RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1993/2021 **ATAS/160/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 février 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame **A_____**, domiciliée _____ [GE], représentée par B_____ [association] — recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, divorcée et mère d'un fils né en 1991, a exercé la profession de secrétaire dès 1981 pour le compte de plusieurs employeurs successifs, le dernier en date étant C_____ dès 2001.

B. **a.** Le 16 janvier 2008, l'assurée 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) en raison d'une incapacité de travail remontant au 19 février 2007, due à une lésion de la coiffe des rotateurs, puis à un carcinome pulmonaire diagnostiqué en octobre 2007.

b. Par avis du 28 avril 2008, le docteur D_____, médecin SMR, a retenu la présence d'un carcinome du poumon (grandes cellules) de stade IV ainsi qu'une insuffisance artérielle des membres inférieurs. L'assurée était au bénéfice d'un traitement palliatif et le pronostic réservé. Au vu de la gravité de la première atteinte, l'assurée était totalement incapable de travailler dans toute activité.

c. Par projet de décision du 30 avril 2008, confirmé le 11 novembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière simple ainsi qu'une rente complémentaire pour enfant à partir du 1er février 2008.

C. **a.** Invitée le 2 mai 2011 par l'OAI à compléter le questionnaire pour la révision de la rente, l'assurée a indiqué le 6 mai 2011 que son état de santé n'avait pas changé. Elle bénéficiait toujours d'un suivi oncologique.

d. Le docteur E_____, rhumatologue FMH, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a effectué une expertise de l'assurée le 9 mars 2016. Dans son rapport du 29 mars 2016, il a posé les diagnostics suivants avec répercussions sur la capacité de travail :

- rachialgies diffuses surtout cervicales et lombaires avec cruralgies droites intermittentes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5 et séquelles de maladie de Scheuermann M54 ;

- ostéoporose à prédominance lombaire ;

- douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre de lésions tendineuses jonctionnelles entre les tendons sus-épineux et sous-épineux non transfixiantes et dans le cadre d'une tendinopathie du supra-épineux, s'accompagnant d'un status après deux opérations de l'épaule droite pour pathologie de la coiffe des rotateurs M75 ;

- discrète coxarthrose droite avec conflit fémoro-acétabulaire de la hanche droite et déchirure du labrum antéro-supérieur M16 ;

- status après carcinome pulmonaire à grandes cellules avec envahissement pleural droit PT3, CNO, PM1 traité chirurgicalement et par radiochimiothérapie ;

- hypoacousie bilatérale dans le cadre d'un barotraumatisme.

Le début de la longue maladie remontait à février 2007. L'incapacité de travail était restée complète depuis lors, pour des raisons principalement oncologiques. La capacité de travail était probablement devenue complète d'un point de vue oncologique et « internistique » depuis juin 2015, époque à laquelle un scanner thoraco-abdominal avait confirmé l'absence de récidive oncologique et la persistance d'une rémission. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 70% dans une activité adaptée et dans l'activité habituelle de secrétaire depuis le 19 mai 2014, soit six mois après la dernière intervention chirurgicale à l'épaule droite.

e. Par projet de décision du 10 mai 2016, confirmé par décision du 19 août 2016, l'OAI a constaté que depuis le 19 mai 2014, sa capacité de travail était de 70% dans son activité habituelle de secrétaire et dans toute activité adaptée. La modification de son état de santé constituant un motif de révision, l'OAI était autorisé à réexaminer son droit aux prestations. Dans le cas concret, son incapacité de travail était de 30%, taux qui représentait également son degré d'invalidité. Étant donné que ce dernier était inférieur à 40%, il y avait lieu de supprimer la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision.

D. **a.** Le 13 septembre 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à son annulation, du fait que son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle à 100%.

b. Par arrêt du 3 octobre 2017 (ATAS/837/2017), la chambre de céans a estimé en substance que l'expertise du Dr E_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'elle suivait l'avis du 26 avril 2016 du SMR en tant qu'il retenait que, du point de vue oncologique, l'assurée était capable de travailler à 100% dans toute activité depuis le 29 juin 2012. Elle a considéré que, sur le plan psychiatrique, le cas n'avait pas été suffisamment instruit et a annulé en conséquence la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

