



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3051/2018

ATAS/1118/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 novembre 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard
PETITAT

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame B _____, née A _____ le _____ 1960 (ci-après l'assurée), ressortissante espagnole naturalisée suisse en 2006, mère de deux filles aujourd'hui majeures, est arrivée en Suisse en 1979. Elle a travaillé comme nettoyeuse, puis comme vendeuse, en dernier lieu auprès de MIGROS, à temps partiel.
2. En octobre 2006, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) en raison de problèmes au bras gauche, qui a été rejetée par décision du 3 septembre 2007, au motif que l'intéressée pourrait continuer à assumer sans limitation aucune un travail de vendeuse plus léger.

Cette décision reposait notamment sur les éléments suivants, recueillis durant l'instruction :

- un rapport du 12 octobre 2006 du docteur C _____, chirurgien de la main, expliquant que sa patiente souffrait de brachialgies bilatérales rendant impossible l'exercice de son activité de caissière (rapport du 12 octobre 2006) ; il diagnostiquait une neuropathie ulnaire au coude gauche, un syndrome du tunnel carpien gauche, des épicondylalgies externes réactionnelles et un nævus palmaire dans le pli d'opposition du pouce à la main gauche ; une neurolyse ulnaire du coude avait été pratiquée en 2003 ;
 - l'avis émis par le docteur D _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur, selon lequel, en l'absence de handicap fonctionnel, une activité légère était tout à fait possible.
3. L'assurée a alors changé d'activité et exercé celle d'accompagnante à domicile d'enfants et de personnes âgées, de mars 2009 à octobre 2011, pour la CROIX-ROUGE GENEVOISE, après avoir suivi avec succès une formation de cinq semaines. Elle a d'autre part suivi des cours de commerce et secrétariat à l'Académie de langues et de commerce du 12 septembre 2008 au 30 janvier 2009.
 4. En mars 2012, elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant valoir une aggravation de son état de santé : selon un certificat établi par le docteur E _____, elle n'était plus en mesure d'exercer son métier d'accompagnante à domicile, car elle ne pouvait plus soulever de charges supérieures à deux kilos.
 5. Dans un rapport du 23 mars 2012, ce médecin a fait état d'une tendinopathie et d'une brachialgie et expliqué que sa patiente souffrait de douleurs chroniques, de lombalgies et ne pouvait plus soulever de charges ; il préconisait une orientation professionnelle.

6. Sur proposition de son service de réadaptation, l'OAI a accordé à l'assurée un reclassement professionnel et pris en charge les coûts d'une formation en vue de l'obtention d'un diplôme de secrétaire-réceptionniste auprès de l'école F_____, avec, dans un premier temps une remise à niveau en français, orthographe, grammaire et arithmétique, du 14 mai au 15 juillet 2012 (communication du 8 mai 2012), puis la formation proprement dite en vue de l'obtention du certificat d'assistante administrative, du 16 juillet 2012 au 27 janvier 2013 (communication du 13 juillet 2012).
7. Courant août 2012, l'assurée a signalé des douleurs au niveau de ses épaules, puis, lors d'un bilan intermédiaire auprès de F_____ en date du 29 août 2012, des douleurs au niveau du bras gauche ; une adaptation de son poste de travail a été évoquée. Il a été noté par ailleurs qu'elle faisait preuve de motivation, même si elle rencontrait quelques difficultés dans certaines branches.
8. En octobre 2012, l'assurée a été mise en arrêt de maladie.

