RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3223/2018 **ATAS/33/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 janvier 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER — recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Antonio Massimo DI TULLIO, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née le _____ 1979, a effectué sa scolarité obligatoire au Portugal où elle a travaillé ensuite comme vendeuse. En Suisse, elle a travaillé comme dame de buffet, blanchisseuse-repasseuse, aide de cuisine et vendeuse, de 1992 à mars 2004, puis en dernier lieu, comme nettoyeuse auprès de B_____ SA, à raison de deux heures par jour, pour un salaire horaire de CHF 17,35 jusqu'au 31 décembre 2006.

B. **a.** Le 16 novembre 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de troubles respiratoires en rapport avec une allergie à la poussière.

b. Par décision du 28 février 2008, entrée en force, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée, au motif qu'elle présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'après comparaison des revenus, elle ne subissait pas de perte de gain.

C. **a.** Le 9 février 2010, l'assurée a présenté une nouvelle demande de rente d'invalidité à l'OAI, alléguant une incapacité de travail totale depuis le 16 décembre 2006 et précisant être suivie par un psychiatre depuis le 12 février 2008, pour une dépression.

b. Sur proposition du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire et mandaté les docteurs C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport d'expertise du 5 mai 2011, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient, sur le plan somatique, des rachialgies chroniques et des troubles disco-dégénératifs importants du rachis lombaire. Sans répercussion sur la capacité de travail, avaient été diagnostiquées des difficultés d'adaptation face à des deuils et une personnalité avec traits dépendants.

Sur le plan psychiatrique, l'expert a exclu une atteinte dépressive d'intensité significative, au vu de l'excellence des capacités cognitives de l'expertisée, du fait qu'elle était capable de lire, qu'elle avait une très bonne image d'elle-même, sans anhédonie ni aboulie, et que sa vie sociale était décrite comme riche. La capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement.

c. Le 31 mai 2011, l'OAI a rendu un projet décision refusant une rente d'invalidité à l'assurée, qui l'a contesté.

d. Le service de réadaptation professionnelle a proposé à l'assurée une orientation professionnelle en vue de placement en entreprise auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les ÉPI) à Genève, du 20 février au 20 mai 2012.

e. Par décision du 22 mai 2013, l'OAI, se fondant sur l'avis de son service médical régional (ci-après : le SMR) du 10 mai 2013, a refusé l'octroi de toute prestation, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa dernière décision.

D. **a.** L'assurée a interjeté recours en date du 24 juin 2013, concluant à l'annulation de la décision.

b. Dans sa réponse du 22 août 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par arrêt du 3 septembre 2014 (ATAS/969/2014), la chambre des assurances sociales a renvoyé la cause à l'intimé pour investigations médicales complémentaires afin de déterminer s'il y avait eu aggravation et/ou modification des circonstances et quelles en étaient les répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

d. Une expertise psychiatrique et rhumatologique a été confiée par l'OAI au docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'au docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie, tous deux médecins du SMR. Dans leur rapport du 18 octobre 2016, les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une arthrose des articulations postérieures prédominant en L4-L5 et d'une discopathie prédominant en L5-S1. Ils ont mentionné, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une légère uncarthrose C5-D et une arthrose des articulations postérieures en C5-C6 et C6-C7, un status post épicondylite du coude droit, une arthrose cunéo-métatarsienne du 2ème rayon du pied droit et un trouble anxieux et dépressif mixte. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de diagnostic incapacitant ni de limitations fonctionnelles et il n'y en avait jamais eu. Dans l'activité de concierge, il y avait une incapacité de travail de 100% dès le 7 novembre 2006. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était totale.

e. Par projet de décision du 24 janvier 2017, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité.

f. Le 1er mars 2017, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI.

g. Les Drs E_____ et F_____ ont complété leurs premières conclusions par rapport du 9 novembre 2017 à la demande du SMR. Sur le plan rhumatologique, par rapport à l'examen clinique rhumatologique de 2016, l'assurée signalait la persistance des douleurs lombaires. Elles avaient toutefois légèrement diminué. Sur le plan ostéo-articulaire, il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé par rapport à l'examen clinique de 2016. Sur le plan psychiatrique, l'assurée n'avait jamais présenté de pathologie psychiatrique incapacitante.

h. Par décision du 16 août 2018, l'OAI a refusé à l'assurée des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Après complément d'instruction, les conclusions restaient les mêmes que celles retenues dans son projet de décision.