E. **a.** Selon un résumé d'intervention ambulatoire – CAPPI (centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée des Hôpitaux universitaires de Genève [ci-après : les HUG]) du 16 mai 2018, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et d'un trouble de la personnalité sans précision. Elle avait été adressée par le docteur F_____,

psychiatrie et psychothérapie FMH, au service de psychiatrie adultes des HUG) pour péjoration de la thymie avec des idées suicidaires scénarisées, dans le contexte de difficultés socio-économiques importantes. À la fin de son séjour, la patiente présentait une meilleure thymie, moins de ruminations anxieuses, une amélioration du sommeil et un léger regain d'espoir. Les idées suicidaires étaient moins envahissantes, sans projet de passage à l'acte. Il n'y avait pas de troubles de l'attention, ni de la concentration et le discours était cohérent et informatif. Il n'y avait pas de symptômes psychotiques.

b. Le 13 octobre 2018, le Dr F_____ a informé l'OAI que l'assurée présentait principalement des douleurs chroniques, raison pour laquelle elle était venue le revoir le 4 juillet 2018. Elle n'avait pas de besoin ni de demande pour une psychothérapie. Il lui avait prescrit du Cymbalta. Son rôle s'était limité à traiter une dépression réactionnelle aux éléments somatiques prépondérants, dépression actuelle de gravité légère (CIM-10 F32.0). L'antidépresseur soutenait l'humeur et n'avait pas d'effet concluant sur les douleurs qui étaient l'indication principale.

c. Le 18 juin 2019, l'OAI a informé l'assurée de l'interruption de la mesure d'octroi d'un entraînement au travail sous l'angle de l'art. 17 LAI. Elle devait suivre une mesure d'entraînement au travail à 20% auprès de [l'entreprise] Artraction, mais cette mesure avait été interrompue pour raisons médicales dès le 11 juin 2019.

d. Selon une note téléphonique du 12 mars 2020, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI être la nouvelle psychiatre traitante de l'assurée.

e. Le 28 septembre 2020, l'OAI a informé la recourante qu'elle serait expertisée par le centre d'expertises H_____ SA, plus particulièrement par la doctoresse I_____ (médecine interne générale), le docteur J_____ (psychiatrie et psychothérapie) et le docteur K_____ (rhumatologie).

f. Les médecins du H_____ SA ont rendu leur rapport d'expertise le 8 février 2021 et conclu que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de la recourante avait été de 0% du 1er novembre 2017 au 30 septembre 2018, puis de 100% dès le 1er octobre 2018, avec depuis lors un fonctionnement dysthymique non incapacitant.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée avait été de 100% jusqu'à l'intervention à l'épaule le 19 novembre 2013, puis de 0% dès cette date. Elle était de 70% dans une activité adaptée depuis le 19 mai 2014, soit six mois après l'intervention chirurgicale à l'épaule droite, en accord avec l'examen du SMR du 9 mars 2016, et de nouveau de 0% pour quatre mois, après l'intervention chirurgicale à l'épaule le 11 juin 2019.

Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail comme secrétaire avait été, selon toute vraisemblance, de 100% depuis le rémission complète en janvier 2010, avec une incapacité de travail de manière transitoire de quatre semaines pour l'accident barométrique en 2013.

Du point de vue interdisciplinaire, l'appréciation globale du degré d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits retenus, était considérée comme légère en respectant le profil d'effort.

g. Par projet de décision du 19 février 2021, confirmé par décision du 6 mai 2021, l'OAI a informé l'assurée que suite à son instruction médicale complémentaire, il retenait que sa capacité de travail avait été de :

- 70% du 19 mai 2014 au 31 octobre 2017 ;
- 0% du 1er novembre 2017 au 30 septembre 2018 (pour raison psychiatrique) ;
- 70% du 1er octobre 2018 au 10 juin 2019 (pour raison somatique) ;
- 70% dès le 1er octobre 2019.

Dès le 19 mai 2014, le degré d'invalidité se confondait avec le taux d'incapacité de travail (30%). Un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité. La rente avait été supprimée dès le 1er octobre 2016. Concernant l'incapacité de travail totale pour la période du 1er novembre 2017 au 30 septembre 2018, les conditions de la reprise d'invalidité faisaient défaut. Concernant l'incapacité totale du 11 juin au 10 octobre 2019, elle n'était pas suffisamment durable pour l'octroi de prestations sous forme de rente.