Dans un rapport du 1^{er} novembre 2012, le Dr E_____ a qualifié l'état de santé de sa patiente de stationnaire, tout en émettant un mauvais pronostic en raison de douleurs somatoformes. À la question de savoir si, médicalement, la formation d'assistante administrative à 50% était possible, le médecin a indiqué que c'était très variable, en raison des douleurs. Le maximum était un 50%.
9. En novembre 2012, une échographie de l'épaule droite a montré une arthropathie avec épanchement intra-articulaire de l'articulation acromio-claviculaire modérément douloureuse et une tendino-bursite calcifiante du sus-épineux.
10. Par la suite, l'OAI a pris en charge les coûts de préparation de l'assurée à l'examen de français commercial (communication du 7 janvier 2013).
11. Le 7 janvier 2013, l'assurée a été mise à nouveau en arrêt de travail par le Dr E_____.
12. Une ergothérapeute du service de neuro-rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a alors procédé à une évaluation sur place du poste de travail de l'assurée et proposé des adaptations (cf. rapport de janvier 2013).
13. L'OAI a prolongé la mesure de reclassement et pris en charge les frais d'un cours de comptabilité auprès de F_____, du 18 mars 2013 au 7 avril 2013 (communication du 28 février 2013), puis d'un cours de français (remise à niveau), du 8 avril au 15 mai 2013 (communication du 3 avril 2013).
14. Par courrier du 13 mai 2013, l'assurée a sollicité de l'OAI un placement en atelier protégé afin d'acquérir l'expérience professionnelle lui faisant défaut.
15. Le 1^{er} juillet 2013, un certificat d'assistante administrative lui a été délivré par l'institut F_____ SA.
16. Le 11 juillet 2013, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a constaté que la formation d'assistante administrative dispensée à l'assurée s'était achevée

avec l'obtention d'un certificat. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité était désormais nul.

17. Par décision du 2 octobre 2013, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, puisqu'après réadaptation, la comparaison des gains démontrait l'absence de toute invalidité.
18. Saisie d'un recours de l'intéressée - qui concluait à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité - , la Cour de céans l'a partiellement admis en date du 17 septembre 2014 : considérant que la décision du 2 octobre 2013 avait été rendue en violation grave du droit d'être entendue de l'assurée, elle a renvoyé la cause à l'intimé pour nouvelle décision (ATAS/1009/2014).

Avaient été versés au dossier de la procédure, notamment :

- un certificat du Dr E_____ du 23 septembre 2013 faisant état d'une aggravation de l'état de l'assurée, avec l'apparition de cervicalgies et lombalgies chroniques ; selon le médecin, sa patiente souffrait non seulement d'une tendinopathie des membres supérieurs, mais aussi de douleurs chroniques de l'épaule droite traitées par infiltrations sans résultat, d'une gastralgie chronique suite au traitement médicamenteux, d'un syndrome dépressif chronique traité par Tranxilium et d'une conjonctivite chronique ;
- diverses écritures de l'assurée alléguant que, contrairement à ce que retenait l'OAI, son état de santé l'avait empêchée de suivre les cours de dactylographie, de passer l'examen dans ce domaine et d'exercer une activité de ce type ; elle a rappelé que ses douleurs l'avaient contrainte à adopter une chaise ergonomique spéciale pour poursuivre sa formation ; elle a également fait valoir que l'office cantonal de l'emploi, en août 2013, lui avait reconnu une aptitude au placement limitée à 50% au maximum ; en définitive, elle s'estimait incapable de travailler régulièrement sur le marché du travail normal et en particulier dans sa nouvelle profession d'assistante administrative, à plus de 50% ;
- un rapport d'échographie de l'épaule gauche du 20 février 2014, confirmant la présence d'une tendinopathie calcifiante du tendon sub-scapulaire ;
- un rapport d'observation de Beau-Séjour du 16 décembre 2011, constatant que le travail en porte-à-faux, les publipostages et toute activité exigeant la position assise plus de plus trente minutes déclenchaient chez l'assurée des douleurs lombaires ;
- un avis du Service médical régional (SMR) de l'AI du 17 mars 2014, relevant que l'échographie ne montrait que de discrets signes de tendinopathie calcifiante de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs, sans toutefois aucune déchirure décelable, ce qu'il qualifiait d'atteinte modérée de l'épaule gauche déjà connue ; il convenait de confirmer les limitations de protection de l'épaule gauche et du dos déjà retenues précédemment ;
- un courrier du docteur G_____, psychiatre et psychothérapeute, indiquant avoir reçu l'assurée à deux reprises à sa consultation, l'avoir confiée à Madame H_____ en

psychothérapie déléguée et faisant état d'abus sexuels subis par l'assurée dans son enfance.

