RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1563/2020 **ATAS/717/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO	recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1967, d'origine érythréenne, naturalisée suisse en 1997, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 5 avril 2004 en raison de lombalgies et de gonalgies qui entravaient partiellement l'exercice de son activité de lingère, pratiquée à plein temps.

2. L'OAI a confié au docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et en médecine psychosociale et psychosomatique, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport du 2 septembre 2005, ce dernier a diagnostiqué des lombalgies chroniques non spécifiques, des troubles dégénératifs des deux genoux, un syndrome des anticorps anticardiolipines, un syndrome irritatif de la coiffe des rotateurs du côté droit et un état dépressif, d'intensité modérée, dans un contexte de douleurs chroniques et de difficultés existentielles diminuant de moitié la capacité de travail dans une activité adaptée en position assise ou assise-alternée, sans port de charges de plus de 5 kg.

3. Par avis du 4 octobre 2005, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a, contrairement au Dr B_____, estimé que, dans une activité adaptée, l'assurée était capable de travailler à plein temps.

4. Sur cette base, par décision du 14 octobre 2005, confirmée le 16 mai 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

5. Saisi d'un recours de l'assurée, par arrêt du 6 novembre 2007 (ATAS/1209/2007), le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, l'a admis, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il examine les possibilités de réadaptation professionnelle, sans s'être déterminé sur le taux d'invalidité de 19,70% retenu par l'administration, mais contesté par l'assurée.

6. Dans un rapport du 15 décembre 2008, la Fondation PRO, auprès de laquelle l'assurée avait effectué un stage du 25 août au 23 novembre 2008, pris en charge par l'OAI, a constaté que celle-ci était capable de travailler dans le domaine de l'industrie légère, secteur dans lequel aucune formation préalable n'était nécessaire, tout en ne pouvant pas se prononcer sur le taux d'activité exigible, les tentatives d'augmenter le taux d'occupation à plus de 50% s'étant soldées par des échecs.

7. Suivant les recommandations du SMR, l'OAI a sollicité le Bureau romand d'expertises médicales (ci-après : BREM) afin qu'il réalise une expertise pluridisciplinaire. Dans leur rapports des 6 septembre et 23 novembre 2010, les docteurs C_____, rhumatologue et interniste, et D_____, psychiatre, ont posé des diagnostics fondamentalement identiques à ceux retenus par le Dr B_____, mais ont estimé que l'assurée avait, sauf du 4 février 2009 au 31 janvier 2010, une capacité de travail entière dans une profession adaptée, évitant le port de charges de plus de 5 kg, les mouvements avec les bras au-dessus de l'horizontal, les positions à

genoux ou accroupie, la montée sur des échelles ou échafaudages, la marche sur un sol irrégulier et les positions en flexion du tronc.

8. Par avis du 4 janvier 2011, le SMR a retenu que l'assurée était entièrement incapable de travailler dans son activité habituelle dès le 7 novembre 2002, mais qu'une activité adaptée à plein temps pouvait être exercée dès janvier 2003, hormis du 4 février 2009 au 31 janvier 2010 où l'incapacité de travail était totale en raison de l'aggravation du trouble dépressif récurrent.

9. Par décision du 22 mars 2011, déférée à la chambre de céans, l'OAI a maintenu son projet de décision du 8 février 2011 rejetant la demande de prestations.

10. Statuant le 7 novembre 2011 (ATAS/1027/2011), la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assurée et lui a accordé une demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 58%, dès le 1er janvier 2004, une rente entière du 1er mai 2009 au 31 janvier 2010, une demi-rente après cette date, ainsi que le droit à une mesure de placement.

    En substance, la chambre de céans, après avoir considéré que l'arrêt précédent n'avait pas acquis force de chose jugée en ce qui concernait l'exigibilité et le degré d'invalidité de l'assurée, a constaté que tous les experts avaient retenu des diagnostics et des limitations fonctionnelles semblables et avaient en particulier reconnu l'existence de lombalgies. Elle a privilégié l'appréciation du Dr B_____, dans la mesure où son estimation d'une capacité résiduelle de travail de 50% était confirmée par le rapport de stage de la Fondation PRO et qu'aucun élément ne justifiait l'absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée retenue par le BREM.

11. Saisi à son tour, le 9 juillet 2012, le Tribunal fédéral a rejeté le recours formé par l'OAI contre cet arrêt (9C_931/2011).

