

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2024/2019

ATAS/1011/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 novembre 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny FAVRE et Maria Esther SPEDALIERO,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante brésilienne née en décembre 1966, a suivi une formation de masseuse au Brésil. En Suisse, elle a notamment travaillé en tant que femme de chambre dans un hôtel du 29 août 2005 au 30 novembre 2008 à raison de 16 heures par semaine, et en parallèle en tant que femme de ménage à 50 % dès juin 2007.
2. Dans une expertise du 15 avril 2009, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie, a noté que l'assurée avait subi une intervention en raison d'une hernie ombilicale étranglée en février 2007. En raison de douleurs causées par les points de fixation du filet placé durant l'intervention, les fils d'ancrage avaient été retirés lors d'une opération le 8 janvier 2009. Ces douleurs avaient ainsi quasiment disparu, tandis que la douleur du flanc gauche persistait, attribuée à une névralgie secondaire à une lésion de branche nerveuse lors de l'opération. Le médecin a diagnostiqué un status post-cure de hernie ombilicale, des douleurs post-opératoires résiduelles et un cystadénome séreux du pancréas. L'assurée avait repris le travail à 25 % chez son employeur le 1^{er} avril 2009 et espérait l'augmenter à 50 % dès le 20 avril. Il n'y avait pas d'incapacité permanente à prévoir. Les névralgies post-opératoires devraient progressivement disparaître.
3. Dans une expertise du 27 avril 2009, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a noté que l'assurée n'avait plus de douleur constante depuis l'opération de janvier 2009 et ne ressentait aucun trouble du transit intestinal. Elle avait repris son activité de nettoyage à 50 %. Ce médecin a diagnostiqué des douleurs abdominales péri-ombilicales d'origine cicatricielle, un status après cure d'hernie ombilicale par laparoscopie et mise en place d'un filet pariétal en 2007, et un probable cystadénome séreux du pancréas, actuellement asymptomatique. Il n'y avait pas de critère en faveur d'une dépression, d'un état anxieux ou d'un trouble somatoforme douloureux. L'incapacité de travail totale était justifiée du 15 mars 2008 jusqu'en mars 2009. En tant que femme de ménage, la capacité de travail était de 50 %. Le pronostic était incertain pour une reprise complète en raison des douleurs. Un poste adapté sans charges de plus de 10 kg, sans déplacement de meubles et sans inclinaison répétée du corps pouvait être assumé sans handicap significatif. L'assurée ne présentait pas de symptômes en position assise ou debout et pouvait marcher sans limitation, de sorte qu'elle était apte à travailler en tant que vendeuse, caissière ou serveuse à 100 % dès le jour de l'expertise.
4. Le 15 juin 2009, 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).
5. Dans son rapport du 17 août 2009, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : douleurs abdominales pariétales chroniques depuis mars 2007 et hernie ombilicale opérée en mars 2007. À titre de diagnostics sans incidence sur la

capacité de travail, il a retenu un cystadénome séreux du corps pancréatique, découvert en mars 2008, une endométrite, un trait falciforme et une alpha-thalassémie. L'intervention de janvier 2009 avait amélioré la situation mais des douleurs épigastriques et du flanc gauche persistaient. L'assurée avait repris son activité de nettoyeuse à 50 % depuis le 1^{er} avril 2009, activité qui était exigible mais qui ne pouvait être exercée à un taux plus important. La reprise d'une activité physiquement lourde était impossible. L'incapacité de travail avait été totale du 12 février au 15 avril 2007, puis de 50 % du 16 au 30 avril 2007, nulle du 1^{er} mai 2007 au 14 mars 2008, totale du 15 mars 2008 au 31 mars 2009, de 75 % du 1^{er} au 26 avril 2009 et de 50 % dès le 27 avril 2009.

6. Par avis du 11 septembre 2009, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que les incapacités de travail attestées jusqu'au 1^{er} avril 2009 étaient justifiées. Dès le 27 avril 2009, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée (légère, sans port de charges de plus de 10 kg et sans traction d'appareils lourds ni positions penchées en avant).
7. Dans une note du 19 octobre 2009, l'OAI a établi le degré d'invalidité à 3 %. Il l'a calculé sur la base d'un revenu avec invalidité de CHF 46'785.-, fondé sur le salaire tiré de l'Enquête Suisse sur la structure des Salaires [ESS] 2006 (tableau TA1, tous secteurs confondus, dans une activité de niveau 4), indexé en 2008, après abattement de 10 %, et sur un revenu sans invalidité de CHF 48'232.-, fondé sur les revenus tirés d'activités dans l'hôtellerie-restauration et l'économie domestique (ESS 2006, TA7, code 37 à 50 % et TA7, code 35 à 50 %).
8. Par décision du 24 novembre 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, cette dernière ne subissant pas de diminution de sa capacité de gain.
9. Cette décision a fait l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent.
10. Le 9 janvier 2010, l'assurée a chuté dans un escalier et s'est blessée à l'épaule gauche. Elle a perçu des indemnités journalières de son assurance-accidents, la Suva, jusqu'au 31 mars 2011, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Selon la Suva, dès le 1^{er} avril 2011, l'assurée présentait une capacité de travail totale en tant que nettoyeuse.
11. L'assurée a séjourné au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 19 au 24 avril 2010 en raison d'une intoxication médicamenteuse dans un but suicidaire. Un diagnostic de trouble dépressif majeur, récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, a été posé.
12. Dans un rapport du 4 mai 2010, le Dr D_____ a exposé que l'activité de femme de ménage à 50 % n'avait été possible qu'avec la prise d'opiacés. L'assurée était tombée deux fois (le 9 janvier et le 8 avril 2010), ce qui avait provoqué une rupture partielle du tendon du muscle sus-épineux de l'épaule gauche et entraînait une incapacité totale de travail depuis le 9 janvier 2010. Elle souffrait d'un état dépressif

justifiant un traitement depuis le 10 novembre 2009. Seule une activité à 50 %, peu exigeante sur le plan physique, était exigible.

13. Le 30 juin 2010, l'assurée a signalé à l'OAI une aggravation de son état de santé depuis le 24 novembre 2009, ce qui valait nouvelle demande.
14. Par ordonnance du 2 décembre 2010 (ATAS/1259/2010), le Tribunal cantonal des assurances sociales a confié une expertise au docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
15. Dans son rapport du 23 mai 2011, le Dr E_____ a noté que l'assurée se plaignait de douleurs abdominales, de tristesse avec parfois des idées de suicide, de fatigue, de difficultés à se concentrer, à penser, à prendre des décisions, d'un sentiment de dévalorisation, d'anxiété, de troubles du sommeil, de crises d'angoisse et de limitations de l'épaule gauche.

L'expert a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis novembre 2009. L'assurée souffrait depuis fin 2009 d'un épisode dépressif majeur, dont le degré de gravité oscillait entre moyen et sévère, apparu dans un contexte de douleurs abdominales persistantes. De discrets signes d'amélioration semblaient s'annoncer depuis peu : l'assurée avait été capable de modifier favorablement ses habitudes alimentaires, elle avait retrouvé une certaine capacité de plaisir et la libido « revenait un peu ». La relation de couple s'était également améliorée. Son état clinique restait cependant fragile et la thymie, très labile, était susceptible de s'effondrer brusquement en réaction à un événement stressant.

L'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations physiques. Des mesures de réadaptation étaient envisageables. Le pronostic était réservé. L'incertitude était liée au fait que l'évolution de l'état dépressif était largement tributaire de celle des douleurs abdominales, et dans une moindre mesure des conséquences des lésions de l'épaule. L'assurée était très focalisée sur ces problèmes physiques.

16. L'assurée a été hospitalisée au service de psychiatrie des HUG du 3 au 6 juin 2011. Selon le résumé de séjour du 7 juin 2011, l'hospitalisation faisait suite à un abus médicamenteux à but suicidaire. Le diagnostic était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique. Une hospitalisation en entrée non volontaire avait été décidée. Les médecins n'avaient pas observé d'éléments de la ligne psychotique ou d'anxiété. L'assurée banalisait son acte, déclarant avoir pris les médicaments dans le but de dormir, étant fatiguée à cause des conflits familiaux.
17. Dans son rapport du 20 juin 2011, la doctoresse F_____, médecin au service de psychiatrie des HUG, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sans syndrome somatique, existant depuis 2009, de sévérité moyenne. La capacité de travail était réduite de 50 % depuis septembre 2009 et l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à ses problèmes somatiques, sans charge physique.

18. Dans un courriel du 29 juin 2011, adressé à l'assurée, la Dresse F_____ s'est prononcée sur l'expertise du Dr E_____, qui lui semblait concorder avec ses propres observations. Le diagnostic était justifié par l'humeur dépressive, la diminution de l'intérêt et du plaisir, l'augmentation de la fatigabilité, la diminution de l'estime de soi, les idées de culpabilité et de dévalorisation, les actes auto-agressifs et la perturbation du sommeil. L'humeur variait légèrement mais restait globalement basse. L'assurée n'était pas capable de tenir son ménage de façon satisfaisante. Elle ne participait que ponctuellement à la vie de famille et présentait une irritabilité en fin de journée. Le diagnostic de trouble somatoforme n'était pas retenu, car il existait un substrat physique aux plaintes de l'assurée et une pleine conscience de la dépression.