F. **a.** L'assurée, assistée d'ASSUAS, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 7 juin 2021, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente complète d'invalidité depuis le 1er février 2008, sans suppression de la rente d'invalidité avec effet au 1er octobre 2016, avec suite de frais et dépens. Subsidiairement, elle concluait à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique et rhumatologique soit ordonnée.

b. Le 7 juillet 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Le 2 août 2021, la recourante a confirmé sa position.

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 de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Il convient de définir en premier lieu l'objet du litige.

3.1

3.1.1 L'objet du litige est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

3.1.2 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.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution

de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

3.1.3 L'autorité de la chose jugée (ou force de chose jugée au sens matériel) interdit de remettre en cause, dans une nouvelle procédure, entre les mêmes parties, une prétention identique qui a été définitivement jugée (ATF 142 III 210 consid. 2.1 p. 212 et les références). Il y a identité de l'objet du litige quand, dans l'un et l'autre procès, les parties soumettent au tribunal la même prétention, en reprenant les mêmes conclusions et en se basant sur le même complexe de faits (ATF 139 III 126 consid. 3.2.3 p. 1 30; 116 II 738 consid. 2a p. 743). L'identité de l'objet du litige s'entend au sens matériel; il n'est pas nécessaire, ni même déterminant que les conclusions soient formulées de manière identique (ATF 142 III 210 consid. 2.1 p. 213, 128 III 284 consid. 3b p. 286; 123 III 1 6 consid. 2a p. 18; 1 21 III 474 consid, 4a p. 477). L'identité de l'objet s'étend en outre à tous les faits qui font partie du complexe de faits, y compris les faits dont le juge n'a pas pu tenir compte parce qu'ils n'ont pas été allégués, qu'ils ne l'ont pas été selon les formes et à temps ou qu'ils n'ont pas été suffisamment motivés (ATF 139 III 1 26 consid. 3.1 ; 116 Il 738 consid. 2b).

Pour savoir si des conclusions ont déjà été définitivement tranchées dans un jugement précédent, il convient de se fonder non pas sur les constatations du prononcé attaqué mais sur le jugement précédent, dont le dispositif définit l'étendue de la chose jugée au sens matériel. L'autorité de la chose jugée est limitée au seul dispositif du jugement. Pour connaître le sens et la portée exacte du dispositif, il faut parfois se référer aux considérants en droit du jugement (ATF 142 III 21 0 consid. 2.2 p. 213; arrêt du Tribunal fédéral 8C 816/2015 du 12 septembre 2016 consid. 3,1 et les références).

3.2

3.2.1 En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 19 août 2016 par laquelle l'intimé a supprimé le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dont celle-ci bénéficiait depuis le 1er février 2008, en raison d'une atteinte de la coiffe des rotateurs et d'un carcinome pulmonaire.

Sur recours de la recourante, la chambre de céans a, par arrêt du 3 octobre 2017, annulé la décision du 19 août 2016, considérant que l'état de santé de celle-ci sur le plan psychiatrique n'avait pas été suffisamment instruit et renvoyé la cause à l'intimé pour ce faire. La chambre estimait en revanche que la décision n'était pas critiquable en tant qu'elle retenait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique et une capacité de travail de 100% dans toute activité sur le plan oncologique, depuis le 29 juin 2012. Il en résulte que ces points sont définitivement jugés et qu'il n'y a pas lieu d'y revenir dans le présent arrêt.

3.2.2 Sur le plan somatique, seule une éventuelle évolution du taux d'invalidité intervenue entre la décision du 19 août 2016 et la décision du 6 mai 2021 faisant l'objet de la présente procédure permettrait une révision du droit à une rente d'invalidité, dès lors que l'arrêt de la chambre céans du 3 octobre 2017 a annulé la décision du 19 août 2016. En revanche, sur le plan psychiatrique, il faut déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la dernière décision entrée en force, le 11 novembre 2008, qui accordait une rente entière à l'assurée en raison d'atteintes somatiques uniquement.

4.

4.1 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).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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).

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), à l'aide des indicateurs définis par le Tribunal fédéral.

4.2 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).

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).

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).

5. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

L'art. 29bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

L'art. 88bis al. 1 let. a RAI prévoit que lorsqu'une demande de révision est présentée par l'assuré, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée.