E. **a.** L'assurée a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 17 septembre 2018.

b. Par réponse du 16 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par ordonnance du 13 juin 2019 (ATAS/518/2019), la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique et rhumatologique de le recourante qu'elle a confiée aux docteurs G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

d. Dans son rapport du 29 mai 2020, le Dr H_____ a posé le diagnostic de lombalgies sur lombo-discarthrose et indiqué que l'état de santé ne s'était pas significativement aggravé depuis le 28 février 2008, date de la dernière décision de l'intimé entrée en force, sur le plan rhumatologique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle au moins depuis le rapport du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 1er mars 2007. Une activité lucrative adaptée était possible depuis 2008. On pouvait estimer que les lombalgies chroniques et les changements de positions fréquents allaient causer une diminution du rendement d'environ 20% au maximum.

e. Dans son rapport du 24 mai 2020, le Dr G_____ a retenu le diagnostic de schizotypie et que la recourante était totalement incapable de travailler dans toute activité. Son état s'était aggravé en septembre 2018, au moment où elle avait changé de thérapeute.

f. Le 22 juin 2020, la recourante a fait valoir qu'il ressortait des expertises qu'elle était actuellement en incapacité de travail dans toute activité pour des raisons psychiatriques, à tout le moins depuis le 1er septembre 2018. On comprenait des réponses de l'expert-psychiatre qu'elle était atteinte d'épisodes de dépression récurrents et sévères incompatibles avec l'exercice d'une activité à 100%. Quoi qu'il en soit, la question du taux exact d'incapacité de travail de février 2010 à septembre 2018 pouvait rester indécise, puisqu'il n'était pas contesté que la recourante était, durant toute cette période, en incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle et qu'elle n'avait pas pu bénéficier d'un reclassement professionnel.

Du point de vue somatique, les experts avaient été unanimes pour recommander la mise en œuvre de mesures de réadaptation afin de mettre en valeur, sous l'angle purement rhumatologique sa capacité de travail résiduelle. Il ressortait du dossier qu'une telle mesure de réadaptation professionnelle avait été commencée, sans pouvoir être menée à terme, pour des raisons qui n'étaient pas à la charge de la recourante (rapport des ÉPI du 5 juillet 2012).

En admettant qu'une capacité de travail résiduelle ait existé depuis février 2010, il était établi que l'assurée ne pouvait pas être reclassée dans un emploi à 100% dans le circuit économique normal sans aucune faute de sa part.

Au surplus, l'appréciation du Dr H_____ eu égard au rapport du 5 juillet 2017 des ÉPI n'était pas convaincante. L'on ne voyait pas comment il parvenait à la conclusion d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis 2008 sur le plan rhumatologique et cette conclusion était en contradiction avec tous les rapports médicaux de cette période.

Cette question pouvait toutefois rester indécise, puisqu'il n'était pas contesté que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de nettoyeuse et qu'aucune réadaptation professionnelle n'avait abouti durant toute la période considérée. La question d'une hypothétique capacité résiduelle de travail ne se posait donc pas. Une rente lui était due sur la base de son incapacité de travail dans son activité habituelle depuis février 2010, puis dès septembre 2018, sur la base de l'incapacité de travail complète établie par l'expertise du Dr G_____.

g. Le 23 juin 2020, l'intimé a estimé que l'expertise psychiatrique du Dr G_____ ne remplissait pas les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, contrairement à celle du Dr H_____.

h. Le 23 juillet 2020, la chambre de céans a demandé un complément d'expertise au Dr G_____ et aux deux experts de se prononcer sur les critiques émises sur leurs rapports.

i. Le 30 juillet 2020, le Dr H_____ a confirmé son rapport d'expertise et ses conclusions.

j. Le 7 septembre 2020, le Dr G_____ a indiqué qu'il n'apparaissait pas d'éléments pouvant lui permettre de contester le positionnement de l'OAI concernant la capacité de travail dans une activité adaptée de la recourante entre le 9 février 2010 et le 16 août 2018. C'était les éléments d'aggravation de type schizotypique, survenus en septembre 2018, qui avaient renversé la situation et faisaient qu'aujourd'hui, celle-ci ne pouvait pas travailler.

k. Le 9 octobre 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions.

l. Le 12 octobre 2020, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.

m. Le 5 février 2021, la chambre de céans a demandé un complément d'expertise au Dr G_____, en lui demandant en particulier de se prononcer sur la période courant du 28 février 2008 au 16 août 2018.