12. Du 15 octobre au 9 novembre 2018, l'assurée a, durant son inscription à l'office cantonal de l'emploi, effectué un stage d'évaluation à mi-temps auprès des Établissements publics pour l'intégration (ÉPI) dans l'atelier conditionnement et assemblage. Dans un rapport du 12 novembre 2018, il a été relevé que la position assise était préférable pour le travail, mais que le besoin d'alterner restait plus ou moins important après un certain temps en position statique. Des douleurs apparaissaient au niveau du talon gauche dans la position debout après plus de trente minutes. La montée et descente d'escaliers occasionnaient des douleurs importantes aux genoux. La mobilité du dos était également limitée, l'assurée devait éviter les mouvements de flexion avec le dos en porte-à-faux et/ou la rotation du torse. Le port de charges était très limité (< 5 kg). Le travail fourni avait été de très bonne qualité, mais la productivité en raison de ses difficultés physiques était réduite et insuffisante pour être exploitable dans le marché primaire de l'emploi. Les gestes répétitifs avaient engendré des douleurs ayant nécessité un arrêt maladie du 30 octobre au 2 novembre 2018. Les limitations physiques (pas de travail répétitif avec les membres supérieurs), la réduction de la productivité (même à mi-

temps) et le manque de formation professionnelle qualifiée freinaient la réinsertion. Au vu des difficultés physiques rencontrées par l'assurée durant le stage dans une activité répétitive simple et légère, les ÉPI se demandaient si la décision de l'OAI lui reconnaissant une demi-rente d'invalidité représentait encore son employabilité et sa situation actuelle.

13. Dans un rapport du 14 novembre 2018, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui suivait l'assurée depuis fin 2017 suite au départ à la retraite du médecin-traitant, a fait état d'une aggravation de polyarthralgies. Une crise de gonalgie durant l'été avait nécessité une prise en charge par un rhumatologue et des infiltrations. Malgré une légère amélioration, l'assurée restait invalidée par ses douleurs. Après deux jours de stage aux ÉPI, elle avait présenté des douleurs importantes aux cervicales avec contractures musculaires motivant une augmentation du traitement antalgique et un arrêt de travail. Un emploi, même à 50%, paraissait extrêmement difficile.

14. Le 30 novembre 2018, l'assurée a requis la révision de sa rente d'invalidité, invoquant une incapacité de travail totale du 30 octobre au 2 novembre 2018, ainsi que depuis le 10 novembre 2018 provoquée par des polyarthralgies avec lombalgies, cervicalgies, gonalgies, le syndrome phospholipide, le trouble somatoforme et le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

15. Dans un rapport du 11 décembre 2018, la Dresse E_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé liée à la décompensation progressive de la gonarthrose depuis 2012. La capacité de travail était nulle dans toute activité. L'assurée devait éviter les déplacements et le port d'objets même légers.

    En annexe, figuraient les radiographies du genou gauche du 7 mai 2018 mettant en évidence un discret pincement fémoro-tibial médial, un discret ostéophyte intéressant le bord médial du plateau tibial médial, une structure osseuse discrètement déminéralisée, sans lyse ou de condensation, un minime ostéophyte intéressant le bord supérieur de la patella, une discrète lame d'épanchement sous-quadricipital, et la présence d'une fabella.

16. Dans un rapport du 26 avril 2019, la Dresse E_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était stationnaire depuis qu'elle avait repris le suivi fin 2017. Celle-ci consultait également le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Les douleurs l'empêchaient de rester plus de trente minutes en position assise ou debout. Le pronostic paraissait peu ou pas favorable à un retour à l'emploi. Une nouvelle expertise semblait utile.

17. Dans un rapport du 10 mai 2019, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et d'anxiété généralisée (F41.1). Elle suivait la patiente depuis 2009. Elle considérait qu'il était très difficile de séparer strictement les causes psychiques de celles physiques, car les douleurs et les limitations physiques de l'assurée accentuaient l'aspect dépressif et les angoisses quant à son

avenir, et réciproquement, la dépression et les angoisses modifiaient la perception de sa douleur. Les volets psychiques et physiques conduisaient à une incapacité de travail entre 80 et 90%. L'assurée présentait des troubles de la mémoire et de la concentration, la fatigabilité, une non-résistance au stress. Toute pression la déstabilisait et accentuait ses angoisses qui la paralysaient. Si la patiente avait été mise au bénéfice d'une aide à la réinsertion professionnelle, et/ou d'une reconversion dans les premières années de son arrêt de travail, un emploi à 50% aurait été possible. Toutefois, la non-reconnaissance de ses douleurs et limitations physiques, le fait de devoir se battre sans cesse pendant dix ans contre les décisions de l'OAI, l'humiliation de devoir dépendre de l'aide sociale et les difficultés à devoir élever seule un enfant, sans moyens financiers, avaient eu une influence très délétère sur son psychisme ; actuellement, elle n'était plus capable de travailler, ni sur le plan physique, ni sur le plan psychique.