19. À la demande de la chambre de céans, le Dr E_____ a complété son rapport d'expertise le 28 février 2012.

Il a précisé que l'assurée souffrait depuis la fin de l'année 2009 d'un état de dépression chronique d'intensité fluctuante, avec une forte anxiété et une fragilité psychologique. Le Dr E_____ rejoignait désormais la Dresse F_____ s'agissant de l'absence de syndrome somatique. La dépression avait été le plus souvent de degré moyen, sans nature récurrente. La capacité de travail était probablement déjà réduite à 50 % depuis novembre 2009. Il n'avait pas relevé d'éléments discordants entre les plaintes de l'assurée et l'examen clinique. Il avait constaté une humeur triste avec des pleurs ainsi qu'un état d'anxiété tout à fait inhabituel, qu'il n'avait peut-être pas assez souligné. Les mêmes plaintes avaient été recueillies par les différents psychiatres depuis avril 2010. Début 2011, l'épisode dépressif était d'un degré de sévérité moyen. L'amélioration qui semblait se dessiner au moment de l'expertise n'avait pas eu lieu puisqu'un mois plus tard, l'assurée avait fait une nouvelle tentative de suicide. Enfin, la possibilité d'un trouble somatoforme douloureux ne pouvait être abordée qu'après évaluation des douleurs et des limitations physiques.

20. Par arrêt du 7 mai 2012 (ATAS/597/2012), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, désormais compétente, a partiellement admis le recours de l'assurée. Tout en confirmant la décision de l'OAI du 24 novembre 2009, elle a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2011.

Elle a admis la pleine valeur probante de l'expertise du Dr E_____, selon laquelle la capacité de travail était de 50 % dès le 1^{er} avril 2010. Du point de vue somatique, les limitations fonctionnelles retenues tant par les Drs D_____ et C_____ que le SMR avaient entraîné une incapacité de travail totale du 15 mars 2008 au 31 mars 2009, de 75 % du 1^{er} au 26 avril 2009 et de 50 % dans son activité habituelle, et nulle dans toute activité adaptée dès le 27 avril 2009. L'avis du Dr D_____ ne suffisait pas à remettre en cause la conclusion des deux expertises somatiques constatant une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 27 avril 2009. Enfin, la Suva avait admis que l'assurée était capable de travailler

à plein temps en tant que femme de ménage à la suite de sa chute du 9 janvier 2010, de sorte qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail due aux atteintes accidentelles.

Avant le 24 novembre 2009, le taux d'invalidité de l'assurée, fondé sur la comparaison des revenus statistiques dans le nettoyage et dans les activités sans formation, était négatif, de sorte qu'aucune rente n'était due.

Il y avait cependant lieu d'étendre l'objet du litige au plan temporel, dès lors que l'expertise judiciaire avait établi une capacité de travail réduite de 50 % depuis le 1^{er} avril 2010. Dès le 1^{er} avril 2011, soit après le délai de carence d'une année, le taux d'invalidité était de 52 % et donnait droit à une demi-rente d'invalidité.

21. Le 9 novembre 2012, l'assurée a informé l'OAI d'une aggravation de son état de santé. La fréquence de ses rendez-vous auprès de la Dre F_____ avait augmenté à deux séances par semaine. Le traitement avait été modifié, sans impact positif, malgré sa bonne compliance. Fin décembre 2011, elle avait été opérée de la vésicule biliaire. Au mois d'avril 2012, elle avait été revue aux HUG pour des problèmes de foie et de reins. En septembre 2012, elle avait été hospitalisée pour un problème de kyste au pancréas. Elle avait été récemment hospitalisée aux HUG pour une intervention d'un problème en lien avec une hernie hiatale.
22. Par arrêt du 25 janvier 2013 (9C_488/2012), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par l'OAI contre l'arrêt de la chambre de céans et l'a réformé en ce sens que le recours de l'assurée contre la décision du 24 novembre 2009 était rejeté. Il a retenu que l'extension temporelle de l'objet du litige par la chambre de céans violait le droit d'être entendu de l'OAI. Le Tribunal fédéral a pris acte du fait que l'OAI entendait procéder à l'examen du droit de l'assurée aux prestations en raison de l'aggravation de l'état de santé alléguée à compter du mois d'avril 2010.
23. Par pli du 18 mars 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait « ouvert une nouvelle demande » à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral du 25 février (*recte* : janvier) 2013.
24. Dans son rapport du 21 juin 2013, le docteur G_____, médecin au service de chirurgie des HUG, a diagnostiqué un syndrome de reflux gastro-œsophagien. L'assurée avait séjourné aux HUG du 7 au 12 novembre 2012.

En annexe figurait la lettre de sortie des HUG du 20 novembre 2012, faisant état dudit diagnostic, qui avait nécessité une fundoplicature selon Nissen le 7 novembre 2012. Les comorbidités actives comprenaient le trouble dépressif et la hernie hiatale avec gastroscopie en juin 2012, tandis que le kyste pancréatique séreux d'allure stable était inactif. L'assurée présentait depuis plusieurs mois des épigastralgies. L'incapacité de travail était totale du 7 au 16 novembre 2012.
25. Dans son rapport du 24 juin 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif depuis 2009 et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec rupture profonde du supra-épineux depuis janvier 2010. Il avait suivi

l'assurée du 23 juillet 2010 au 18 février 2011. Le pronostic n'était alors pas très bon au vu de ses plaintes et de 12 sur 18 points de fibromyalgie douloureux. Ce médecin ne pouvait se prononcer sur la reprise d'une activité professionnelle. En février 2011, une activité à temps partiel paraissait possible, si l'assurée ne portait pas de charges lourdes (de plus de 4-5 kg) et ne travaillait pas avec le membre supérieur en hauteur.

26. Dans son rapport du 3 juillet 2013, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptôme somatique (F 32.10). À titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, elle a retenu un trouble de la personnalité (F 60.9). L'assurée présentait une réaction dépressive prolongée dans un contexte de difficultés socio-économiques, de douleurs chroniques en lien avec l'opération d'une hernie ombilicale, et d'un conflit conjugal important avec séparation en cours. L'assurée était calme, collaborante, orientée, fatiguée, triste, déprimée, avec aboulie, anhédonie, irritabilité, anxiété, perte de l'appétit et troubles du sommeil. Elle souffrait d'un retrait et d'un isolement social. Le discours était fluide, cohérent, sans éléments de la lignée psychotique. L'évolution était lentement progressive mais l'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis le 1^{er} mai 2013.
27. Dans son rapport du 29 juillet 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif (F 32.1), de douleur abdominale récurrente et de rupture de la coiffe de l'épaule gauche. L'activité exercée n'était plus exigible.
28. Dans son rapport du 8 août 2013, la doctoresse K_____, médecin au service de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (F 33) avec effet sur la capacité de travail depuis janvier 2011. Au début du suivi, l'assurée était triste, angoissée, en pleurs lorsqu'elle racontait ses problèmes somatiques et familiaux. Elle présentait des idées noires, un net ralentissement psychomoteur avec anhédonie et aboulie. Sa concentration était diminuée. Le discours était cohérent, structuré, informatif, sans éléments de la lignée psychotique. Les plaintes subjectives concordaient avec le constat médical. En revanche, une amélioration de sa thymie avait été observée à la suite d'un changement de traitement en mars 2013. L'assurée était plus souriante, plus alerte. Elle ne s'était plus présentée aux rendez-vous depuis avril 2013. L'activité habituelle n'était plus exigible. Une activité à temps partiel dans un poste adapté était envisageable.
29. Par communication du 18 décembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise pluridisciplinaire serait réalisée, le choix du centre d'expertise se faisant de manière aléatoire. Les questions aux experts étaient annexées et l'assurée était invitée à adresser ses éventuelles questions complémentaires.