19. Par décision du 5 novembre 2015, l'OAI a une nouvelle fois nié à l'assurée le droit à une rente, après qu'ont été versés au dossier, notamment :

- un rapport de bilan socioprofessionnel établi le 30 septembre 2014 par INTÉGRATION POUR TOUS (IPT) relevant qu'aux limitations dues à l'état de santé de l'intéressée, s'ajoutaient celles liées à sa situation personnelle, à des difficultés d'insertion et à la gestion de sa fille, rentière AI : l'assurée ne pouvait quitter son domicile avant le départ de sa fille pour les ateliers d'occupation (à 8 h. 15), de sorte qu'une prise de poste n'était pas envisageable avant 9 h. le matin ; de même, le soir, elle devait être de retour chez elle à 17 h. au plus tard pour accueillir sa fille ; l'assurée s'enfermait dans les contraintes imposées par sa fille et la prise en charge de cette dernière ; son dévouement était certes exemplaire, mais limitait, voire empêchait toute possibilité ou opportunité professionnelle ;
- un avis émis le 29 mai 2015 par le docteur I_____, du SMR, rappelant que l'assurée avait terminé, fin juillet 2013, un reclassement en tant qu'assistante administrative, considérant qu'aucun élément médical nouveau n'avait été mis en évidence, en particulier aucune aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis lors et que les conclusions émises en mars 2012 restaient donc valables.

20. Saisie une nouvelle fois d'un recours de l'assurée, la Cour de céans l'a partiellement admis par arrêt du 17 août 2016 (ATAS/639/2016). Constatant l'absence d'instruction sur le plan médical quant à l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le dépôt de sa demande en 2012, au regard notamment de sa fibromyalgie et des conséquences de celle-ci sur sa capacité de travail résiduelle, la Cour a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire en application de la nouvelle jurisprudence.

21. Sur proposition du SMR, une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été mise sur pied afin de déterminer « si le diagnostic de fibromyalgie [était] retenu au sens d'un trouble somatoforme douloureux persistant » (sic).

22. Cette expertise a été confiée aux docteurs J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont rendu leur rapport en date du 28 novembre 2017.

Au terme de leurs examens, les experts sont parvenus à la conclusion que l'atteinte à la santé était purement rhumatologique.

Les experts se sont livrés à une anamnèse familiale, scolaire, professionnelle, à une description du contexte psychosocial et à un résumé des antécédents personnels avant de se faire le relais des plaintes de l'assurée sur le plan ostéo-articulaire (douleurs à la face externe de la hanche droite, aux lombaires, aux cervicales, aux genoux et aux épaules, irradiant dans les bras avec crampes dans les doigts, surtout

à gauche, rachialgies, position assise limitée à une demi-heure, position debout statique limitée à 10 minutes, périmètre de marche limité à 20 minutes, fourmillements dans les doigts). L'anamnèse psychosociale fait état, notamment, de multiples abus sexuels rapportés par l'assurée, jusqu'à l'âge de 21 ou 22 ans, et de la maltraitance physique dont elle dit avoir été victime de la part de sa mère adoptive.

Dans l'anamnèse psychiatrique, l'expert a indiqué ne pas retrouver d'éléments susceptibles d'évoquer une symptomatologie psychiatrique durant l'enfance ou l'adolescence. Il n'a pas noté non plus de tendance à la labilité des affects ou aux comportements à risque. Il n'a pas observé de symptomatologie dépressive caractérisée, bien que l'assurée ait traversé des périodes difficiles au cours desquelles elle a éprouvé une tristesse parfois importante et adaptée au contexte, sans incidence sur son élan vital, ses intérêts et plaisirs. Une prise en charge psychiatrique a été mentionnée en 2007, durant une année, dans le cadre de difficultés conjugales. L'assurée a indiqué avoir traversé une seconde période difficile en 2010, suite à sa séparation, sans pour autant que son élan vital et ses intérêts et plaisirs aient été amoindris ; cette période n'a d'ailleurs pas eu d'incidence significative sur sa vie professionnelle.