Le Tribunal fédéral a considéré qu'aucune prestation de rente ne pouvait de toute façon être octroyée avant le dépôt de la nouvelle demande, même si l'art. 29bis RAI prévoit que sera déduite de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi. Compte tenu des conclusions des parties, il a en revanche laissé indécise la question de savoir si l'augmentation de la rente était possible dès le mois où la demande avait été présentée en application de l'art. 88bis al. 1 let. a RAI ou si l'augmentation ne pouvait intervenir que six mois à compter du dépôt de la nouvelle demande en application de l'art. 29 al. 1 LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_348/2014 du 16 octobre 2014 consid. 3.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_888/2011 du 7 mai 2012 consid. 5.2, publié in SVR 2012 IV n° 48 p. 176 ; voir aussi ATF 140 V 2 consid. 5.1).

6. Il convient d'examiner la force probante de l'expertise du [centre d'expertises] H_____.

6.1 L'intimé considère qu'elle doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce que la recourante conteste.

6.2 Le rapport établi le 8 février 2021 par les médecins du H_____ répond de manière générale aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

6.3 La recourante a fait valoir que son état de santé s'était aggravé sur le plan des atteintes physiques avec la prise en charge chirurgicale dès 2019 et que selon le docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, elle devait encore subir d'autres interventions, notamment à l'épaule droite.

6.3.1 Dans un rapport du 31 mars 2021, le Dr L_____ a indiqué ne pas partager les conclusions de l'expert rhumatologue. Selon lui, les phénomènes douloureux n'avaient pas été améliorés par un traitement chirurgical et nécessitaient en plus du geste sur le coude gauche, un geste sur l'épaule droite. L'assurée avait des difficultés à maintenir la même position du membre supérieur, ce qui impactait un travail à l'ordinateur avec la nécessité d'une augmentation du temps de travail et de périodes de repos. Elle ne pouvait pas porter des charges supérieures à plus d'un kilo, ni travailler les bras au-dessus des plans des épaules.

Selon l'expert rhumatologue du H_____, l'assurée avait interrompu son activité de secrétaire après le diagnostic d'une déchirure de la coiffe des rotateurs à droite, qui avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale. Elle avait ensuite développé une lombalgie sur une lombo-discarthrose dégénérative ainsi que des douleurs de hanche en raison d'un syndrome fémoro-acétabulaire bilatéral. Récemment, elle avait aussi développé une épicondylite à gauche, sans raison particulière. Sur le plan rhumatologique, il fallait retenir un tableau de lombalgie chronique, de scapulalgie droite, de cervico-brachialgie gauche, de coxalgie sur syndrome fémoro-acétabulaire et de fibromyalgie. L'assurée était tout à fait capable de reprendre une activité professionnelle adaptée et les conclusions du SMR sur une reprise possible d'une activité à 70% en mai 2014 étaient confirmées par l'examen actuel, avec un arrêt de travail transitoire suite à la nouvelle intervention du 11 juin 2019. Du point de vue rhumatologique, l'état de santé de l'assurée s'était modifié avec l'apparition de troubles dégénératifs (hanche, genoux, cervical et lombaire) et de multiples opérations de l'épaule droite.

Il ressort du rapport de l'expert rhumatologue que l'assurée lui avait indiqué être actuellement en traitement pour une épicondylite de son coude gauche, pour laquelle elle faisait de la physiothérapie et avait bénéficié d'infiltrations d'une solution cortisonée et du PRP. Concernant son coude, la situation n'était pas stabilisée, car les différentes infiltrations n'avaient pas amélioré la symptomatologie douloureuse ni la fonction. Les douleurs au coude étaient récentes, puisqu'elles avaient commencé deux mois auparavant. Elles étaient décrites comme lancinantes, diminuant la mobilité des épaules, la capacité à porter des charges et l'endurance à la marche. Elles étaient permanentes et pouvaient augmenter de manière importante jusqu'à 10 sur l'échelle EVA. L'expert a retenu que les atteintes constatées, y compris l'épicondylite gauche, avaient un impact sur la capacité de travail de l'assurée pour les activités de secrétaire, dans la même mesure que celle retenue dans l'expertise de 2016, à savoir une capacité de travail de 70% depuis le 19 mai 2014. Il a retenu comme

limitations fonctionnelles, la nécessité d'alterner les positions assise et debout, avec une place de travail ergonomique, en limitant le port de charge à 5 kg. L'assurée devait éviter une activité demandant une position agenouillée ou accroupie prolongée et toute activité demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles ou des escabeaux. Elle ne devait pas marcher plus d'une demi-heure ou sur un terrain inégal, ni utiliser régulièrement des escaliers. Elle devait éviter toute posture force en porte-à-faux, qui surchargeait le rachis dans sa totalité ainsi que l'élévation ou l'abduction de l'épaule droite à plus de 70°. La performance était réduite de 30% en raison des différentes pathologies rhumatologiques nécessitant des pauses pendant la journée.