18. À la demande de l'OAI, l'assurée a été adressée pour expertise pluridisciplinaire au Swiss Medical Expertise (ci-après : SMEX), plus particulièrement aux docteurs H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et J_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

    Dans leur rapport du 29 janvier 2020, les experts ont retenu, avec effet sur la capacité de travail, les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F45.1), de lombalgies chroniques avec syndrome de déconditionnement musculaire, de chondropathie à prédominance droite en relation avec une gonarthrose, et sans répercussion sur la capacité de travail, notamment, celui de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).

    D'un point de vue psychiatrique, l'assurée présentait un syndrome douloureux, une fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles du sommeil, une incapacité à gérer le stress, un repli social sans altération des relations interpersonnelles en particulier familiales, et une difficulté à effectuer les tâches quotidiennes. Depuis décembre 2018, elle avait repris un traitement antidépresseur sous forme de Fluoxétine, 20 mg par jour. L'assurée présentait des plaintes somatiques multiples, variables dans le temps et persistantes, sans correspondre à un tableau clinique complet et ne pouvant être incluses dans le diagnostic de somatisation. Les palpitations, la sécheresse buccale et la gêne épigastrique correspondaient à des symptômes neurovégétatifs de la lignée anxieuse, liés à un facteur de stress qu'étaient les douleurs chroniques. Le score de dépression de 12 sur l'échelle d'Hamilton et le score de l'anxiété de 17 sur cette même échelle témoignaient d'un état dépressif léger et d'un trouble anxieux d'intensité faible. L'assurée avait déclaré ne pas souffrir d'une maladie psychiatrique totalement invalidante, mais plutôt de douleurs physiques handicapantes, dont la non-reconnaissance et la précarité financière qui en découlaient aggravaient l'impact sur la capacité de travail.

    L'assurée ne pouvait pas effectuer une activité exigeant une haute concentration et une gestion du stress. Une activité simple et structurée était conseillée. Il n'existait

pas d'information sur l'évolution psychiatrique depuis le 6 septembre 2010, date de l'expertise psychiatrique du BREM, jusqu'au rapport du 10 mai 2019 de la Dresse G_____ qui retenait des diagnostics différents. La capacité de travail ne pouvait donc être évaluée qu'à partir de la présente expertise. L'assurée ne pouvait pas exercer son activité habituelle d'aide-lingère (qui ne correspondait plus au profil d'effort). En revanche, dans une activité adaptée, elle pouvait travailler à 50% compte tenu de la fatigue avec une intolérance au stress, de la présence de symptômes neurovégétatifs (tachycardie, poids sur la poitrine) et de troubles du sommeil, sans diminution de rendement.

D'un point de vue rhumatologique, l'assurée, climato-sensible, avait été suivie par le Dr F_____ en janvier 2018 pour son genou gauche, puis récemment pour le genou droit avec un résultat très satisfaisant, selon celle-ci. Actuellement, l'examen était pauvre par rapport aux plaintes de l'assurée, sans que le moindre signe de douleur sur son visage ne soit observé. La marche s'effectuait de façon fluide, aisée, sans boiterie et sans gêne fonctionnelle. Les points fibromyalgiques n'étaient pas retrouvés. Lors de l'examen, l'assurée était restée assise pendant plus d'une heure sans demander à se lever. Il n'existait qu'un léger syndrome lombo-vertébral et une chondropathie rotulienne en lien avec une gonarthrose à prédominance droite. Les atteintes de la coiffe des rotateurs n'étaient plus d'actualité et les gonalgies bilatérales sur trouble dégénératif avaient évolué de façon plus que favorable.

L'assurée était apte à travailler en alternant les positions assise et debout, sans port de charges supérieures à 5 kg, en évitant les positions à genoux ou accroupie, les échafaudages, les échelles, les activités sous d'extrêmes variations de températures, ainsi qu'une posture forcée surchargeant le rachis dans sa globalité. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais était restée à 100% depuis l'arrêt cantonal du 7 novembre 2011. L'incapacité de travail dans une activité adaptée de 50% telle que mentionnée dans l'expertise du Dr B_____, trop ancienne pour être interprétable, ainsi que lors du stage en 2008 et l'échec d'augmentation du taux à 80%, en raison des douleurs ressenties, n'étaient plus compréhensibles actuellement.