30. Le 27 janvier 2014, par l'entremise de son conseil, l'assurée s'est opposée à une nouvelle expertise psychiatrique portant sur les atteintes et limitations jusqu'au mois de mai 2011, le Dr E_____ s'étant déjà prononcé à ce sujet. Une nouvelle expertise relèverait ainsi d'une « second opinion », interdite par la jurisprudence. Cela étant, pour la période consécutive, une expertise psychiatrique s'avérait utile et il convenait de la confier au Dr E_____. S'agissant de l'aspect rhumatologique, il y avait lieu de nommer un spécialiste du milieu académique. Au vu de ses problèmes gastriques, de la vésicule biliaire, du foie, des reins, du pancréas et de la hernie hiatale, il convenait également de prévoir les spécialités de chirurgie viscérale, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie ou neuropsychologie. L'assurée a en outre intégré des remarques au questionnaire et ajouté des questions.
31. À l'issue de nouveaux échanges de correspondances portant sur les modalités de désignation des experts et les spécialités qui devaient faire l'objet de l'expertise, l'OAI a communiqué à l'assurée que l'expertise serait réalisée au CEMed par les docteurs K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, L_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale et M_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ce dernier s'étant récusé, le docteur N_____, également spécialiste FMH en psychiatrie, a été désigné.
32. L'assurée a été examinée par les experts en mai et juillet 2014. Dans leur rapport du 14 octobre suivant, lequel comprenait un résumé du dossier et une anamnèse médicale et personnelle, les experts ont noté qu'elle se plaignait de douleurs abdominales de type spasmes, localisées à l'hypochondre et au flanc droits. Elle ressentait également une oppression rétrosternale, notamment depuis qu'elle se savait porteuse d'un thymome, diagnostiqué en janvier 2014. Sur le plan rhumatologique, elle se plaignait de douleurs diurnes de l'épaule et de la région du trapèze à gauche, exacerbées par le port de charges et les mouvements au-dessus du plan des acromions. Elle ressentait également des douleurs musculaires lombaires et cervicales, compliquées de douleurs articulaires dans les genoux, les pieds et les chevilles, les épaules, les coudes et les poignets. Ces arthralgies étaient parfois accompagnées d'une tuméfaction inflammatoire. Elles fluctuaient au gré des saisons et des conditions météorologiques. Elles apparaissaient sans événement déclenchant ni horaire particulier et étaient exacerbées par les positions statiques prolongées et par tout effort suivi. Elles étaient parfois accompagnées de céphalées, qui se calmaient quelque peu avec les antalgiques mineurs. Ces symptômes restreignaient l'assurée dans la tenue de son ménage, de sorte qu'elle faisait appel à l'aide de ses enfants.

Sur le plan psychique, l'assurée avait spontanément évoqué une tumeur découverte récemment dans le thorax, pour laquelle une opération qu'elle appréhendait passablement était prévue aux HUG une semaine plus tard. Son état psychique était toujours caractérisé par des hauts et des bas : elle était tantôt optimiste, tantôt déprimée. Elle ne se sentait jamais à l'aise, notamment à l'extérieur, elle souffrait d'anxiété. Parfois, elle ne sortait pas de la maison. Elle tremblait depuis longtemps,

ce qui était probablement en lien avec son anxiété. Les antidépresseurs l'aidaient, mais cela restait limité. Elle avait trouvé une insertion sociale dans une église évangélique, mais ne se sentait pas toujours à l'aise, quand bien même elle était bien acceptée et connaissait un peu les gens. Des idées de suicide apparaissaient toujours. Au quotidien, elle encadrait ses enfants, s'occupait du ménage, sortait à l'église ou faisait les courses, lisait un peu, utilisait Internet et se promenait parfois avec une amie. Son sommeil était insatisfaisant. Elle entretenait également des contacts réguliers par Facebook avec sa fratrie vivant au Brésil.

Les experts ont relevé que les pleurs étaient fréquents durant l'entretien lorsque l'assurée décrivait ses douleurs, notamment le thymome. Elle gardait la position assise plus d'une heure. Les gestes de déshabillage et d'habillage étaient effectués debout, sans recherche de position antalgique. Elle exécutait les consignes de l'examineur et réalisait les gestes et postures sans manifestation intempestive de douleur. Sur le plan ostéo-articulaire, la mobilité était satisfaisante, à peine douloureuse, avec flexions latérales harmonieuses et flexion antérieure excellente. La collaboration était excellente, sans signe de Waddell.

Du point de vue psychique, les experts ont noté qu'à quelques reprises, l'assurée était immobile et regardait droit devant elle dans le vide. Aux présentations, elle était furtivement souriante. Il existait un léger ralentissement moteur. Les pas étaient petits, elle manquait de tonus et marchait un peu mécaniquement. Assise, elle était peu mobile, avec une mimique moyennement expressive. Ses expressions étaient peu consistantes, voire superficielles. Elle ne présentait pas de troubles majeurs de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, mais la mobilité cognitive était faible. La fluidité idéique était faible, sans troubles formels de la pensée ou de la lignée psychotique. Sur le plan affectif, elle avait un double aspect : une façade de gentil sourire qui s'effondrait très rapidement et très souvent lorsqu'elle parlait de son état et de son vécu. Elle était facilement en larmes, et il existait derrière cette façade une sorte de tristesse permanente. Lorsqu'elle déclarait ne pas être toujours connectée aux valeurs de la vie, cela semblait possible et était perceptible. L'élan vital était clairement réduit, l'ouverture pour les choses de la vie et les plaisirs était dite diminuée. La réactivité et l'oscillation émotionnelle étaient réduites. Il existait un important manque d'estime de soi. Il y avait un certain détachement relationnel, même envers ses enfants. L'assurée était inquiète et anxieuse en situation d'examen et présentait un tremblement plus ou moins permanent. Elle ne présentait pas d'émotions agressives ou colériques. Il s'agissait d'une personnalité de type asthénique, faible et peu affirmée.

Dans la synthèse, les experts ont retenu que l'examen de médecine interne était rigoureusement normal, en dehors des douleurs à la palpation de l'abdomen, largement investiguées, qui demeuraient inexplicables et ne présentaient pas de caractère incapacitant. En revanche, l'ablation du thymome récemment diagnostiqué entraînerait une incapacité de travail temporaire. Sur le plan rhumatologique, l'assurée souffrait d'une épaule douloureuse à gauche, responsable

d'une minime limitation fonctionnelle dans les élévations. Les médecins de la Suva et le rhumatologue traitant avaient conclu à une capacité de travail entière dès avril 2004 (*recte* : 2011), dans la mesure où elle ne travaillait pas en charge en-dessus du plan des épaules. Les experts partageaient cet avis. Les cervico-brachialgies droites n'étaient confirmées ni par l'imagerie, ni par l'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG). Il s'agissait donc d'une cervicalgie chronique, compliquée parfois de céphalées de tension, qui ne pouvait pas avoir un caractère incapacitant de longue durée. Les douleurs parallèles étaient atypiques, et le rhumatologue traitant avait évoqué le diagnostic de fibromyalgie, reconnaissant 12 points sur 18. La présente expertise ne retrouvait pas les points en question et ne constatait aucun signe de non-organicité. Cela n'excluait pas pour autant le diagnostic de fibromyalgie, car d'autres conditions annexes souvent rencontrées étaient présentes : oppression thoracique, syndrome asthmatique, maladie de reflux, colopathie fonctionnelle, céphalées, dysménorrhées. Certaines d'entre elles pourraient être en relation avec le thymome récemment découvert. Ainsi, l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique qui ne pouvait pas être expliqué par des constatations objectives, y compris par le thymome. Une incapacité de travail de longue durée ne pouvait pas être justifiée par ces douleurs de l'appareil locomoteur sans autre comorbidité. Sous l'angle psychique, il était difficile d'apprécier la situation et l'évolution, de surcroît rétroactivement, ce volet ayant été analysé à plusieurs reprises par différents spécialistes, avec des conclusions différentes, voire contradictoires. Cela étant, durant son enfance, l'assurée avait été entourée par sa famille, avec laquelle elle restait en contact, de sorte qu'il n'y avait pas de notion de carence affective. L'encadrement et l'investissement pour ses enfants étaient devenus une priorité. Son mari l'avait quittée en 2012, avec vraisemblablement une aggravation psychique momentanée. Elle avait relevé le défi et s'occupait dorénavant seule de ses trois enfants, semblant parfois épuisée par la tâche. Elle était à la fois gaie, souriante et très fragile, vite en larmes, avec une tristesse de fond permanente. Il n'y avait pas vraiment d'atteinte cognitive, mais ses réserves et sa flexibilité paraissaient très limitées. Le monitoring médicamenteux du Cymbalta® montrait une valeur sérique très en-dessous de la zone thérapeutique, alors que l'assurée affirmait prendre régulièrement ce médicament. Les experts avaient ainsi des doutes quant à la compliance. Au stade actuel, l'assurée présentait un état dépressif de moyenne intensité, insuffisamment traité. À cela s'ajoutaient une certaine anxiété, avec un aspect flottant, une symptomatologie neurovégétative sous forme de tremblements plus ou moins constants, et un évitement partiel de la réalité extérieure. Cette pathologie anxieuse n'était pas invalidante en soi. Lors de l'examen psychiatrique, les douleurs somatiques n'étaient pas au centre des plaintes. Elles étaient manifestes pour les experts somaticiens, qui avaient noté un décalage entre leur importance et les constatations objectives, de sorte que le syndrome douloureux somatoforme était retenu.