6.3.2 Il ressort du rapport de l'expert rhumatologue qu'il a pris en compte l'évolution de l'état de la recourante, y compris l'apparition récente de l'épicondylite, et qu'il a considéré que cela ne modifiait pas sa capacité de travail de 70% dans une activité adaptée aux limitations, telle qu'elle avait été retenue en 2016 par le SMR. L'expert a également pris en compte la nouvelle intervention du 11 juin 2019 avec un arrêt de travail transitoire. Ses conclusions sont motivées et convaincantes et elles ne sont pas sérieusement remises en cause par le rapport établi le 31 mars 2021 par le Dr L_____, dès lors que ce dernier est le médecin traitant de la recourante et qu'il ne se prononce pas sur la capacité de travail de sa patiente.

6.4 La recourante a fait valoir dans son opposition du 22 mars 2021 qu'elle avait transmis aux experts du [centre d'expertises] H_____ des nouveaux rapports médicaux attestant d'une opération chirurgicale orthopédique qui avait eu lieu au mois de décembre 2020 et que l'expert rhumatologue ne s'était pas prononcé sur les conséquences de celle-ci sur sa capacité de travail.

Elle a produit un compte-rendu opératoire du 21 décembre 2020 pour le traitement d'une épicondylite rebelle de la branche motrice du nerf radial à l'arcade de Fröhse, qui mentionnait que l'assurée souffrait de douleurs permanentes malgré les tentatives thérapeutiques (PRP et infiltrations), que les soins post-opératoires étaient de l'auto-rééducation et qu'à la sortie de la clinique, l'assurée pouvait rentrer à domicile, devait prendre un traitement antalgique et faire de la physiothérapie du coude.

L'expert rhumatologue a indiqué dans son rapport avoir pris connaissance du résumé détaillé du dossier et étudié le dossier médical de l'assurée. Dans l'annexe 6 du rapport d'expertise figure une convocation pour une consultation pré-anesthésie du 10 décembre 2020 pour le 14 décembre 2020. À teneur du dossier, l'expert n'a ainsi pas eu accès au compte-rendu opératoire du 21 décembre 2020 avant d'établir son rapport du 8 février 2021.

Cela étant, il a entendu l'expertisée le 6 novembre 2020, soit avant l'intervention en cause, et celle-ci ne lui en a pas parlé, à teneur de l'anamnèse. Dans ces circonstances, l'on ne peut reprocher à l'expert de ne pas s'être pas prononcé sur les conséquences de cette intervention sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, il ne ressort pas des pièces du dossier que l'opération du 21 décembre 2020 et ses suites ont eu un impact prolongé sur la capacité de travail de la recourante, de sorte que ce fait nouveau n'est pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expert rhumatologue.

6.5 La recourante a fait valoir que l'expert psychiatre ne semblait pas avoir analysé la période de 2014 à 2017 alors que la chambre des assurances sociales avait estimé qu'il y avait un défaut d'instruction pour cette période.