n. Le 22 juin 2021, le Dr G_____ a répondu, après avoir résumé les différents certificats médicaux établis par les médecins traitants de l'époque, qu'on voyait s'installer le tableau d'une personne qui présentait progressivement une impotence fonctionnelle liée à un trouble dépressif aggravé par des

préoccupations familiales, en particulier la santé de sa mère. L'ensemble des documents fournis par les médecins traitants constituait un étayage majeur pour confirmer le diagnostic de dépression grave, voire sévère.

o. Le 14 juillet 2021, l'intimé, sur la base d'un avis du SMR du 13 juillet 2021, a fait valoir que le rapport du Dr G_____ ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante.

p. Le 27 juillet 2021, la recourante a estimé que les conclusions de l'expert selon lesquelles sa capacité de travail était nulle également pour la période du 28 février 2008 au 16 août 2018 revêtaient une pleine valeur probante.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité suite à sa nouvelle demande du 9 février 2010.

4. **4.1** Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 130 V 71 consid. 3.2; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la

suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).

4.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

4.3 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). 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).

5. En l'espèce, il convient de déterminer si la recourante peut se prévaloir d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force de l'OAI, le 28 février 2008.

5.1 Il faut examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr H_____, laquelle n'est pas contestée par l'intimé et remplit a priori les réquisits lui permettant de se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.1.1 La recourante a fait valoir que le Dr H_____ avait mal interprété le rapport des ÉPI.

La mission d'expertise contenait une erreur et c'est à juste titre que l'expert a tenu compte du rapport du 5 juillet 2012, les ÉPI n'ayant pas rendu un rapport le 5 juillet 2017.

Dans ce rapport, les ÉPI indiquaient que durant le stage d'ouvrière de conditionnement à mi-temps en entreprise, l'assurée avait rapidement montré des signes d'inconfort au niveau des lombaires, qui avaient pu être en partie améliorés par l'utilisation d'un siège ergonomique. L'assurée doutait pouvoir travailler au-delà d'un mi-temps pour le moment à cause de la fatigue ressentie après quatre heures d'activité et de ses douleurs au dos. Ses aptitudes sociales avaient été irréprochables. En raison des soins suivis quotidiennement par l'assurée, les ÉPI n'avaient pas pu l'évaluer au-delà d'un mi-temps. S'agissant des capacités physiques, les ÉPI estimaient, compte tenu de ce qu'avait montré l'assurée, - qui s'était mise dès le début du stage en situation de sur-adaptation, car elle voulait faire au mieux toutes les activités proposées -, qu'un emploi à 100% dans le circuit économique normal n'était pas envisageable. Ils ont proposé de poursuivre la mesure à 50% dans une activité simple, pratique et légère afin d'objectiver si cette diminution du temps de travail était susceptible d'améliorer la résistance de l'assurée tout en évitant l'aggravation de son état de santé.

L'expert H_____ a conclu dans son rapport du 29 mai 2020 que la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité habituelle probablement au moins depuis le rapport du Dr I_____ du 1er mars 2007 et qu'une activité lucrative adaptée était possible depuis 2008, avec une diminution de rendement d'environ 20% en raison des lombalgies chroniques et des changements de positions fréquents. Il a également indiqué être d'accord avec le rapport des ÉPI.

Dans son rapport complémentaire du 30 juillet 2020, le Dr H_____ a précisé que le rapport des ÉPI de 2012 était bien rédigé et qu'il donnait des informations claires sur la situation de l'assurée lors de ce stage, raison pour laquelle il n'avait pas jugé nécessaire de le commenter davantage dans son premier rapport.

Il résulte de ce qui précède que l'expert a bien pris en compte le rapport des ÉPI pour déterminer la capacité de travail de la recourante, ce qui s'imposait selon la jurisprudence. Cela étant, l'avis dûment motivé d'un médecin prime sur celui des organes d'observation professionnelle pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible d'un assuré. En conclusion, le premier grief de la recourante sur l'expertise du Dr H_____ doit être écarté.

5.1.2 La recourante a encore fait valoir qu'il était également difficile de suivre le Dr H_____, lorsqu'il affirmait au sujet du rapport médical de la Dresse J_____ que celle-ci n'aurait pas vraiment rendu un avis médical le 5 juillet 2012, mais davantage un point de vue général.