Les experts ont posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), anxiété généralisée d'intensité moyenne (F 41.1),

personnalité asthénique (F 60.8) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Un épisode dépressif d'intensité ne justifiait pas une incapacité de travail durable, ni d'ailleurs l'anxiété généralisée et la personnalité asthénique, qui étaient des troubles légers. Le trouble somatoforme n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère. Il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années au vu des rémissions, pas de perte d'intégration sociale, d'état psychique cristallisé ou d'échec des traitements ambulatoires. Il y avait par contre des doutes sur la motivation et la collaboration de l'assurée. En conclusion, sa capacité de travail était complète en temps et rendement dans une activité adaptée, sans travail avec les membres supérieurs au-dessus du plan des épaules. Les douleurs fibromyalgiques et les rachialgies communes n'entraînaient pas de limitation. Les atteintes sans effet sur la capacité de travail étaient les diagnostics psychiatriques, les cervico-brachialgies à gauche sur troubles dégénératifs modérés, le status après cure de hernie ombilicale étranglée et ablation des fils d'ancrage du filet, le cystadénome séreux du pancréas, le status après cholécystectomie pour lithiase et le status après cure de hernie hiatale par fundoplicature.

Les incapacités de travail secondaires aux problèmes abdominaux n'avaient été que transitoires et liées aux interventions chirurgicales. Concernant l'épaule, si la limitation était respectée, il n'existait aucune incapacité de travail de longue durée. Sur le plan psychique, la capacité de travail était complète en temps et rendement dans l'activité habituelle. Le pronostic était objectivement bon.

33. Selon un rapport du 10 juin 2014 du Dr O _____, spécialiste FMH en neurologie, l'assurée présentait des paresthésies de la main droite. Bien qu'on puisse évoquer cliniquement un syndrome du tunnel carpien droit, on ne retrouvait aucun stigmate électrophysiologique. L'anamnèse était relativement mal systématisée. Il n'y avait aucun autre symptôme bulbaire ni des voies longues. Les tests de stimulation répétitive réalisés au membre supérieur gauche sur les couples nerf et nerf spinal — muscle trapèze étaient parfaitement dans les normes.
34. Dans leur rapport du 10 octobre 2014, les médecins du service de radio-oncologie des HUG ont indiqué que le traitement de radiothérapie, débuté le 1^{er} septembre 2014 et bien toléré, avait pris fin le 3 octobre 2014. L'assurée présentait en fin de traitement une asthénie de grade I avec apparition d'une odyndysphagie de grade I, nécessitant l'introduction d'un traitement. Neuf mois après la fin de la radiothérapie adjuvante, aucun signe clinique ou radiologique n'indiquait une poussée évolutive de la maladie.
35. Par avis du 6 novembre 2014, le SMR a résumé les conclusions de l'expertise et ajouté que le port de charges lourdes de 10 kg de manière occasionnelle et de 5 kg de manière répétée était admissible (*sic*), tout comme le travail répété du membre supérieur gauche (*sic*). Le SMR a écarté la conclusion des experts quant à la capacité de travail entière dans l'activité habituelle, maintenant qu'elle était de 50 %. La capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Les experts n'avaient pas retenu d'aggravation manifeste de l'état de santé depuis avril 2010.

Les douleurs abdominales n'étaient plus au premier plan et ne justifiaient plus aucune incapacité de travail durable. Le problème de l'épaule, présent depuis janvier 2010, entraînait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle. Il conviendrait de réexaminer le dossier après avoir reçu les documents médicaux relatifs au thymome.

36. Dans son rapport du 8 janvier 2015, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie thoracique, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un thymome B2 de Masaoka IIB, opéré le 18 juillet 2014, suivi de radiothérapie. L'assurée présentait une incapacité de travail totale du 18 juillet au 20 août 2014. *A priori*, elle était guérie de son thymome, sans séquelle ni limitation.
37. Par avis du 18 février 2015, le SMR a conclu que le thymome n'avait pas entraîné d'incapacité de travail durable, de sorte qu'il maintenait ses précédentes conclusions.
38. Le 10 novembre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'un complément d'expertise serait réalisé pour analyser les incidences de ses troubles conformément à la nouvelle jurisprudence en la matière.
39. Les 15 et 21 janvier 2016, l'assurée a été examinée par les Drs L_____ et N_____. Dans leur rapport du 19 février 2016, ils ont noté que l'assurée se plaignait toujours de ses douleurs de la paroi abdominale. Depuis sa dernière intervention, elle ressentait une douleur semblable dans le creux axillaire gauche, qui s'étendait en direction du sein et qui correspondait au site opératoire de la thymectomie, avec une extension correspondant à la surface irradiée lors de la radiothérapie. Ces douleurs étaient exacerbées lors de pressions et de frottements de la surface cutanée, ainsi qu'en cas de contraction de la musculature sous-jacente.

Sur le plan rhumatologique, l'assurée se plaignait toujours de douleurs ubiquitaires, sous forme de lombalgies avec sciatgie à bascule, plus fréquemment à droite. Les pieds étaient lourds, avec des dysesthésies pouvant être ressenties le soir au coucher, et les chevilles étaient douloureuses. Les cervicalgies étaient occasionnelles et les brachialgies gauches s'inséraient dans les douleurs résiduelles post-opératoires du creux axillaire et de la poitrine. Des dysesthésies étaient parfois ressenties dans les doigts des deux côtés et l'index droit était douloureux à l'interphalangienne proximale (ci-après : IPP). Il lui arrivait de lâcher des objets par perte de force de préhension à droite. Une douleur aux genoux survenait à la marche et également en position assise prolongée. La douleur restait présente au coucher et pouvait retarder le sommeil. Elle était parfois présente le matin et engendrait un dérouillage de plusieurs heures. Ces symptomatologies douloureuses restreignaient l'assurée dans la tenue de son ménage. Elle devait faire appel à l'aide de ses enfants. Une de ses amies s'occupait du nettoyage, de la lessive, du repassage et de l'aspirateur. L'assurée préparait les repas. Elle marchait trois à quatre fois par semaine vingt minutes pour faire les courses et un de ses enfants venait la rejoindre pour porter son sac.

Sur le plan psychique, elle avait déclaré spontanément ses douleurs aux articulations et à l'abdomen. Ses nerfs étaient abîmés et il existait des cicatrices avec nodules douloureux. Elle avait entrepris des thérapies, des infiltrations et de l'acupuncture, sans résultat, et elle disait avoir sombré dans la dépression. Elle souhaiterait travailler dans le parascolaire. Elle avait insisté auprès des régies, avec le soutien de l'Hospice général et de ses médecins, pour obtenir un nouvel appartement dans un quartier qu'elle appréciait. Elle aimait fréquenter l'église. Elle s'occupait des enfants à l'église. Elle leur racontait des histoires et chantait dans la chorale. Elle faisait des efforts pour sortir (promenades ou courses). Elle avait pu perdre du poids (10 kg) et était satisfaite. Elle faisait de l'ergothérapie et de la physiothérapie. Elle aimait lire malgré des problèmes de concentration, faire la cuisine, regarder des documentaires à la télévision, s'occuper de ses enfants, s'entretenir avec son amie et fréquenter l'église. Elle faisait régulièrement des sorties au Salève et ailleurs, avec ses enfants ou des amis.

Sur le plan psychique, les experts n'avaient pas constaté de ralentissement moteur significatif. L'assurée était concentrée sur les sujets et son expression. Elle pouvait tenir un discours sans difficulté pendant dix à quinze minutes. Elle avait envie de s'exprimer. Elle pouvait écouter et se centrer sur le focus. Il n'y avait pas de troubles majeurs de la concentration, de l'attention et de la mémoire, ni de trouble formel de la pensée ou symptôme de la lignée psychotique. Les capacités de jugement et de raisonnement étaient préservées. Sur le plan affectif, elle était euthymique. Elle était un peu affectée lorsqu'elle décrivait l'ampleur de ses douleurs et de ses limitations, et sa voix tremblait parfois, sans larmes ni abaissement de thymie majeur. Dans l'ensemble, la réactivation et l'oscillation émotionnelle étaient normales. Il existait une certaine estime d'elle-même. L'énergie vitale était palpable. Elle n'était pas particulièrement anxieuse. Il n'y avait pas de symptôme neurovégétatif. La personnalité était compensée, sans indice pour un trouble clinique de personnalité.

Dans la synthèse, les experts ont noté que les douleurs des parois thoracique et abdominale s'étaient étendues après la thymectomie. Leur exacerbation par une pression ou un frottement (sac à dos) et par la contraction de la musculature avait été quelque peu sous-estimée. Depuis l'intervention de juillet 2014, elles constituaient une limitation fonctionnelle difficilement compatible avec l'activité de nettoyeuse, au vu des charges à transporter et des mouvements répétitifs. Les migraines étaient quant à elles bien contrôlées. L'assurée se plaignait d'une importante asthénie, et l'indice d'Hepworth (15/24) confirmait une importante hypersomnie diurne. L'éventualité d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil existait.