D'un point de vue de la médecine interne, l'assurée déclarait ne pas avoir eu de limitation et ne souffrir d'aucun trouble actuel. L'examen clinique n'avait mis en évidence que de légers déficits sans limitation fonctionnelle (syndrome des anticorps anti-cardiolipine primaire, urticaire chronique, rhino-conjonctivite allergique, asthme allergique, vertiges à l'orthostatisme d'une durée d'une minute sans gêne pour continuer les activité quotidiennes, ménopause, bruxisme nocturne, status post cataracte bilatérale opérée sans séquelle, presbytie, hypersudation, obésité de classe 1, hyperlipidémie).

Au terme d'une évaluation consensuelle du cas, les experts ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, mais de 50%

dans une activité adaptée à partir de la date de l'expertise psychiatrique, réalisée le 24 octobre 2019.

19. Par avis du 5 février 2020, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise du SMEX.

20. Dans une note interne du 11 février 2020, l'OAI a maintenu pour l'assurée un statut d'actif, considérant qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à plein temps, précisant que son fils, qui vivait avec elle, était âgé de plus de 25 ans.

21. Par décision du 30 avril 2020, l'OAI a repris les termes de son projet de décision du 20 février 2020, et refusé l'augmentation de la rente d'invalidité, motif pris que la capacité de travail de l'assurée, dans une activité adaptée, était toujours de 50%. Ainsi, son degré d'invalidité, tel que fixé dans l'arrêt du 7 novembre 2011, demeurait inchangé.

22. Par acte du 2 juin 2020, complété les 31 août et 9 septembre suivants, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique et à l'audition des Drs G_____ et E_____, principalement, à l'annulation de cette décision, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

    La recourante a reproché à l'intimé de lui avoir adressé la décision du 30 avril 2020 nonobstant l'élection de domicile en l'Étude de son avocat, d'avoir transmis à ce dernier une décision datée du 13 mai 2020 sans que le nom de la personne faisant l'objet de la décision ne soit mentionné, avant de communiquer à celui-ci la décision du 26 mai 2020, laquelle indiquait cette fois-ci son nom. À l'appui de ses dires, elle a produit ces trois décisions.

    Elle a ensuite contesté la valeur probante de l'expertise du SMEX dont les conclusions contredisaient celles, unanimes, de ses médecins traitants et des spécialistes en réinsertion professionnelle. En particulier, l'expert rhumatologue, qui avait estimé que son état de santé s'était amélioré, n'avait retenu que des lombalgies chroniques alors qu'elle souffrait également de douleurs chroniques aux épaules et aux cervicales. Par ailleurs, ses troubles dégénératifs, de par leur nature, ne pouvaient pas s'améliorer par l'écoulement du temps. Quant à l'expert psychiatre, il ne s'était pas renseigné auprès de sa psychiatre traitante, qui la suivait depuis plus de dix ans, ni n'avait procédé à une évaluation concrète de ses troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que de sa fatigabilité.

23. Par lettre du 3 juillet 2020, la chambre de céans a informé l'assurée que, dans la mesure où le recours était dirigé, dans les délais, contre la plus ancienne date de notification de la décision, elle considérait qu'il n'y avait pas de problème de délai ni de confusion quant à l'objet du recours ; les trois décisions la concernaient et représentaient la réponse de l'administration à sa demande d'augmentation de la rente d'invalidité.

24. Dans sa réponse du 12 octobre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours.

    Il a fait valoir que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du SMEX remplissait tous les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. La recourante n'apportait aucun élément objectif permettant de remettre en cause le bien-fondé de cette expertise. Les experts n'avaient en rien invalidé les constatations précédentes du Dr B_____. Ils avaient évalué la situation médicale selon les pièces du dossier et les examens cliniques actuels. Par ailleurs, sur le plan rhumatologique, au vu du traitement *lege artis* effectué par le Dr F_____, une amélioration de l'état de santé - qui était, du reste, ressentie par la recourante, relayée lors des entretiens et objectivée par les examens cliniques - paraissait tout à fait vraisemblable. Celle-ci se bornait à opposer les observations des ÉPI à l'appréciation approfondie et détaillée des experts du SMEX qui primait. Dès lors que ces derniers n'avaient omis aucun élément objectif, la mise en place d'une expertise judiciaire s'avérait superflue.