6.5.1 Contrairement à ce qu'allègue la recourante, il ressort de son rapport que l'expert psychiatre a pris en compte la période de 2014 à 2017 dans son expertise. Il a précisé d'emblée que le contexte du mandat portait sur l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis le 11 novembre 2008. Par ailleurs, son anamnèse est complète et il en ressort notamment que la recourante lui avait indiqué que son moral n'était déjà pas bon en 2006-2007, avec l'annonce de son cancer et du choc psychologique vécu. Elle avait vécu une période compliquée, en particulier, en 2008, car sa mère avait été agressée et ne s'en était jamais remise et l'expertisée était en même temps en chimiothérapie. Depuis cinq ou six ans (2014 ou 2015), elle prenait de l'alcool à raison d'une bouteille de vin par jour ce qui la détendait, mais elle n'arrivait plus à s'en passer. Selon l'assurée, le début de ses troubles psychiques avait commencé 5 ans auparavant avec le décès de son père. Elle avait eu de la peine à accepter ce deuil, qui avait duré 2 à 3 ans avec des pleurs quotidiens la première année, puis il y avait eu une amélioration progressive. Elle n'avait pas consulté tout de suite, mais seulement en 2017, en raison d'une situation financière difficile. Elle était sans revenu, avait dû vendre sa voiture et des affaires à elle et s'était retrouvée dans l'incapacité de garder l'appartement de son père. Ensuite, elle avait perdu sa rente d'invalidité. Elle avait alors consulté la Dresse M_____ en 2017, qui l'avait adressée au CAPPI pendant six mois. La Dresse M_____ ayant pris sa retraite, l'assurée avait consulté ensuite le Dr F_____, qui lui avait prescrit un traitement antidépresseur. Elle disait qu'à ce moment-là, elle avait eu des idées suicidaires. Elle avait pris le traitement antidépresseur pendant plusieurs années puis l'avait arrêté ainsi que son suivi psychiatrique. Elle expliquait qu'elle s'était sentie mieux et que ses idées suicidaires étaient canalisées et moins présentes que l'année précédente. Elle avait de nouveau eu une baisse de moral et avait senti le besoin de reprendre un suivi psychiatrique avec la Dresse G_____. Actuellement, elle disait avoir hâte que tout soit terminé, de voir le bout du tunnel et de reprendre le plaisir de voir des amis et de faire des sorties.

6.5.2 Le rapport d'expertise apparaît ainsi complet et l'on ne peut lui reprocher de ne pas avoir porté sur la période précédant 2017. Cela étant, il apparaît que l'état de santé psychique de la recourante s'est péjoré cette année-là, puisqu'elle a connu un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, de novembre 2017 à mai 2018.

6.6 La recourante a encore fait valoir que l'expert psychiatre n'avait pas motivé la divergence de diagnostic avec son médecin traitant.

Il ressort de son rapport d'expertise que l'expert a motivé en détail les diagnostics retenus et expliqué en quoi il s'éloignait des diagnostics posés par les médecins de la recourante. Il a ainsi indiqué que dans son rapport du 6 février 2017, la Dresse M_____ retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes somatiques (F33. 10), sans donner les critères constitutifs de l'épisode dépressif ni démontrer la présence d'un autre épisode dépressif caractérisé, selon les critères de la CIM-10, qui aurait été séparé de ce dernier épisode par une période significative d'euthymie et que ce diagnostic ne pouvait donc pas être partagé, de même l'incapacité totale de travail retenue par ce médecin

En revanche, l'expert a indiqué être d'accord avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques posé au CAPPI et par le Dr F_____ du mois de novembre 2017 au mois de mai 2018, date de la fin de la prise en charge au CAPPI, avec le constat d'une amélioration de l'état de la recourante sur le plan thymique, d'une sortie partielle de son isolement social et d'une baisse des idées suicidaires.

S'agissant de la Dresse G_____, qui dans son rapport du 12 mai 2020 posait le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, et d'un trouble de la personnalité mixte à prédominance borderline dépressive, obsessionnelle compulsive avec quelques traits de paranoïa et de trouble du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives (alcool, consommation continue ; F10. 25), l'expert a indiqué que la description faite par ce médecin ne correspondait pas aux critères de définition d'un épisode dépressif et que le parcours de l'assurée, les constats de l'examen clinique et les descriptions faites par sa psychothérapeute n'étaient pas en cohérence avec un trouble de la personnalité, qui évoluerait depuis l'adolescence au moins et qui aurait entraîné, s'il avait été décompensé, des répercussions inévitables dans sa relation aux autres et son fonctionnement habituel. L'expert n'était pas non plus d'accord avec l'appréciation de la capacité de travail nulle face à un diagnostic d'épisode dépressif de moyenne intensité, qui de plus, n'était pas candidat à un traitement antidépresseur, selon la démarche thérapeutique de la Dresse G_____. Lors de son examen, l'expert n'avait pas retrouvé de tristesse matinale ou d'exacerbation des troubles le matin, mais des intérêts. Le sentiment de honte et de culpabilité

était uniquement en lien avec la consommation d'alcool et ne pouvait donc pas être mis en avant comme élément d'un épisode dépressif. Le sentiment de désespoir était en lien direct avec les projections de l'assurée sur le plan social et les revenus financiers. La description des activités de la vie quotidienne, de loisirs et de distractions, les constats cliniques observés ainsi que le status rapporté par la Dresse G_____ étaient en cohérence avec un diagnostic de dysthymie.