Sur le plan rhumatologique, quand bien même l'épaule douloureuse gauche n'était plus aussi flagrante, l'assurée devait éviter tout travail en charge en-dessus du plan des épaules. En l'absence de syndrome déficitaire clinique et de lésion anatomique, les cervico-brachialgies et les lombo-sciatalgies s'associaient aux autres douleurs

musculo-squelettiques sans explication objective et constituaient un tableau de syndrome douloureux chronique. L'examen clinique confirmait le diagnostic de fibromyalgie (12 points sur 18), des troubles du sommeil, des dysfonctions digestives et des difficultés de concentration. Il n'y avait toutefois pas de caractère incapacitant. Aucune incohérence entre l'importance des plaintes et les constatations objectives n'avait été observée. L'assurée souffrait d'un syndrome douloureux du compartiment antérieur sur hyperpression externe des genoux, qui présentaient un valgus bilatéral. Cela expliquait la difficulté à s'accroupir et les douleurs en charge dans les derniers degrés de l'extension.

Sur le plan psychique, la situation s'était nettement améliorée. L'état dépressif était compensé. La personnalité asthénique évoquée en 2014, probablement liée à l'état spécifique de l'assurée, figée devant l'opération chirurgicale alors à venir, n'était plus retenue. L'assurée se projetait dans un avenir professionnel avec l'idée de travailler dans le parascolaire. Le monitoring médicamenteux montrait qu'elle était observante. Il existait de légères fluctuations anxio-dépressives associées aux problèmes somatiques (douleurs tronculaires et des genoux), mais pas de diminution significative des capacités fonctionnelles.

En conclusion, les experts ont retenu, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : douleurs des parois thoracique et abdominale en relation avec les interventions chirurgicales depuis 2007 et syndrome douloureux fémoro-patellaire des deux genoux sur hyperpression externe par valgus bilatéral. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont indiqué les migraines de longue date, bien contrôlées par triptans, un trouble anxieux et dépressif mixte, compensé à niveau léger (F 41.2), et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) avec fibromyalgie. Ces diagnostics étaient présents d'une manière fluctuante, probablement depuis 2011. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée dès le 3 novembre 2014, soit un mois après la fin de la radiothérapie adjuvante. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter les contractions répétitives ou soutenues de la musculature thoracique et abdominale, le port de charges supérieures à 3 kg, les mouvements répétitifs du tronc, la position debout prolongée, la position en porte-à-faux du tronc prolongée, le travail au-dessus des acromions, le travail à la chaîne, le travail en hauteur, les longues déambulations, les escaliers, les accroupissements, les mises à genoux, les positions assises prolongées et les sautilllements.

40. Par avis du 12 avril 2016, le SMR s'est rallié aux conclusions de cette expertise.
41. Par décision du 14 avril 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Se fondant sur le rapport d'expertise du 19 février 2016 ainsi que l'avis du SMR subséquent, l'OAI a retenu une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le 3 novembre 2014, de sorte que sa capacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse et/ou employée polyvalente dans l'hôtellerie était nulle dès cette date. En revanche, sa capacité de travail dans une activité adaptée était totale. Le degré

d'invalidité était nul. Son calcul était fondé sur les ESS (TA1, ligne Total, femme, niveau 4), tant pour le revenu sans invalidité, au vu de l'impossibilité de déterminer avec précision le revenu que l'assurée aurait été en mesure de réaliser dans l'activité habituelle, que pour le revenu avec invalidité. Lorsque ces deux revenus étaient basés sur la même table statistique, le degré d'invalidité se confondait avec l'incapacité de travail, soit 0 % en l'espèce.

42. Dans le cadre du recours interjeté contre la décision de l'OAI auprès de la chambre de céans, l'assurée a produit une attestation de la Dresse I_____ du 17 août 2016. Ce médecin y a indiqué que l'assurée subissait une incapacité de travail totale en raison d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. L'évolution thymique restait lente, mais progressive. L'assurée avait retrouvé durant la dernière année une relative stabilité dans son fonctionnement au quotidien. Elle présentait un syndrome dépressif réactionnel, d'intensité moyenne, consécutif aux douleurs abdominales, ostéo-articulaires et lombalgies chroniques, de même qu'une importante fatigabilité, due en partie à la prise du Lyrica® à des doses relativement importantes (300 mg/j). Une diminution progressive de ce médicament n'avait pas pu être mise en œuvre eu égard aux douleurs neuropathiques persistantes. Elle souffrait en effet d'une fibromyalgie. L'impact au plan thymique des problématiques somatiques cumulées ces dernières années était important. Elles avaient entraîné une fragilité psychique importante, s'accompagnant d'un comportement peu souple, voire rigide et souvent non adapté, faisant penser à une possible modification durable de sa personnalité, avec des mécanismes de défense d'une structure psychotique (projection, clivage, identification projective), conduisant à un isolement social relatif et à une souffrance invalidante. Le pronostic était réservé par rapport à une réadaptation professionnelle.
43. Par arrêt du 30 mai 2017 (ATAS/431/2017), la chambre de céans a partiellement admis le recours. L'assurée avait droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 juillet 2013, et la cause était renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision s'agissant du droit aux prestations pour la période postérieure.

La chambre de céans a notamment retenu que l'expertise du CEMed ne constituait pas une « second opinion ». En effet, le Dr E_____ s'était uniquement prononcé sur le volet psychiatrique en 2010, et l'assurée avait signalé une aggravation de son état depuis. De plus, les experts du CEMed n'avaient pas examiné l'état de santé psychique de l'assurée en 2010.

La chambre de céans a retenu que l'appréciation des experts, selon laquelle les atteintes somatiques ne présentaient pas de caractère incapacitant de longue durée, n'était pas critiquable. L'assurée n'avait en outre pas produit de rapports confirmant l'aggravation alléguée en novembre 2012 en lien avec des problèmes de foie, de reins, et au pancréas. S'agissant de l'atteinte aux épaules consécutive aux deux accidents en 2010, ni le médecin d'arrondissement de la Suva ni le Dr D_____ n'avaient retenu d'incapacité de travail de longue durée. Le thymome

et l'anxiété en lien avec cette pathologie n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail durable et n'étaient dès lors pas invalidants, ce qui était corroboré par l'expertise de février 2016 et par le rapport de la Dresse I_____ du 17 août 2016.

Sur le plan psychiatrique, en revanche, l'appréciation des experts ne convainquait pas. Les experts ne s'étaient pas prononcés sur l'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée depuis 2010, pourtant admise par le Dr E_____, dont le rapport s'était vu reconnaître pleine valeur probante par l'arrêt du 7 mai 2012. Il convenait dès lors de retenir, que l'assurée avait présenté une capacité de travail de 50 % dans toute activité du 1^{er} avril 2010 au 9 avril 2013. Compte tenu de l'arrêt du Tribunal fédéral rendu en janvier 2013, assimilé à une nouvelle demande par l'OAI, le droit à une demi-rente naissait dès le 1^{er} janvier 2013. Le droit cessait trois mois après l'amélioration de la capacité de gain survenue le 9 avril 2013, soit le 1^{er} août 2013.

Le nouveau rapport d'expertise de février 2016 n'analysait pas la capacité de gain de l'assurée en fonction des nouveaux indicateurs applicables en cas de trouble somatoforme douloureux. Toutefois, les constatations des experts permettaient de conclure que ce trouble n'était pas invalidant à l'aune de ces indicateurs. En effet, le changement de traitement avait permis une amélioration de la thymie en avril 2013, si bien que l'atteinte psychique pouvait être traitée médicalement. En outre, l'assurée ne présentait pas de limitations. Son environnement social était normal. Elle disposait de ressources préservées, ce que démontraient les démarches entreprises pour obtenir un nouveau logement.

Sur le plan somatique, les experts, tout en admettant une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avaient défini de nouvelles limitations fonctionnelles, qui avaient des effets sur le nombre et le genre d'activités adaptées. Il appartenait à l'OAI de se prononcer sur cette question sans se contenter de se référer aux activités simples et répétitives disponibles sur le marché du travail, en précisant les activités concrètement adaptées, puis en procédant à une comparaison des revenus afin de déterminer son degré d'invalidité.

S'agissant de la modification durable de la personnalité évoquée dans le rapport de la Dresse I_____, la chambre de céans n'en tenait pas compte dès lors qu'elle était postérieure à la décision attaquée. La cause étant renvoyée à l'OAI, il appartiendrait à ce dernier de statuer sur la base de données actualisées.

44. Saisi d'un recours contre l'arrêt de la chambre de céans, le Tribunal fédéral l'a partiellement admis par arrêt du 19 décembre 2017 (9C_483/2017), en ce sens que le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité débutait le 1^{er} avril 2011 pour s'éteindre au 31 juillet 2013. Il a retenu que l'écriture de l'assurée du 30 juin 2010 était décisive pour fixer le moment dès lequel cette rente était due.
45. Le 15 janvier 2018, l'assurée a invité l'OAI à procéder à l'instruction nécessaire selon l'arrêt de la chambre de céans. L'indication par la Dresse I_____ d'une

modification durable de la personnalité valait demande de révision, voire nouvelle demande, et il convenait d'instruire ce point.