25. Par écriture du 5 novembre 2020, la recourante a invité la chambre de céans à lui indiquer si elle était disposée à entendre les deux témoins proposés, avant de fixer la suite de la procédure.

26. Par courrier du 9 novembre 2020, la chambre de céans a répondu à la recourante, qu'après examen du dossier, il ne lui semblait pas nécessaire d'entendre ses médecins traitants avant de recevoir sa réplique.

27. Dans sa réplique du 30 novembre 2020, la recourante a reproché à l'expert psychiatre du SMEX de ne pas avoir sollicité les informations relatives à son évolution psychiatrique qui manquaient, selon lui, au dossier, d'avoir traité avec condescendance le rapport du 10 mai 2019 de la Dresse G_____, qui la connaissait de longue date, à l'inverse de celui-ci, qui ne l'avait rencontrée que pendant environ une heure, et de ne pas avoir pris en considération les limitations énumérées par sa psychiatre traitante dans ce rapport.

    La recourante a ensuite considéré que l'expert rhumatologue, qui se limitait à expliquer que l'expertise du Dr B_____, jugée pourtant probante par la chambre de céans dans le précédent arrêt, était trop ancienne pour être valablement interprétée, se ralliait à l'avis du Dr C_____ s'agissant de sa capacité de travail résiduelle, qu'il estimait avoir toujours été de 100%. Or, sa prétendue rémission était contredite par les observations des ÉPI. De plus, il était fort peu probable que les troubles dégénératifs de ses genoux s'améliorent, d'autant moins lorsqu'une personne était, comme elle, en surpoids.

    La recourante a enfin indiqué que le taux d'incapacité de travail retenu par les experts du SMEX (50%) ne dispensait pas l'intimé de procéder à un nouveau calcul de son degré d'invalidité, puisque ses troubles de la mémoire, ses difficultés à résister au stress et son anxiété impactaient son rendement et donc sa capacité de travail, même dans une activité simple et répétitive, de manière différente de ses troubles physiques.

28. Dans sa duplique du 21 janvier 2021, l'intimé a relevé que la durée d'une expertise ne remettait pas en cause sa valeur probante, que la recourante persistait à opposer l'appréciation de ses médecins traitants à celle des experts, et qu'un nouveau calcul du degré d'invalidité, qu'il avait fixé à 58% conformément au précédent arrêt cantonal, n'était pas nécessaire, car la comparaison des revenus ne s'était pas modifiée depuis lors.

29. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

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

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

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

5. Le litige porte sur la modification du droit à la rente de la recourante, à l'issue de l'instruction de la demande de révision, initiée par celle-ci en novembre 2018, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé, tendant, du point de vue de l'intéressée, à l'augmentation de la rente qu'elle percevait à une rente entière, alors que l'intimé a abouti, au contraire, à une décision maintenant le droit à une demi-rente.

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

   Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de

l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique 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).

   En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

8. 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 émanent 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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

   Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017). 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 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.

   Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

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 ; ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a).

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 que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

c. Ainsi, 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).

d. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

e. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

f. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer

quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

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, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis l'arrêt de la chambre de céans du 7 novembre 2011, confirmé par le Tribunal fédéral le 9 juillet 2012. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de cet arrêt à ceux prévalant au moment de la décision querellée.

b. À l'époque, sur le plan somatique, la chambre de céans avait retenu sur la base du rapport d'expertise du Dr B_____ du 2 septembre 2005, ainsi que du rapport de la Fondation PRO du 15 décembre 2008, que la recourante, qui souffrait de lombalgies chroniques non spécifiques, de troubles dégénératifs des deux genoux, et d'un syndrome irritatif de la coiffe des rotateurs, disposait, depuis le 1er janvier 2003, d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée en position assise ou assise-alternée, sans mouvements des bras au-dessus de l'horizontal, sans positions en flexion du tronc et sans port de charges supérieures à 5 kg. Sur le plan psychique, la capacité de travail résiduelle avait été nulle du 4 février 2009 au 31 janvier 2010 en raison de l'aggravation du trouble dépressif récurrent, ainsi que le reconnaissaient les experts du BREM dans un rapport complémentaire du 23 novembre 2010.