L'expert psychiatre a noté que le Dr E_____ avait mentionné, en septembre 2013, un syndrome dépressif chronique, mais sans étayer ce diagnostic par la moindre description clinique ; la médication indiquée semblait par ailleurs incohérente avec la pathologie attestée puisque le médicament prescrit, n'avait sur le plan psychiatrique qu'un effet anxiolytique et discrètement sédatif.

En 2014, l'assurée avait consulté à deux reprises le Dr G_____, puis à une occasion la psychologue déléguée, mais disait s'être aperçue qu'elle n'en ressentait pas le besoin. Depuis lors, elle n'avait bénéficié d'aucune prise en charge psychologique ou psychiatrique.

Elle ne formulait par ailleurs aucune plainte spontanée sur ce plan.

L'expert psychiatre n'ayant constaté ni difficultés d'attention ou de concentration, ni signe de tristesse apparente, ni perte d'élan vital intact, des intérêts ou du plaisir, ni péjoration de l'estime de soi, ni même de symptômes anxieux, il a conclu à l'absence d'atteinte psychique, relevant au demeurant que, sur le plan de fonctionnement, l'assurée avait fait preuve de combativité - voire parfois d'obstination - dans les situations difficiles, ce qui lui avait d'ailleurs permis de surmonter des pressions liées au travail ou à sa vie conjugale. Ont été également notées une bonne maîtrise des émotions, une sensibilité marquée et, de manière générale, une structure de la personnalité constituant plutôt une ressource pour l'assurée.

Dès lors, n'ont été retenus comme diagnostics à titre principal que ceux correspondant à des atteintes physiques : une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec conflit sous-acromial et tendinopathie calcifiante des épaules,

associée à un syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une chondropathie de grade II, une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante droite, des coxalgies droites dans le cadre d'un détachement du labrum antérieur et d'un status après tendinopathie du moyen fessier droit, et des cervicalgies et lombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis.

Ont été également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une fibromyalgie, un excès pondéral, un discret status variqueux des membres inférieurs, un status après cure de tunnel carpien gauche, un status après neurolyse du nerf cubital gauche au coude, un status après ténotomie des fléchisseurs du pouce gauche, un status après césarienne, un tabagisme, un status après excision de deux lipomes de la paroi abdominale, des hémangiomes hépatiques, une gastropathie avec hernie hiatale et antécédents d'ulcères gastriques, une probable colopathie fonctionnelle et un psoriasis cutané.

Sur le plan ostéoarticulaire, à l'examen, l'expert a noté un bon état général, une déambulation normale, sans boiterie, un accroupissement légèrement limité, de discrets troubles statiques du rachis et une mobilité lombaire diminuée, étant précisé toutefois que trois signes de non-organicité selon Waddell avaient été observés, ainsi qu'une importante discordance entre la distance doigts/sol et doigts/orteils sur le lit d'examen. La mobilité cervicale était également limitée, mais la mobilité des articulations périphériques bien conservée ; seule l'élévation active des épaules était limitée, contrairement à l'élévation passive. Aucun signe plaidant pour une arthropathie inflammatoire périphérique n'a été observé ; en revanche, 15 points typiques de la fibromyalgie sur 18 se sont révélés sensibles à la palpation.

En définitive, l'expert a confirmé que, dans les activités précédentes de caissière-vendeuse et d'accompagnante à domicile, la capacité de travail était nulle.

Il a été noté que, malgré ses douleurs, l'assurée conservait une bonne intégration sociale. Elle s'acquittait de son ménage, bien que difficilement, et bénéficiait d'aide sur ce plan.

Certains « motifs d'exclusion » ont été relevés : trois signes de non-organicité selon Waddell sur cinq, une attitude incohérente et démonstrative à la palpation des points de Smythe ; l'assurée semblait bien s'occuper de sa fille aînée, souffrant d'un déficit intellectuel, mais se montrait en revanche passive dans la recherche d'une activité professionnelle ; elle continuait à avoir des loisirs, à nager et à être intégrée socialement. La thérapie avait été conduite dans les règles de l'art.