46. Dans un rapport du 1^{er} février 2018 à l'OAI, la Dresse I_____ a signalé une aggravation de l'état de santé somatique de l'assurée depuis 2013. Il convenait de prendre contact avec son médecin traitant. L'évolution thymique était lente mais progressive, l'état thymique était globalement stationnaire. Le pronostic était réservé en raison des douleurs chroniques. L'incapacité de travail était totale.
47. Par courrier du 12 mars 2018, l'assurée a indiqué à l'OAI que l'instruction devait porter sur les possibilités d'activité dès le 1^{er} août 2013. L'OAI devait tenir compte dans ce contexte d'une aggravation de son état psychique depuis près de cinq ans, et des rapports médicaux suivants :
 - a. IRM de la colonne cervicale du 20 mai 2014 révélant une protrusion discale C5-C6 sans autre discopathie significative ;
 - b. échographie du 20 mai 2014 de l'épaule droite montrant une discrète tendinopathie du supra-épineux ;
 - c. rapport du 26 février 2016 du Dr H_____, selon lequel le tableau clinique en décembre 2015 et janvier 2016 évoquait une fibromyalgie décompensée ;
 - d. échographie du 14 juillet 2016 concluant à une tendinopathie non fissuraire du sous-scapulaire, à une fissuration de fibres superficielle du tiers proximal, de quelques fibres centrales du tiers moyen et de quelques fibres proches de l'insertion, ainsi qu'à une calcification au niveau de l'insertion et du tiers moyen, sans signe de bursite ;
 - e. résumé de polysomnographie du laboratoire du sommeil des HUG du 9 septembre 2016, mettant en évidence un syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil de degré très léger à caractère positionnel particulier. La latence d'endormissement était légèrement prolongée et la durée du sommeil était légèrement raccourcie. Son efficacité demeurait cependant normale. Une mauvaise perception du sommeil était constatée lors de la comparaison des paramètres subjectifs du sommeil et des données polysomnographiques. Un important raccourcissement de la latence du sommeil paradoxal, possible signe en faveur d'une problématique dépressive, était noté ;
 - f. ENMG du 10 juin 2017, révélant des signes d'atteinte compressive canalaire des nerfs médians aux carpes et des nerfs cubitiaux aux coudes, en discrète augmentation ;
 - g. rapport du 6 juillet 2017 du docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, consulté en mai 2017 par l'assurée en raison d'une aggravation des douleurs aux membres supérieurs. Ce spécialiste n'avait pas retrouvé de déficit sensitif ou moteur. Le nouvel ENMG de juin 2017 ne montrait pas d'évolution significative par rapport à 2016 et ne constituait pas une base suffisante pour une indication opératoire ;

- h. consultation de contrôle du service de radio-oncologie des HUG du 5 octobre 2017, selon lequel les examens ne révélaient pas d'argument pour une récurrence à l'étage thoracique ;
 - i. rapport du service de gynécologie des HUG du 14 décembre 2017, indiquant qu'en raison d'un prolapsus génital de stade 2, l'assurée avait subi une colporraphie antérieure et une colpopérinéorrhaphie postérieure, suivies d'une kystectomie vulvaire droite, dont les suites avaient été simples ;
 - j. attestation du 22 février 2018 de la Dresse I_____, reprenant le contenu de son rapport du 17 août 2016 et confirmant un suivi bien investi du trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne. La capacité de travail était actuellement nulle ;
 - k. rapport du 19 janvier 2018 de la doctoresse R_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, qui suivait l'assurée dans le cadre de crises de vertiges répétitives, accompagnées d'une hypoacousie droite, d'acouphènes et d'un sentiment de pression dans l'oreille droite. Dans le cadre d'une maladie de Ménière à droite, une pose de drain transtympanique avait eu lieu en mai 2017. Le drain était resté en place durant six mois, sans effet sur les crises de vertiges. L'examen vestibulaire clinique montrait un déficit vestibulaire droit. L'assurée souffrait actuellement de crises de vertiges durant dix jours par mois, de céphalées, ainsi que de douleurs chroniques des articulations temporo-mandibulaires ;
 - l. rapport du 20 février 2018 du Dr J_____, rappelant que l'assurée était connue pour une fibromyalgie avec des douleurs multiples fluctuantes associées à des problèmes ostéo-articulaires mécaniques. Elle avait besoin d'une aide-ménagère. Elle avait été opérée en décembre 2017 d'un prolapsus génital de stade II. Les comorbidités étaient les suivantes : syndrome cervical, protrusion discale C5-C6 médiane, céphalées de tension et de migraine, fatigue chronique d'origine multifactorielle, fibromyalgie, syndrome d'apnées du sommeil très léger (septembre 2016) sans indication à un appareillage, dépression chronique, tentamen en 2011, syndrome du tunnel carpien bilatéral et discrète neuropathie ulnaire aux coudes (électroneuromyographe en avril 2016), incontinence urinaire à l'effort, neuronite vestibulaire droite en mai 2016, prolapsus mitral, douleur abdominale chronique, multifactorielle. Les antécédents étaient un kyste pancréatique, une cholécystectomie le 27 décembre 2011, une fundoplication selon Neson le 7 novembre 2012, un thymome traité par thymectomie et radiothérapie en 2014, une chute accidentelle dans les escaliers en 2010 avec fracture de la clavicule gauche et rupture partielle du tendon du muscle sous-épineux gauche et une cure d'un gros paquet hémorroïdaire en décembre 2016.
48. Lors d'un entretien du 16 mars 2018 avec l'OAI, une mesure d'orientation de trois mois a été discutée avec l'assurée. Cette dernière a indiqué qu'il lui était

difficile de se concentrer au-delà de deux heures et qu'elle craignait de ne pouvoir assumer une mesure à plein temps.

49. Après un délai de réflexion, l'assurée a accepté de se soumettre à cette mesure lors d'un entretien téléphonique du 26 mars suivant. Elle a déclaré apprécier le travail avec les enfants et avoir également une expérience professionnelle dans l'aide aux personnes âgées. Elle a évoqué ses difficultés pour les travaux manuels en raison de douleurs aux articulations et de mains enflées.
50. La mesure a débuté le 30 avril 2018 auprès de l'Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle (ci-après : Orif).
51. Par courriel du 3 mai 2018, une collaboratrice de l'Orif a indiqué à l'OAI que la mesure avait débuté dans des conditions difficiles. L'assurée avait été présente une demi-journée seulement les deux premiers jours, car elle était trop fatiguée, et avait été absente pour maladie les trois jours suivants. Après une discussion avec elle, l'Orif constatait qu'elle ne semblait pas du tout être dans une démarche de reconversion. Elle parlait essentiellement de ses maladies et de ses rendez-vous médicaux. Elle pleurait beaucoup.
52. Selon une note de l'OAI du 15 mai 2018, l'assurée était retournée à l'Orif mais avait présenté un certificat d'arrêt de travail à 50 % du 14 au 31 mai. Elle n'avait été présente que deux jours et demi depuis le début de la mesure. Elle « [faisait] tout pour montrer qu'elle ne [pouvait] pas, il n'y [avait] pas d'effort ».
53. Par courrier du 16 mai 2018 à l'OAI, l'assurée a signalé à l'OAI de nouvelles atteintes à la santé, notamment des problèmes liés au syndrome du tunnel carpien avec une discrète neuropathie ulnaire aux deux coudes. Ce courrier valait nouvelle demande ou demande de révision.

Elle a joint un rapport du 4 avril 2018 du docteur S_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qu'elle avait consulté en raison de douleurs à l'épaule. Selon ce médecin, une échographie avait révélé une tendinopathie calcifiante du sus-épineux bordé postérieurement par une fissure subtotale non transfixiante à l'épaule droite, superposable à l'examen du 14 juillet 2016, et une tendinopathie focale simple sans lésion fissuraire du sus-épineux à gauche. Il existait aux coudes une tendinopathie chronique des épicondyles externes avec néo-vascularisation associée à une fissure tendineuse profonde à droite. L'assurée présentait une poussée douloureuse d'une tendinopathie chronique, surtout à l'épaule droite et aux coudes (plus à droite qu'à gauche), associée à des nualgies sur une discopathie C5-C6 et à une fibromyalgie. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire chronique ou d'une capsulite rétractile des épaules. Un traitement par physiothérapie était préconisé et une infiltration des épicondyles pourrait être discutée. La capacité de travail était nulle en tant que nettoyeuse mais du point de vue musculo-squelettique, il n'y avait selon le rhumatologue pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée évitant de travailler la nuque en extension prolongée, les mains

régulièrement au-dessus du plan des épaules, le port de charges lourdes ou les activités nécessitant des mouvements répétés de pro-supination des mains.