C'est ainsi que la recourante avait été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er janvier 2004, d'une rente entière du 1er mai au 31 janvier 2010, et d'une demi-rente depuis lors.

c. La décision querellée, quant à elle, qui maintient l'octroi d'une demi-rente, se fonde sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du SMEX du 29 janvier 2020.

c/aa. Ce rapport, qui comprend les données objectives du dossier soit les pièces médicales, y compris radiologiques, les données subjectives de la recourante, l'anamnèse, l'examen somatique et psychiatrique, ainsi qu'une discussion consensuelle du cas, et dont les conclusions sont motivées, remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. C'est le lieu de rappeler, comme le relève l'intimé, que la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (arrêt du Tribunal fédéral I.719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2).

c/bb. Sur le plan somatique, contrairement à ce que prétend la recourante, on ne saurait remettre en cause les conclusions dudit rapport, au motif que les experts n'ont pas retenu l'existence de douleurs chroniques aux épaules et aux cervicales, et qu'ils ont constaté une amélioration des troubles aux genoux en dépit, selon la recourante, de leur caractère dégénératif et du fait que celle-ci soit en surpoids.

En effet, les experts, qui ont étudié le dossier radiologique de la recourante, n'ont, au terme de l'examen clinique détaillé, posé aucun diagnostic au niveau des membres supérieurs ou du rachis cervical.

Ils ont observé, en particulier, que la palpation était insensible au niveau de l'insertion des tendons de la coiffe, que les tests de Jobe, de Gerber et de Hawkins étaient négatifs, et que l'épreuve main-nuque, main-épaule opposée et main dans le dos se faisait sans particularité, et sans attitude antalgique (p. 56 du rapport d'expertise). Ils ont en conclu que l'atteinte de la coiffe des rotateurs, diagnostiquée à l'époque, n'était plus d'actualité.

En ce qui concernait le rachis cervical, la recourante ne présentait ni une attitude antalgique, ni une déformation cyphoscoliotique. La mobilité était normale, et la palpation insensible au niveau des insertions tendineuses (p. 56 dudit rapport).

Elle présentait, par contre, des lombalgies chroniques avec syndrome de déconditionnement musculaire, qualifié de léger. Lors de l'examen rhumatologique, la recourante était restée assise pendant plus d'une heure sans demander à se lever, et sans que le moindre signe de douleur sur son visage ne soit constaté. Les experts ont également relevé l'absence de points fibromyalgiques.

S'agissant de l'atteinte aux genoux, les experts ont mis en évidence un épanchement supra-occipital à minima au niveau du genou droit, sans syndrome rotulien, sans laxité et sans tiroir antérieur ou postérieur. Le genou gauche était sec, sans épanchement, sans syndrome rotulien, sans laxité et sans tiroir antérieur et postérieur (p. 56 du rapport). Le diagnostic retenu était celui de chondropathie du genou droit sur gonarthrose. Les experts ont indiqué que, selon les dires mêmes de la recourante, le traitement effectué auprès du Dr F_____ pour ses genoux avait été très satisfaisant. Ils ont de plus relevé qu'elle marchait de façon fluide, aisée, sans boiterie et sans gêne fonctionnelle. Aussi ont-ils souligné que les gonalgies bilatérales sur trouble dégénératif avaient évolué favorablement.

Par conséquent, le caractère dégénératif de l'atteinte aux genoux n'est pas en soi décisif pour conclure, comme le voudrait la recourante, qu'elle serait (sur le plan somatique) inapte à travailler à plus de 50% dans une activité adaptée, pas plus que ne le serait son obésité (de classe 1), dès lors qu'il n'entraîne, selon les experts, aucune limitation fonctionnelle.

Les rapports de la médecin traitante et celui des ÉPI du 12 novembre 2018 ne sont d'aucun secours à la recourante.

En effet, lors du stage aux ÉPI effectué à mi-temps du 15 octobre au 9 novembre 2018, ces derniers ont fait état de limitations fonctionnelles semblables à celles énumérées par les experts du SMEX, à savoir l'alternance des positions assise et debout, l'évitement de port de charges de plus de 5 kg, des positions à genoux ou accroupie, de la montée/descente sur des échelles ou échafaudages (ou escaliers selon les ÉPI), et de posture forcée surchargeant le rachis dans sa globalité (ou de mouvements de flexion avec le dos en porte-à-faux et/ ou de la rotation du torse selon les ÉPI).