En revanche, il a estimé que, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, la capacité de travail atteignait 80% depuis 2012. Ont été retenus à titre de limitations fonctionnelles rhumatologiques : l'absence d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°, l'absence de port de charges de plus de 5 kg, les mouvements répétitifs des épaules, les genuflexions répétées, le travail en hauteur, le franchissement régulier

d'escaliers, la marche en terrain irrégulier, la position debout statique, la marche au-delà d'une demi-heure, la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure positions assise et debout, l'absence de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et le fait de devoir éviter les vibrations. La diminution de 20% se justifiait par les limitations fonctionnelles se surajoutant les unes aux autres et justifiant une baisse de rendement. L'absence de raisons biomécanique ne justifiait pas de baisse de rendement supérieure. À ce propos, il a été noté que la tolérance à la position assise avait été relativement bonne en cours d'entretien.

23. Le 19 janvier 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation. L'OAI expliquait qu'à l'issue du complément d'instruction médicale, le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans les activités habituelles depuis novembre 2005, mais considérait que l'assurée avait conservé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis novembre 2005, réduite à 80% depuis 2012.
24. Le 24 janvier 2018, le conseil de l'assurée s'est étonné de ce projet en relevant que celui-ci ne comportait aucune comparaison des revenus.
25. Par courrier du 15 février 2018, l'OAI a confirmé qu'il s'agissait bien là de l'intégralité de son projet de décision.
26. Le 20 février 2018, l'assurée s'y est opposée en reprochant à l'OAI de n'avoir pas défini la valeur de sa formation d'assistante administrative, pas plus que le revenu que celle-ci pourrait lui permettre d'obtenir. Elle s'est également plainte de l'absence d'explications quant au détail du calcul du degré d'invalidité (revenu hypothétique, activité adaptée, etc.).
27. Dans un document du 4 juillet 2018, le Service de réadaptation de l'OAI s'est livré à un calcul du degré d'invalidité, qu'il a établi à 30,2% après comparaison du revenu avant invalidité, fixé à CHF 55'893.- (revenu réalisé par l'assurée en tant que caissière-vendeuse en 2010 selon informations de son employeur [54'809.-] réactualisé pour 2012), à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année en exerçant une activité adaptée, soit CHF 39'038.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA7, niveau 4 = 4'250.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 4'431.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = CHF 53'168.- en 2010 = CHF 54'219.- en 2012 = CHF 48'375.- à 80% + réduction supplémentaire de 10%). S'agissant plus particulièrement du revenu après invalidité, l'OAI a indiqué s'être basé sur l'ESS, plus particulièrement sur le secteur des services.
28. Par décision du 6 juillet 2018, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

Il a considéré que, si elle était effectivement totalement incapable d'exercer les activités de caissière-vendeuse ou d'accompagnante à domicile depuis le 23 novembre 2005, l'assurée avait conservé la capacité d'exercer une activité adaptée à 100% depuis le 23 novembre 2005, à 80% depuis janvier 2012.

À l'issue du délai d'attente d'une année, en 2016, il n'y avait donc pas de perte de gain. L'assurée pouvait en effet travailler en tant qu'assistante-administrative, formation dans laquelle elle avait pu bénéficier d'un reclassement.

Dès lors, l'OAI a comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assurée sans invalidité en 2012, soit CHF 55'893.-, à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année malgré l'atteinte à sa santé, soit CHF 39'038.- (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA7, niveau 4, avec une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et des années de service). Le degré d'invalidité résultant de cette comparaison était de 30%, c'est-à-dire insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

29. Par écriture du 7 septembre 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente, sans en préciser la quotité.

En premier lieu, elle soutient que le projet que lui a fait parvenir l'OAI n'était pas suffisamment motivé et en tire la conclusion que son droit d'être entendue aurait été violé.

En substance, l'assurée conteste pouvoir exercer en tant qu'assistante administrative et reproche à l'intimé de « ne pas définir la valeur de cette formation ni le revenu qu'elle aurait pu obtenir ».