54. Selon une note de l'OAI du 19 juillet 2018 établie à la suite d'un entretien avec l'Orif et l'assurée, cette dernière avait eu un taux de présence de 27 % et n'avait pas suivi un jour entier durant la mesure. Elle avait été en incapacité de travail totale du 29 mai au 10 juin et à 50 % du 11 au 30 juin. Elle ne voyait pas le sens de la mesure. Aucun projet n'avait été évoqué, et l'Orif n'atteindrait pas les objectifs fixés. L'assurée a quant à elle parlé de la maladie de Ménière et de la hernie discale, apparues après l'expertise. Elle était en colère contre les experts. Elle a cependant indiqué qu'elle avait pris goût aux tâches sur l'ordinateur. Elle se disait plus productive le matin, et fatiguée l'après-midi à cause des médicaments.

55. Le 18 juillet 2018, l'assurée a signalé à l'OAI que la maladie de Ménière entraînait des vertiges et des nausées apparaissant de manière fluctuante. En raison de ces symptômes, elle ne pouvait accomplir aucune activité, même les tâches habituelles, durant une semaine par mois en moyenne. Il y avait lieu d'en tenir compte.

Elle a joint un certificat du 4 juillet 2018 de la Dresse R_____, attestant qu'elle présentait un état de santé fluctuant et qu'elle était « en restriction médicale absolue » et ne pouvait accomplir ses travaux habituels une semaine par mois environ.

56. Dans un avis du 23 juillet 2018, le docteur T_____, médecin au SMR, a commenté les derniers rapports médicaux. La Dresse I_____ avait signalé une amélioration de l'état psychique depuis 2013 et insistait sur le fait que cet état était uniquement lié à l'importance du syndrome douloureux. Le Dr J_____ ne retenait que le trouble somatoforme douloureux. La cure de prolapsus en décembre 2017 ne pouvait justifier qu'une incapacité de quelques semaines. Le Dr Q_____ confirmait l'absence d'aggravation depuis 2016. La Dresse R_____ avait signalé des plaintes liées à des vertiges, des céphalées et une hypoacousie droite, mais on ne disposait d'aucun élément objectif permettant de se positionner sur ces crises vertigineuses. Il n'était pas possible de retenir une incapacité en relation avec les atteintes ORL. Le Dr H_____ avait confirmé le diagnostic de fibromyalgie, sans autre atteinte ostéo-articulaire. La poly-somnographie ne montrait qu'un syndrome d'apnée du sommeil non incapacitant, très léger. Le Dr U_____ ne retenait aucune aggravation de l'état ostéo-articulaire et ne préconisait aucun nouveau geste thérapeutique. Ainsi, l'état de l'assurée ne s'était pas modifié et il fallait considérer, à l'instar de la chambre de céans, que sa capacité de travail restait entière dans toute activité adaptée.

57. Dans un rapport du 24 septembre 2018, l'Orif a indiqué que l'assurée n'avait pas réalisé de bilan des acquis. Elle avait une très bonne compréhension orale et une expression et une lecture correctes du français, l'écrit restant délicat. Du point de vue social, elle s'était bien intégrée dans l'atelier malgré ses nombreuses absences. Elle avait un contact franc et savait ce qu'elle voulait. Elle avait un petit réseau

d'amis à Genève. Elle fréquentait régulièrement un groupe religieux. Le début de la mesure avait été extrêmement difficile pour elle. Le changement de rythme, l'effort d'adaptation et la fatigue générée par les déplacements avaient tout de suite eu un impact sur son attitude. Le premier jour, elle avait émis le souhait de travailler à 50 % seulement et avait diminué son taux de présence, comme convenu avec l'OAI, certificat médical à l'appui, la perspective étant d'augmenter sa présence progressivement. Il lui avait été difficile de se mettre en situation d'orientation professionnelle. L'esprit et la volonté n'y étaient pas. Elle avait toujours eu le sentiment d'être incomprise dans ses difficultés de santé, ce qui nourrissait un sentiment de colère contre l'OAI et l'Orif. Les buts de la mesure n'avaient pu être réalisés en raison de la fréquentation insuffisante et de la certitude de l'assurée de ne plus parvenir à intégrer le monde du travail. Sa ponctualité était relative (retards réguliers de quelques minutes et négociation de départs anticipés). Malgré cela, elle avait su respecter le cadre de l'atelier. Dans la découverte de l'informatique de base, elle s'était investie au mieux et avait fait part de son intérêt pour cette activité, ce qui avait été un élément positif. Elle avait pu travailler lentement mais sûrement à développer ses connaissances dans ce domaine. La position avait pu être alternée grâce au bureau réglable en hauteur. Durant toutes ses journées de présence, l'assurée avait mentionné des douleurs récurrentes et persistantes qualifiées de supportables à fortes au niveau de la nuque, des épaules, des mains et des membres inférieurs, ainsi qu'un état de fatigue quotidien. Elle avait souffert à quelques reprises de vertiges, ceci l'incitant à rentrer chez elle plus tôt ou à rester à la maison.

En conclusion, l'Orif avait constaté une fragilité physique et psychique chez l'assurée, qui avait éprouvé beaucoup de difficultés à s'organiser et à tenir un rythme, même à 50 %. Sa capacité de concentration avait été très limitée et elle avait démontré une faible capacité de travail. Son passé médical et les maladies évoquées avaient influencé sa capacité de projection dans le futur, car elle n'avait aucun espoir d'amélioration ou de guérison.

58. Dans son rapport du 3 octobre 2018, l'OAI a noté que la mesure d'orientation n'avait pu aboutir. Dans ces conditions, aucun projet professionnel à évaluer par un stage n'avait pu être défini. L'assurée ne pouvait certes plus travailler en qualité de femme de ménage, mais un marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités adaptées, par exemples les tâches simples sédentaires. Il était difficile d'envisager une mesure simple et adéquate permettant de réduire le dommage, raison pour laquelle d'autres mesures n'étaient pas indiquées.

L'OAI a en outre calculé le degré d'invalidité de l'assurée. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour une femme selon l'ESS 2014 (TA1_tirage_skill_level, Ligne Total, niveau 1), soit CHF 4'300.-. Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures, le revenu annuel était de CHF 53'793.- à 100 % et de CHF 43'034.- en tenant compte d'un abattement de 20 % au vu des limitations fonctionnelles importantes, de l'âge et de l'activité à temps partiel. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 31'125.-. Il

correspondait aux salaires à temps partiel en 2007, soit CHF 14'129.- et CHF 11'288.-, après indexation à 2014. La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité nul.

59. À la même date, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, aux termes duquel sa demande de rente était rejetée. Le SMR avait confirmé sa pleine capacité de travail dans un poste adapté. Le marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités adaptées accessibles sans formation particulière selon l'étude du service de réadaptation de l'OAI. La comparaison des gains sans invalidité de CHF 31'125.- et avec invalidité de CHF 43'034.- aboutissait à un degré d'invalidité nul.
60. Par courrier du 30 novembre 2018, l'assurée a contesté les termes du projet de l'OAI. Elle a soulevé plusieurs griefs en lien avec l'accès à son dossier informatique. Sur le fond, l'OAI ne s'était pas conformé aux instructions de la chambre de céans et du Tribunal fédéral, selon lesquelles il devait évaluer l'évolution de son état de santé depuis avril 2016 et les possibilités d'activité dès le 1^{er} août 2013. Il était étonnant que l'OAI n'ait pas tenu compte de l'apparition du syndrome de Ménière, dont les symptômes pouvaient être objectivés, contrairement à ce qu'affirmait le Dr T_____. L'OAI n'avait pas non plus tenu compte des difficultés relevées par l'Orif. Elle a affirmé que son traitement médicamenteux avait un impact fonctionnel important, qui n'avait pas été pris en considération.
61. Par décision du 9 avril 2019, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
62. L'assurée a interjeté recours par écriture du 27 mai 2019.

Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} août 2013. Elle a soutenu que conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral, l'intimé devait évaluer son état de santé après le 31 juillet 2013 en tenant compte de la modification durable de la personnalité évoquée par la Dresse I_____ et déterminer les activités concrètement exigibles. Or, il n'en avait rien fait. La recourante avait du reste rappelé ces obligations à l'intimé par courrier du 15 janvier 2018, dont il n'avait pas été tenu compte, en violation de son droit d'être entendu. Le défaut de motivation de la décision relevait également d'une violation du droit d'être entendue de la recourante, de même que le fait ne pas avoir tenu compte de l'arrêt de renvoi de la chambre de céans, explicité par le Tribunal fédéral. L'intimé n'avait pas instruit les nombreuses aggravations signalées. Il semblait interpréter les arrêts de la chambre de céans et du Tribunal fédéral en ce sens qu'elle disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce que lesdits arrêts n'indiquaient pas. L'intimé s'était contenté de mettre en œuvre un stage d'observation, lors duquel l'Orif avait relevé ses limitations, et d'affirmer qu'aucun élément médical objectif ne permettait de modifier l'appréciation du cas. L'affaire devait lui être renvoyée, à moins que la chambre de céans ne sollicite une expertise judiciaire.