Il est vrai que les ÉPI ont mentionné que la productivité de la recourante, qui devait éviter le travail répétitif avec les membres supérieurs, avait été réduite en raison de ses limitations physiques et des douleurs éprouvées au niveau des épaules et des cervicales (p. 4 de leur rapport), lesquelles avaient motivé un arrêt maladie. Cela étant, l'arrêt de travail, justifié par les cervicalgies, n'avait été que de courte durée du 30 octobre au 2 novembre 2018, soit pendant quatre jours seulement (cf. rapport de la Dresse E_____ du 14 novembre 2018). Par ailleurs, aucune imagerie au dossier ne fait état d'une atteinte au niveau du rachis cervical ou des épaules. C'est

le lieu de rappeler que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2 et les références). Dans ces circonstances, les conclusions des ÉPI ne sauraient l'emporter sur celles des experts du SMEX, qui n'ont, pour rappel, retenu aucune atteinte des épaules ni du rachis cervical.

De même, s'agissant des gonalgies, évoquées par la Dresse E_____ dans ses rapports des 14 novembre et 11 décembre 2018, puis 26 avril 2019, qui s'étaient aggravées en été 2018 (soit bien avant la demande de révision de la rente du 30 novembre 2018) et qui avaient été prises en charge par le Dr F_____ – dont le succès du traitement avait été admis par la recourante lors de l'expertise du SMEX −, de l'aveu même de la médecin traitante, il était difficile de répondre à la question de savoir s'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique, « compte tenu du symptôme subjectif à chaque individu » (cf. rapport du 26 avril 2019).

Au vu de ce qui précède, la conclusion des experts du SMEX selon laquelle la recourante est, compte tenu de l'absence d'atteinte aux épaules et au rachis cervical, de l'amélioration de l'état des genoux et d'un léger syndrome lombo-vertébral, apte désormais, sur le plan somatique, à travailler dans une activité adaptée à plein temps, emporte la conviction. Le fait qu'ils aient indiqué que la capacité de travail résiduelle est restée à 100% depuis l'arrêt du 7 novembre 2011, date pertinente à compter de laquelle il y a effectivement lieu d'analyser si l'état de santé de la recourante s'est amélioré ou péjoré (cf. consid. 11a ci-dessus), ne contredit pas, comme le semble croire celle-ci, les considérations dudit arrêt fondées sur le rapport du Dr B_____ et celui de la Fondation PRO. En effet, à l'époque, la chambre de céans avait apprécié la situation médicale de la recourante d'après l'état de fait existant au moment où la décision du 22 mars 2011 avait été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Or, les faits survenus postérieurement peuvent, comme en l'espèce, modifier cette situation. C'est ainsi qu'à la lumière de leurs constatations au jour de l'expertise en octobre 2019 et de l'étude du dossier y compris radiologique depuis l'arrêt du 7 novembre 2011 que les experts du SMEX se sont écartés du taux de 50% arrêté par le Dr B_____.

c/cc. Sur le plan psychique, les experts du SMEX ont, en fonction des éléments cliniques qu'ils ont mis en évidence, complétés par le test d'Hamilton, retenu un état dépressif léger et un trouble anxieux d'intensité faible, ainsi qu'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Ils ont expliqué que ce dernier diagnostic se justifiait en raison de la présence chez la recourante de plaintes somatiques

multiples, variables dans le temps et persistantes, mais ne répondant pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation.

Il convient ci-après d'apprécier l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail de la recourante au regard des indicateurs déterminants définis dans l'ATF 141 V 281.

S'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », contrairement aux dires de la recourante, les experts ont tenu compte des limitations fonctionnelles retenues par la psychiatre traitante (soit les troubles de la mémoire et de la concentration, la fatigabilité, la non-résistance au stress), puisqu'ils ont admis que lesdites restrictions impactent sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée (simple et structurée) à hauteur de 50%, tout en soulignant que son sens des réalités et sa capacité de jugement, sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsion, son estime de soi et sa capacité de régression, son intentionnalité et son dynamise sont conservés (p. 42 du rapport) et qu'elle rencontre un problème moyen pour la planification et structuration des tâches, la flexibilité et la capacité d'adaptation, l'usage des compétences spécifiques, la capacité d'endurance, l'aptitude à des activités spontanées, et l'aptitude à se déplacer (p. 43).

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante, qui prend un traitement antidépresseur sous forme de Fluoxétine 20 mg par jour, consulte sa psychiatre traitante à raison d'une fois par mois, tous les deux mois, ou deux fois par mois selon son état (p. 34 et 37 du rapport). Elle n'a pas été hospitalisée en milieu psychiatrique et il ne ressort pas du dossier qu'elle serait confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée.