En outre, elle invoque des insomnies chroniques des douleurs diffuses.

30. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 novembre 2018, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait remarquer que, suite au dernier arrêt de la Cour, l'assurée a été soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique dont il estime que les conclusions doivent se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant que celle-ci n'apparaît pas contestée. Or, il ressort du rapport du SMR que l'assurée est capable d'exercer une activité adaptée à 100% depuis novembre 2005, à 80% depuis 2012 et ce, en raison de ses problèmes rhumatologiques uniquement. En effet, après analyse des indicateurs topiques, le SMR a exclu tout caractère incapacitant à l'atteinte psychiatrique.

31. Dans sa réplique du 17 décembre 2018, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

Elle persiste à affirmer que l'activité d'assistante administrative ne saurait être retenue à titre d'activité adaptée.

Pour le surplus, elle répète que le projet de décision qui lui a été adressé était insuffisamment motivé puisqu'il n'indiquait ni le revenu hypothétique retenu, ni l'activité adaptée envisagée, pas plus que les motifs pour lesquels l'OAI avait conclu à une capacité de travail de 100% en 2005 et de 80% en 2012. Elle en tire la conclusion que la « notification » de ce projet était « irrégulière ».

Elle évoque à nouveau des insomnies chroniques et des douleurs diffuses et continue à contester la valeur du diplôme d'assistante administrative qui lui a été délivré.

Selon elle, l'intimé « substituerait sa réalité subjective à l'état des faits réel » et aurait manqué à son devoir d'instruction.

32. Dans sa duplique du 15 janvier 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

L'intimé rappelle que l'assurée a été mise au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel en 2012, mesure consistant en une formation d'assistante administrative qu'elle a terminée avec succès en 2013, obtenant un certificat le 1^{er} juillet 2013 de l'école F_____. Bien que l'assurée conteste pouvoir exercer une telle activité en arguant que son état de santé l'a empêchée de suivre les cours de dactylographie, il ressort pourtant du rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR qu'elle a conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis 2005, réduite à 80% depuis 2012. Les limitations fonctionnelles touchent les épaules, le rachis et les genoux et ne sauraient dès lors justifier une incapacité à suivre les cours de dactylographie. L'activité d'assistante administrative à 80% est adaptée à l'état de santé de la recourante.

L'intimé explique pour le surplus s'être basé sur les différents secteurs d'activité dans lesquels l'assurée serait en mesure de mettre en valeur une capacité résiduelle de travail et avoir appliqué une réduction de 10% supplémentaire pour tenir compte des limitations fonctionnelles et des années de service.

Enfin, il rappelle que tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé n'a pas à être pris en compte par l'assurance-invalidité.

33. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 26 septembre 2019, au cours de laquelle la recourante a affirmé sa conviction d'être incapable d'exercer quelque activité que ce soit.

Selon elle, son état ne lui permet pas de travailler comme assistante administrative. Elle adore la dactylographie, tout comme la couture et le dessin, mais ces activités lui sont désormais interdites : après quelques minutes seulement, des crampes surviennent dans ses mains.

Le ménage lui est également difficile, mais, heureusement, elle bénéficie, pour sa fille handicapée, d'une aide-ménagère à raison d'une heure et demie par semaine.

La recourante a indiqué contester en ce sens l'évaluation de la capacité de travail à laquelle s'est livrée le SMR, mais n'avoir en revanche aucun grief à faire valoir quant aux diagnostics ou limitations fonctionnelles retenus. Selon elle, le SMR a sous-évalué les conséquences de ses problèmes de santé sur sa capacité de travail.

Pour le reste, la recourante a critiqué la qualité de la formation qui lui a été dispensée, dont elle estime qu'elle ne lui permet pas de se considérer comme une secrétaire.

Selon elle, les abus sexuels dont elle a été victime tout au long de son existence sont à l'origine de son état actuel.

