors de l'examen de la capacité de travail.

Quant au Dr N\_\_\_\_\_, il a évoqué, sur le plan psychique, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, les symptômes physiques majorés étant principalement ceux découlant de la fibromyalgie et d'une hypertension artérielle diagnostiquée peu avant l'expertise. La majoration des symptômes physiques n'exclut pas la fibromyalgie. Le médecin précité n'a pas remis en question le fait que la recourante connaisse des problèmes de santé mais a considéré que l'évolution défavorable aux plans social et professionnel paraissait avoir obéi à des facteurs non médicaux plutôt qu'à des facteurs en relation avec la maladie. Le comportement de la recourante paraissait cohérent : ayant un passé difficile et peu d'acquis à faire valoir sur le marché de l'emploi et souffrant d'un trouble pouvant s'accompagner d'un inconfort subjectif parfois marqué, la recourante avait constamment cherché à être reconnue comme invalide. Le Dr N\_\_\_\_\_ a également expliqué qu'il n'avait pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux en l'absence de limitations importantes. Dans de telles circonstances, le diagnostic de majoration des symptômes physiques paraissait plus approprié pour décrire le type de surcharge psychogène ayant conduit à une évolution défavorable, au plan socio-professionnel, d'un syndrome fibromyalgique resté en tant que tel relativement stable en même temps que la problématique d'insertion sociale et professionnelle s'accroissait avec l'accumulation de facteurs non-médicaux : âge, obésité, période d'inactivité avec déconditionnement.

c. En résumé, la recourante souffre d'une gonarthrose gauche débutante et d'une très probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs à gauche, atteintes pour lesquelles des limitations fonctionnelles ont été retenues. S'y ajoute une fibromyalgie, dont les symptômes ont été majorés pour des motifs psychologiques. La recourante dispose toutefois de ressources mobilisables (élan vital conservé, aisance verbal, capacité à s'affirmer) avec un environnement social soutenant et le Dr N\_\_\_\_\_ a donc considéré qu'elle devrait être en mesure de renoncer à son attitude viciée, laquelle est entretenue par des facteurs contextuels.

En d'autres termes, en surmontant son atteinte psychique, la recourante devrait pouvoir réduire les symptômes de la fibromyalgie et, partant, reprendre une activité lucrative.

12. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

A titre liminaire, la Cour de céans constate que, bien qu'elle ait sollicité un report du délai pour produire un avis de son médecin dont elle estimait qu'il serait « éminemment pertinent dans le cadre des déterminations sur l'expertise », l'assurée n'a finalement produit aucun document à l'appui de sa position.

Cela étant, force est de constater que la recourante critique essentiellement les conditions dans lesquelles l'entretien avec l'expert psychiatre se serait déroulé. Elle lui reproche d'avoir « instauré un climat d'autorité omnipotente en début d'entretien », d'avoir usé d'intimidation, d'avoir indiqué « avec beaucoup de force (...) qu'il se positionnait en tant que juge et non en thérapeute dans le cadre du mandat qui lui a été conféré, sommant [la recourante] de répondre avec véracité à ses questions et qu'il serait lui-même juge de l'issue du litige (...) ». En réalité, il ressort plutôt du dossier que le Dr N\_\_\_\_\_ a attiré l'attention de la recourante sur la différence entre un mandat d'expertise et un mandat thérapeutique. En effet, selon la jurisprudence fédérale, les avis des médecins traitants doivent être pris avec réserve au vu du rapport de confiance existant notamment entre patient et thérapeute, ce dernier étant plutôt enclin à se montrer plus favorable à son patient en ayant une approche plus subjective qu'un expert ou un médecin d'assurance, ce que le Dr N\_\_\_\_\_ semble avoir précisé à la recourante.

Cette dernière estime ensuite qu'en raison de la « position infantilisante », dans laquelle l'expert l'a placée, elle a perdu ses moyens, ce qui l'a empêchée de s'exprimer avec authenticité sur les questions posées. A titre d'exemples, elle cite ses déclarations au sujet de son frère, celles concernant sa vie sexuelle et les raisons de son changement de thérapeute. S'il ressort effectivement du rapport qu'il a, dans un premier temps, été difficile pour l'expert d'établir un rapport de collaboration avec la recourante, il n'en demeure pas moins que ces difficultés ont, par la suite, été surmontées et que la recourante a répondu de manière plus naturelle et spontanée. S'agissant plus particulièrement de sa vie sexuelle, force est de constater que la recourante a été en mesure de donner des détails (relations sexuelles deux à trois fois interrompues suite aux problèmes de santé du conjoint ; relations sexuelles surtout acceptées pour faire plaisir au conjoint, etc.) alors même que, dans ses observations du 19 août 2019, elle s'est prétendue choquée par les questions sur sa vie intime. Bien plus, elle conteste désormais ses déclarations, alléguant que sa vie sexuelle est en réalité inexistante. Pourtant, il aurait été plus facile de parler d'une vie sexuelle inexistante plutôt que de donner des détails à ce sujet. Les critiques précitées ne sont dès lors pas crédibles. Concernant son frère, la recourante ne nie pas avoir caché le fait qu'il habitait chez elle alors que la question lui a clairement été posée et qu'il lui a été demandé de répondre avec véracité aux questions. La recourante critique également la synthèse du dossier, considérant que l'expert a procédé à des descriptions non objectives (cf. changement de thérapeute) ou non exhaustives (pas de reprise d'une activité à 50%, les douleurs n'ayant pas diminué). En réalité, dans les passages visés par la recourante, le Dr N\_\_\_\_\_ s'est

uniquement contenté de résumer les pièces au dossier, de sorte qu'aucun reproche ne peut être formulé sur ce point.

Enfin, la recourante reproche à l'expert d'avoir retenu les réponses données aux questions sur sa vie intime pour nier toute dépression. Elle conteste également le score de 13 sur l'échelle de Hamilton, expliquant ne jamais avoir passé ce test. S'agissant tout d'abord du test précité, force est de constater qu'il s'agit là d'un test d'hétéro-évaluation, à savoir d'un test rempli par l'examineur et non pas par le patient. Le fait qu'elle n'ait jamais consciemment passé ce test n'est dès lors d'aucune pertinence. Ensuite, comme relevé ci-dessus, il n'est pas crédible que la recourante ait donné autant de détails sur sa vie sexuelle alors qu'elle aurait été choquée par les questions, pour ensuite revenir sur ces éléments lorsqu'elle a constaté qu'ils n'allaient pas dans son sens. Au demeurant, en l'absence d'un rapport médical, les critiques formulées à l'encontre du diagnostic retenu par l'expert sont de toute manière dénuée de tout fondement sur le plan médical.

Au vu des considérations ci-dessus, force est de constater que la recourante n'a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. Il convient donc de retenir que les rapports des médecins de la PMU et du Dr N\_\_\_\_\_ disposent d'une pleine valeur probante et qu'aucune aggravation de son état de santé n'a été rendue vraisemblable.

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

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La Présidente

Marie-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