Dans son rapport du 3 février 2017, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, indiquait que l'évaluation des experts faite durant l'été 2016 était très rigoureuse, mais également subjective. Il y avait incontestablement un décalage évident entre ce qui pouvait être objectivé au niveau de l'examen clinique et des examens de radiologie et ce que vivait l'assurée. Celle-ci présentait des douleurs (lombaires, cervicales, du coude etc.) et d'autres symptômes invalidants (somnolence, manque de motivation, anxiété, troubles du sommeil, prise de poids, allergies etc.) qui étaient incompatibles avec toute activité professionnelle même adaptée. Il était cependant très difficile d'objectiver ces manifestations. Ainsi, elle ne pensait pas qu'il soit possible d'obtenir une reconnaissance médicale de l'incapacité de travail. Il s'agissait d'un syndrome douloureux chronique, qui ne rentrait dans aucune catégorie diagnostique définie. En médecine générale, comme tous ses confrères, elle avait l'habitude de s'adapter aux différentes présentations cliniques de ses patients, sans avoir besoin de se baser sur un diagnostic aussi précis que l'exigeait une expertise pour l'assurance-invalidité. Les traitements médicamenteux et en physiothérapie étaient adaptés pour soulager au maximum les souffrances de la patiente.

Le Dr H_____ a indiqué en lien avec le rapport de la Dresse J_____ précité qu'il avait repris comme diagnostics rhumatologiques incapacitants celui de lombalgies chroniques sur lombodiscarthrose, mais que les éléments qu'il avait pu recueillir lors de son expertise ne lui permettaient pas de retenir un syndrome douloureux chronique. Il a relevé dans le reste de son rapport que la Dresse J_____ commentait les rôles respectifs des experts et des médecins traitants, précisant qu'il s'agissait davantage d'un point de vue général que d'un avis médical concernant la recourante et ces commentaires mettaient en perspective le rôle de chacun de manière tout à fait pertinente.

Il convient de relever que l'expert n'a ainsi pas dénigré la Dresse J_____ dans son rapport, comme l'a fait valoir la recourante, mais qu'il a simplement expliqué clairement pourquoi il ne retenait pas le même diagnostic que celle-ci, relevant à juste titre que le rôle de médecin traitant n'est le même que celui de l'expert. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut

de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b).

En l'occurrence, le Dr H_____ a exclu le diagnostic de fibromyalgie qui entrait dans son champ de compétence. Son appréciation est plus convaincante que celle de la Dresse J_____, qui n'est pas spécialisée en rhumatologie, ni psychiatre, et qui a elle-même indiqué que l'atteinte de la recourante ne pouvait être objectivée et qu'elle ne pensait pas qu'il soit possible d'obtenir une reconnaissance médicale de son incapacité de travail.

Le second grief de la recourante contre l'expertise du Dr H_____ doit ainsi être également écarté.

5.1.3 La recourante a fait valoir que la conclusion du Dr H_____, selon laquelle elle était totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès 2010, était en contradiction avec tous les rapports médicaux de cette période.

Dans son expertise, le Dr H_____ a relevé que dans son rapport du 24 février 2010, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, retenait une aggravation de l'état de la recourante sans motiver cette affirmation. Il se contentait de décrire les troubles dégénératifs du rachis visibles en IRM sans avoir fait un status clinique. Ce rapport ne permettait pas à l'expert de se déterminer sur le plan médico-assécurologique, car il était très succinct et ne reprenait aucun élément du status ni d'éléments détaillés de l'anamnèse. Dans son rapport du 5 août 2010, le Dr K_____ retenait, comme limitations fonctionnelles, la nécessité d'alterner les positions et une limite de poids à 3-5 kg. Il ne se prononçait pas sur le taux d'activité dans un poste adapté. Sur le plan médico-assécurologique, les céphalées tensionnelles, l'obésité et le déconditionnement physique n'étaient pas des diagnostics incapacitants. L'expert était d'accord avec les autres diagnostics rhumatologiques énoncés dans ce rapport.

L'expert était d'accord avec les diagnostics retenus par le Dr K_____ dans son rapport du 24 juillet 2012, sauf en ce qui concernait le syndrome douloureux chronique, car il n'avait pas observé d'éléments en faveur de ce diagnostic. Dans ce même rapport, sous limitations fonctionnelles, le Dr K_____ s'était limité à citer le diagnostic de lombalgie mécanique et de renvoyer à d'ancien rapports.

Dans son rapport du 7 avril 2017, le Dr K_____ affirmait que la recourante souffrait d'un syndrome douloureux chronique. Cette affirmation n'était étayée par aucun argument clinique, le Dr K_____ ne fournissant aucune description clinique ni anamnèse détaillée des limitations fonctionnelles de l'assurée. Lors de

l'anamnèse fournie par l'assurée à l'expert H_____ le 26 septembre 2019, celle-ci se plaignait essentiellement de lombalgies, qui étaient en rapport avec une arthrose lombaire connue. Il n'y avait pas de plaintes douloureuses diffuses compatibles avec une fibromyalgie et il n'y avait au status que 6/18 points douloureux de fibromyalgie.