63. Dans sa réponse du 24 juin 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a affirmé que son instruction était conforme aux considérants de la chambre de céans et du Tribunal fédéral. Il avait en effet actualisé le dossier en questionnant la Dresse I_____, et mis en œuvre un stage avant de définir que des activités simples et répétitives étaient adaptées. Compte tenu des limitations fonctionnelles de la recourante, celle-ci pourrait prétendre à de nombreux emplois, tels que surveillante de cantine scolaire, sans port de charges car les enfants portaient leur plateau, démarcheuse téléphonique ou employée dans un centre d'appel (alternance des positions possibles, pas de marche ni de port de charges), contrôleuse/visiteuse en salle blanche dans l'industrie légère (vérification visuelle d'un objet fini). Toutes ces activités respectaient ses limitations et étaient accessibles sans formation particulière.
64. Par réplique du 5 juillet 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a affirmé que la Dresse I_____ avait attesté une aggravation de son état de santé le 22 février 2018. Elle a sollicité l'audition de ce médecin, ainsi que sa propre audition. Le Dr T_____ avait simplement mentionné les nombreux éléments décrits par le Dr J_____ et conclu à l'absence de modification de son état de santé. Le médecin du SMR croyait lire que la chambre de céans aurait reconnu la possibilité pour la recourante d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à plein temps. Or, elle avait précisément exigé une instruction complémentaire quant à cette exigibilité. L'avis du SMR du 23 juillet 2018 n'était pas convaincant et méconnaissait, tout comme l'expertise figurant au dossier, que la manière d'évaluer les ressources avait changé. Une expertise judiciaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique était nécessaire. Le rapport de l'Orif ne pouvait se substituer à une instruction médicale.
65. Dans sa duplique du 16 juillet 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
66. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante le 18 juillet 2019.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. L'objet du litige, tel que circonscrit par les conclusions du recours, porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

-
4. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.
 5. Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGGA, 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 LPGGA, le 1^{er} 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 LPGGA. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_117/2018 du 19 octobre 2018 consid. 5.1).

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

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments

subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. La recourante a fait valoir une violation de son droit d'être entendue, alléguée notamment en lien avec la motivation insuffisante selon elle de la décision attaquée.

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est toutefois pas nécessaire d'examiner ce moyen.

En l'espèce, dans son arrêt du 30 mai 2017, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'intimé, à charge pour ce dernier d'une part de définir concrètement les activités adaptées aux limitations fonctionnelles retenues par les experts, et d'autre part d'examiner si la modification de la personnalité évoquée par la Dresse I_____ constituait une aggravation de l'état de santé de la recourante influant sur son droit aux prestations.

Il convient en premier lieu d'examiner si l'aggravation alléguée de l'état de santé a été instruite à satisfaction de droit, étant rappelé que l'intimé devait tenir compte dans ce contexte non seulement d'une possible modification de la personnalité, mais également de toutes les nouvelles atteintes apparues jusqu'au prononcé de la décision, qui fixe le cadre temporel de l'état de fait déterminant pour apprécier la légalité d'une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_777/2013 du 13 février 2014 consid. 5.2.2).

Au plan psychique, l'instruction n'a pas permis d'établir une aggravation postérieure à la décision qui a donné lieu à l'arrêt de la chambre de céans du 30 mai 2017. En effet, la dégradation évoquée par la Dresse I_____ remonte à 2013. Or, cet élément est contredit par les constatations des experts, dont la chambre de céans a reconnu la valeur probante dans son arrêt du 30 mai 2017 – point sur lequel il n'y a pas lieu de revenir. L'aggravation signalée paraît du reste en contradiction avec les autres indications de cette psychiatre, puisqu'elle qualifiait par ailleurs l'évolution de lentement favorable dans son rapport du 1^{er} février 2018 et qu'elle évoquait le 22 février suivant la stabilité retrouvée par la recourante. En ce qui concerne plus particulièrement la modification durable de la personnalité évoquée par la Dresse I_____, il faut rappeler qu'eu égard à la nature économique de l'invalidité (ATF 110 V 273 consid. 4a), l'atteinte à la santé n'est 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2). Or, compte tenu de l'état psychique stationnaire de la recourante rapporté par la psychiatre, force est de constater qu'une éventuelle modification durable de la personnalité – fût-elle avérée – n'a pas de répercussion sur la capacité de gain de la recourante.

Du point de vue somatique, la très grande majorité des atteintes recensées par le Dr J_____ et leur incidence sur la capacité de gain de la recourante ont déjà été analysées par les experts, qui ont exclu leur caractère invalidant. La chambre de céans a également reconnu la valeur probante de leur rapport à cet égard.

S'agissant des atteintes non prises en compte par les experts, la chambre de céans retient ce qui suit. En ce qui concerne le prolapsus génital, on peut suivre le Dr T_____ qui n'admet qu'une incapacité transitoire liée à cette atteinte. En effet,

le service de gynécologie des HUG a signalé que les suites de l'intervention s'étaient révélées simples, et il n'existe pas d'autre document faisant état d'une incapacité de travail durable pour ce motif. La chambre de céans se ralliera également à l'appréciation du médecin du SMR s'agissant de l'incidence des troubles du sommeil, eu égard au caractère très léger de ces troubles et de l'efficacité normale du sommeil selon les indications du laboratoire du sommeil des HUG. En ce qui concerne le syndrome du tunnel carpien bilatéral, si le Dr Q_____ a écarté l'opportunité d'une intervention, il ne s'est pas prononcé sur la répercussion de cette atteinte sur la capacité de travail. Toutefois, en avril 2018, le Dr S_____ n'a pas exclu l'exercice d'une activité adaptée eu égard aux troubles musculo-squelettiques – quand bien même il a admis de nouvelles limitations fonctionnelles consistant à éviter les mouvements de pro-supination des mains.

En revanche, pour ce qui a trait aux troubles oto-rhino-laryngologiques, le Dr T_____ s'est contenté d'indiquer qu'il n'existait aucun élément objectif sous-tendant les crises vertigineuses, et qu'une incapacité de travail ne pouvait être admise en lien avec ces atteintes. Or, au vu de la neuronite vestibulaire droite en mai 2016 rapportée par le Dr J_____, et de la maladie de Ménière et du déficit vestibulaire droit signalés par la Dresse R_____, l'affirmation du médecin du SMR, nullement motivée, ne suffit pas à exclure au degré de la vraisemblance prépondérante la réalité de ces atteintes et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de gain de la recourante.

Partant, la cause doit être renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier d'examiner l'incidence des atteintes ORL rapportées sur la capacité de gain de la recourante, par exemple en procédant à une expertise sur ce point.

Il lui appartiendra ensuite de déterminer une nouvelle fois le degré d'invalidité de la recourante en fonction des résultats des investigations entreprises.

À cet égard, il convient de souligner que l'arrêt du 30 mai 2017 avait déjà enjoint l'intimé à définir les activités adaptées aux limitations fonctionnelles de manière précise, sans se contenter d'une simple référence aux activités simples et répétitives accessibles sur le marché du travail équilibré. C'est ici le lieu de rappeler que dans le cas où un arrêt de renvoi est rendu, ses considérants lient aussi bien l'autorité de renvoi que le juge, qui ne saurait revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (arrêt du Tribunal fédéral 9C_407/2008 du 6 avril 2009 consid. 1.1). En l'espèce, l'intimé a organisé un stage d'observation à la suite de cet arrêt. Si cette mesure était opportune, elle n'était pas indispensable pour définir des activités concrètement adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante. L'échec de la mesure d'observation, qui n'est certes pas imputable à l'intimé, ne le dispensait pas d'indiquer précisément plusieurs activités compatibles avec l'état de santé de la recourante au plan médico-théorique. Or, ce n'est que dans sa réponse au recours du 24 juin 2019 que l'intimé s'est conformé à cette obligation. En outre, s'agissant des activités retenues, on peut se demander si celle de surveillante de cantine scolaire permettrait à la recourante d'exploiter complètement sa capacité de gain,

dans la mesure où les horaires d'une telle activité sont généralement limités au repas de midi. Il paraît en outre douteux qu'une telle activité n'implique aucun port de charges. Il appartiendra ainsi à l'intimé, dans le cadre de la décision à intervenir, de définir concrètement plusieurs activités adaptées aux limitations fonctionnelles, intégrant notamment les restrictions signalées dans les mouvements des mains par le Dr S_____.

Eu égard au renvoi de la cause à l'intimé, l'audition de la recourante et celle de la Dresse R_____ apparaissent inutiles à ce stade de la procédure. Partant, la chambre de céans y renoncera, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

8. Le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA).

L'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 9 avril 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'000.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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