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

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la hanche droite du 28 septembre 2015 concluant à un aspect compatible avec un détachement du labrum antérieur s'étendant à la limite avec le labrum antéro-supérieur et à de discrets signes de tendinopathie insertionnelle du moyen fessier ;
- un rapport de gastroscopie du 25 juin 2019 concluant à une hernie hiatale de 1 cm avec un ulcère linéaire dans le bas de l'œsophage au-dessus du hiatus ;
- un rapport de consultation de dermatologie des HUG du 24 juillet 2019 constatant l'existence de lésions cutanées compatibles avec un psoriasis, peu étendues et ne justifiant pas un traitement systémique, mais un simple traitement par crème kératolitique ;
- un certificat établi par le Dr E_____ le 23 septembre 2019 concluant à une hernie hiatale avec ulcère linéaire, à une gastroscopie du 25 juin 2019, à des nodules de la thyroïde en évolution, à un psoriasis et à une fibromyalgie.

34. À l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

-
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10)).
5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la décision initiale du 3 septembre 2007 au point de lui ouvrir droit à des prestations sous forme de rente d'invalidité.
6. Dans un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue au motif que le projet de décision du 19 janvier 2018 était insuffisamment motivé s'agissant du calcul du degré d'invalidité.

a. Selon l'art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (al. 1). Les parties ont le droit d'être entendues (al. 2).

b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1).

La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 Cst., celui d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 15 consid. 2a/aa). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes

pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 97 consid. 2b). La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'intéressé est mis en mesure d'en apprécier la portée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause (ATF 122 IV 14 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 consid. 2b).

c. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références). Elle peut se justifier en présence d'un vice grave notamment lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2 ; ATF 133 I 201 consid. 2.2). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATAS/511/2014 du 16 avril 2014 consid. 13b ; ATAS/1081/2013 du 6 novembre 2013 consid. 4c ; ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4c ; ATA/126/2013 du 26 février 2013).

d. En l'occurrence, s'il apparaît que le projet de décision ne mentionnait pas le détail du calcul du degré d'invalidité, la décision formelle rendue le 6 juillet 2018 y a remédié.

Qui plus est, la recourante a pu avoir accès à son dossier administratif complet et prendre connaissance du document intitulé « détermination du degré d'invalidité », lequel mentionne tous les éléments retenus pour fixer le salaire avec invalidité, en particulier la référence à l'ESS, à l'année et au tableau pris en considération, le salaire mensuel ainsi défini, son annualisation et son indexation, ainsi que le taux d'abattement.

La recourante a ainsi eu l'occasion, dans la présente procédure, de présenter librement ses objections - concernant en particulier la méthode d'évaluation de l'invalidité et le calcul opéré par l'intimé - devant la Cour de céans, laquelle dispose d'un pouvoir d'examen identique à celui de l'intimé.

En conclusion, la violation du droit d'être entendu dont se prévaut la recourante peut être considérée comme réparée dans le cadre de l'examen du recours.

7. Il convient à présent d'examiner le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

a. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 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).

b. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

c. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière.

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

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

8. 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).

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

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

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

10. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité

de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

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

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

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

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

12. a. 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.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. 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).

f. Il y a lieu de souligner qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C 369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. On ajoutera, s'agissant des facteurs psychosociaux ou socioculturels et de leur rôle en matière d'invalidité, qu'ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état

psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

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

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

15. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
16. En l'espèce, il n'est pas contesté qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante est survenue depuis qu'a été rejetée sa première demande de prestations, le 3 septembre 2007.

Les diagnostics et limitations fonctionnelles ne sont pas non plus contestés en tant que tels (cf. audience de comparution personnelle). La recourante soutient en revanche être désormais dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative, en particulier celle d'assistante administrative.

L'intimé, pour sa part, la considère apte à exercer une activité adaptée aux limitations retenues à 80% depuis 2012.

Dans la mesure où l'intimé fonde sa position sur le rapport des Drs J_____ et K_____, il convient d'examiner quelle valeur probante peut être reconnue à celui-ci.