S'agissant des « comorbidités », comme on le verra plus loin, ni les troubles psychiques ni les troubles somatiques ne privent la recourante de certaines ressources (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

S'agissant du complexe de « la personnalité », ni la psychiatre traitante ni les experts du SMEX ne retiennent un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue. Ceux-ci ont relevé uniquement des traits de personnalité anxieuse et évitante (p. 39 du rapport), qui n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

Pour ce qui est du « contexte social », la recourante, qui vit avec son fils, garde des contacts avec son frère, ses neveux et ses amis (p. 18 et 36 du rapport) qui l'encouragent (p. 34 du rapport). Elle fréquente également une association de femmes érythréennes et participe à des manifestations religieuses (mariages, baptêmes, décès ; p. 18 du rapport). Ses troubles somatiques et psychiques

n'entraînent donc aucune incidence négative sur ses relations interpersonnelles. Au contraire, son contexte de vie lui procure des ressources mobilisables.

En ce qui concerne la catégorie « cohérence », les atteintes à la santé ne limitent la recourante que partiellement dans l'exécution de ses travaux habituels. Elle prépare des aliments simples à manger, elle est aidée par son fils pour la tenue du ménage et pour les courses, et fait la lessive mais ne repasse pas (p. 19 et 46 du rapport). Elle lit, regarde la télévision (films, émissions, documentaires), sort et bouge (p. 19 et 34). Elle s'occupe des tâches administratives (Poste, assurances, services officiels ; p. 20), conduit une voiture une fois par semaine en ville (p. 20), et son hygiène est correcte (p. 22).

En définitive, compte tenu des indicateurs pertinents, il y a lieu d'admettre, avec les experts, que la recourante dispose, sur le plan psychique, d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Contrairement à ce que semble croire celle-ci, les experts n'ont pas indiqué que des informations relatives à son évolution psychiatrique « manqueraient au dossier ». Ils ont uniquement constaté que depuis l'expertise psychiatrique du BREM en 2010, la psychiatre traitante, qui suivait la recourante depuis 2009, n'avait établi un rapport que le 10 mai 2019. Le fait que les experts et la Dresse G_____ posent des diagnostics différents n'est pas relevant, dès lors que c'est l'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2). Or, comme il a été exposé plus haut, tant la psychiatre traitante que les experts retiennent les mêmes limitations fonctionnelles psychiques. Aussi convient-il d'admettre au degré de la vraisemblance requis que la capacité de travail résiduelle de la recourante sur le plan psychique est de 50% depuis le 10 mai 2019 déjà, et non pas depuis la date de l'expertise psychiatrique du SMEX le 24 octobre 2019.

d. Cela étant, il n'est pas nécessaire de procéder à un nouveau calcul pour évaluer le degré d'invalidité de la recourante, dès lors qu'il ne s'est pas modifié depuis l'arrêt du 7 novembre 2011 (58%), mettant celle-ci au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité notamment dès le 1er février 2010. En effet, dans la mesure où les restrictions psychiques ont été prises en compte par les experts du SMEX lors de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de la recourante, sans retenir, contrairement à ce que fait valoir celle-ci, une baisse supplémentaire de rendement, le revenu sans invalidité comparé au revenu avec invalidité au vu d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (comme à l'époque), réactualisés, aboutirait nécessairement au même taux d'invalidité, en l'absence d'un abattement

supérieur à 10% sur le revenu d'invalide retenu à l'époque par l'intimé (cf. ATAS/1027/2011 consid. 4).

Or, il ne se justifie pas présentement d'appliquer un facteur de réduction supplémentaire. En particulier, le taux d'activité réduit de 50% tient compte de l'impact des limitations fonctionnelles. Aussi ces dernières ne peuvent-elles être retenues une seconde fois lors de la fixation du revenu d'invalide (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.1). L'âge de la recourante, 53 ans au moment de la décision litigieuse, est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_104/2008 du 15 octobre 2008 consid. 4 et les références, qui concerne un assuré âgé de 59 ans au moment de la décision querellée; ATAS/1041/2019 du 12 novembre 2019 consid. 16). Enfin, l'éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et la référence).

Partant, c'est à juste titre que l'intimé a maintenu le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité.

e. Au vu de ce qui précède, la mise sur pied d'une expertise judiciaire rhumatologique, ainsi que l'audition des médecins traitants, sollicitées par la recourante, sont, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), inutiles, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.

12. En conséquence, le recours sera rejeté.

13. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 89H al. 3 LPA a contrario).

14. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique.
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	Le président
Diana ZIERI	Philippe KNUPFER

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