Ainsi, l'on ne peut reprocher à l'expert de ne pas avoir pris en compte les diagnostics retenus par les médecins traitants de la recourante.

6.7 Dans son rapport du 8 avril 2021, le docteur N_____, médecine générale, a indiqué qu'il n'était pas d'accord avec les conclusions de l'expertise. Selon lui, la situation psychique de sa patiente rendait impossible toute activité professionnelle actuellement. De plus, celle-ci devait subir une intervention chirurgicale de l'épaule droite et la récupération du membre supérieur gauche était en cours. Dans un emploi de secrétariat, elle aurait du mal à maintenir une position longue permettant une saisie de texte à l'ordinateur. Par ailleurs, le transport de toute charge à l'aide des membres supérieurs serait impossible. Il suivait l'assurée depuis 2008.

Ce rapport n'est pas à même de remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre du [centre d'expertises] H_____ sur la question de la capacité de travail en raison d'une atteinte psychique, dès lors qu'il n'émane pas d'un spécialiste en psychiatrie et qu'il n'est pas motivé sur ce point.

6.8 La recourante a fait valoir que son incapacité de travail était confirmée par l'échec de la mesure de réadaptation qui s'était interrompue en raison de ses atteintes physiques, qui avaient nécessité diverses interventions chirurgicales.

Le 18 juin 2019, l'OAI a informé l'assurée de l'interruption de la mesure d'octroi d'un entraînement au travail sous l'angle de l'art. 17 LAI. Elle devait suivre une mesure d'entraînement au travail à 20% auprès de [l'entreprise] Artraction, mais cette mesure avait été interrompue pour raisons médicales dès le 11 juin 2019.

L'on ne se trouve pas là dans un cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales. L'interruption de la mesure précitée, fondée sur des raisons médicales, ne remet ainsi pas en question les conclusions de l'expertise du H_____.

6.9 L'expert a examiné les indicateurs du Tribunal fédéral avant de prendre ses conclusions sur la capacité de travail de la recourante. Il a notamment relevé que les troubles psychiatriques de la recourante étaient de gravité légère. Elle ne présentait pas de limitation fonctionnelle significative sur le plan psychiatrique et bénéficiait d'un soutien social et familial conséquent ainsi que d'un soutien psychothérapeutique régulier. Elle disposait également de ressources cognitives

non négligeables et de capacités d'insight. Elle se montrait partie prenante et motivée pour une prise en charge de son problème d'alcool. Son sens des réalités et sa capacité de jugement n'étaient pas altérés. Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts n'étaient pas non plus altérées. Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions étaient moyennement altérées en rapport avec les consommations d'alcool. Son estime de soi et sa capacité de régression étaient légèrement altérées. Son intentionnalité et son dynamisme étaient légèrement altérés. Son adhésion au suivi psychothérapeutique était de bonne qualité selon la Dresse G_____. Elle gardait de l'intérêt et du plaisir dans les relations sociales, à la lecture, à l'écoute de la musique et au suivi des programmes de télévision.

L'argumentation de l'expert est complète et permet de conclure que l'analyse des indicateurs du Tribunal fédéral ne conduit pas à reconnaître à la recourante une atteinte psychiatrique invalidante.

6.10 En conclusion, l'expertise du H_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

7. La décision querellée se fonde sur une capacité de travail résiduelle de 70% depuis le 19 mai 2014, conformément aux conclusions de l'expertise. Elle retient correctement un degré d'invalidité de 30%, se confondant avec l'incapacité de travail, ce qui est un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il en résulte que l'intimé a supprimé à juste titre le droit à la rente de la recourante dès le 1er octobre 2016.

La période d'incapacité courant du 1er novembre 2017 au 30 septembre 2018, qui concerne une nouvelle atteinte (psychique), n'a pas été suffisamment durable pour ouvrir un nouveau droit à une rente d'invalidité pour la recourante, en application des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI.

Quant à la période d'incapacité courant du 11 juin au 10 octobre 2019, elle est due à l'atteinte qui a ouvert un droit à une rente d'invalidité de la recourante, mais elle ne lui ouvre pas non plus un nouveau droit à une rente, en application de l'art. 29bis RAI - bien qu'elle soit intervenue dans les trois ans dès la suppression de la rente - faute pour la recourante d'avoir déposé une nouvelle demande, selon la jurisprudence.

8. Infondé, le recours sera rejeté et un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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