À titre liminaire, il convient de relever que ces praticiens, en tant que médecins du SMR, ont réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201). Leur rapport du 28 novembre 2017 ne constitue donc pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Cela ne signifie pas pour autant que la valeur probante dudit document doive être niée, mais simplement qu'elle doit être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

Force est de constater que le rapport précité remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il contient le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

Sur le fond, les médecins du SMR ont écarté toute atteinte psychique et considéré que l'atteinte à la santé était purement rhumatologique. En effet, le psychiatre n'a retrouvé ni élément susceptible d'évoquer une symptomatologie psychiatrique durant l'enfance ou l'adolescence, ni tendance à la labilité des affects ou aux comportements à risque, ni symptomatologie dépressive caractérisée. Seul le Dr E_____ a mentionné, en septembre 2013, un syndrome dépressif chronique, mais sans étayer ce diagnostic par la moindre description clinique. La recourante elle-même, après avoir débuté un suivi par une psychologue déléguée par le Dr

G_____, y a mis un terme après une seule séance, constatant qu'elle n'en ressentait pas le besoin.

Dès lors, n'ont été retenus comme diagnostics à titre principal que ceux correspondant à des atteintes physiques : une périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec conflit sous-acromial et tendinopathie calcifiante des épaules, associée à un syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une chondropathie de grade II, une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante droite, des coxalgies droites dans le cadre d'un détachement du labrum antérieur et d'un status après tendinopathie du moyen fessier droit, et des cervicalgies et lombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis.

En définitive, les experts ont confirmé que, dans les activités précédentes de caissière-vendeuse et d'accompagnante à domicile, la capacité de travail était nulle. Ils ont en revanche estimé que, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, la capacité de travail atteignait 80% depuis 2012.

Ont été retenues à titre de limitations fonctionnelles rhumatologiques : l'absence d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°, l'absence de port de charges de plus de 5 kg, les mouvements répétitifs des épaules, les genuflexions répétées, le travail en hauteur, le franchissement régulier d'escaliers, la marche en terrain irrégulier, la position debout statique, la marche au-delà d'une demi-heure, la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure positions assise et debout, l'absence de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et le fait de devoir éviter les vibrations. La diminution de 20% correspondait à la baisse de rendement induite par les limitations fonctionnelles se surajoutant les unes aux autres.

Dans la mesure où les experts ont nié tout caractère incapacitant à la fibromyalgie, il est superflu d'examiner les indicateurs standards, d'autant que plusieurs motifs d'exclusion ont été relevés par les médecins du SMR.

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

En l'espèce, la recourante ne soulève aucun grief de ce type. Au contraire, elle a clairement indiqué ne contester ni les diagnostics ni les limitations retenues mais seulement l'évaluation de sa capacité de travail et ce, sans autre argument que son sentiment de ne plus être en mesure d'exercer la moindre activité, quelle qu'elle soit, ce qui apparaît manifestement insuffisant pour jeter le doute sur les conclusions des médecins du SMR.

C'est dès lors à juste titre que, se fondant sur le rapport de ces derniers, l'intimé a retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel il s'est livré.

17. En l'espèce, le Service de réadaptation de l'OAI s'est livré à un calcul du degré d'invalidité théorique, qu'il a établi à 30,2% après comparaison du revenu avant invalidité, fixé à CHF 55'893.- (réalisé par l'assurée en tant que caissière-vendeuse en 2010 selon informations de son employeur [54'809.-] réactualisé pour 2012), à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année en exerçant une activité adaptée, soit CHF 39'038.- (ESS 2010, TA7, niveau 4 = 4'250.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 4'431.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = CHF 53'168.- en 2010 = CHF 54'219.- en 2012 = CHF 48'375.- à 80%) après application d'une réduction supplémentaire de 10%.

Le calcul de l'intimé n'apparaît pas critiquable, l'assurée ayant suivi en 2008-2009 un cours de commerce et de secrétariat, complété par un reclassement en tant qu'assistante administrative, lui permettant d'exercer une activité légère dans le secteur des services. C'est le lieu de rappeler qu'en cas d'absence de désignation précise par l'OAI des activités compatibles avec les limitations d'un assuré, le Tribunal fédéral a jugé qu'il convenait d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations d'un assuré et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

18. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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