La chambre de céans estime que l'appréciation de l'expert H_____ s'agissant des rapports du Dr K_____ est convaincante. Ceux-ci ne remplissent manifestement pas les réquisits permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante, contrairement à l'expertise du Dr H_____.

S'agissant des conclusions du docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, elles ne sauraient remettre en cause celles de l'expert-rhumatologue, dès lors que ce médecin est un spécialiste en psychiatrie.

5.1.4 La recourante a encore fait valoir que le Dr H_____ s'était contredit en retenant que sa capacité de travail sur le plan rhumatologique était actuellement supérieure à celle constatée en 2012, en lien avec l'appréciation du Dr K_____ et sa réponse à la question 4.19, où il prétendait que l'assurée était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée depuis 2008.

Il ressort du rapport du Dr H_____ qu'il retenait que la capacité de travail de la recourante sur le plan rhumatologique était supérieure à celle retenue par le Dr K_____ en 2012, du fait qu'il ne retenait pas les mêmes diagnostics que ce dernier, qui avait pris en compte un syndrome douloureux chronique. Lue dans son contexte, la motivation du Dr H_____ n'apparaît pas contradictoire. Son appréciation est convaincante, car il a justifié pourquoi il ne retenait pas le diagnostic de fibromyalgie, à savoir qu'il n'avait constaté que 6 points douloureux sur 18. Il convient encore de relever que le Dr K_____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée et que l'expert se référait, comme le Dr K_____, à la capacité de travail dans l'activité habituelle.

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

5.2 Il convient ensuite d'examiner si l'état de santé de la recourante a subi une modification notable sur le plan rhumatologique permettant la révision de la décision du 28 février 2008. Cette dernière était fondée sur un rapport établi par le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, le 5 mars 2007, qui diagnostiquait des lombalgies chimiques sur atteinte du disque L4-L5 et L5-S1 avec présence d'une protrusion, et qui retenait que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 7 novembre 2006 dans son activité habituelle, et qu'elle était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telle que réceptionniste ou surveillante de musée.

Dans son rapport d'expertise du 29 mai 2020, le Dr H_____ a posé le diagnostic de lombalgies sur lombo-discarthrose et indiqué que l'état de santé ne s'était pas significativement aggravé depuis le 28 février 2008, date de la dernière décision

de l'intimé entrée en force. Le diagnostic incapacitant était toujours le même (lombarthrose) et l'évolution radiologique relativement stable d'après les rapports médicaux disponibles pour les IRM du rachis lombaire entre 2008 à ce jour. Le status clinique au niveau de rachis lombaire était aussi stable d'après les documents à disposition. Les nombreux examens d'imagerie lombaire effectués révélaient une discarthrose et une arthrose lombaire postérieure pouvant générer des lombalgies, ce qui constituait la principale plainte de la recourante lors de l'anamnèse du 26 septembre 2019.

Il en résulte que, sur le plan rhumatologique, l'état de santé de la recourante ne s'est pas notablement modifié entre le 28 février 2008 et le16 août 2018 de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé ses prestations à la recourante, les conditions de l'art. 17 LPGA n'étant pas remplies.

5.3 Sur le plan psychiatrique, la valeur probante des rapports d'expertise du Dr G_____ est douteuse, dans la mesure où celui-ci a changé d'appréciation sur la capacité de travail de la recourante pendant la période en cause. Par ailleurs, dans son dernier rapport, ses réponses aux critères diagnostiques du trouble dépressif ne sont pas justifiées et il n'a pas discuté non plus les avis médicaux contraires au dossier, alors qu'il les avait précédemment suivis. Il n'apparaît toutefois pas nécessaire de faire procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique.

5.4. En effet, la recourante se prévaut des conclusions de ses médecins psychiatres. Même si l'on retenait, par hypothèse, ces dernières, il faudrait conclure qu'un cas de révision n'est pas réalisé. En effet, il résulte des rapports de ses psychiatres qu'elle souffrait, selon eux, d'un trouble dépressif sévère l'empêchant totalement de travailler déjà avant la dernière décision entrée en force de l'intimé du 28 février 2008. Le 18 février 2008, la psychiatre N_____ retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et ce diagnostic a été pris en compte par l'intimé, selon l'avis établi le 25 février 2008 par le Dr O_____, du SMR. Dans sa nouvelle demande du 9 février 2010, la recourante a allégué être totalement incapable de travailler depuis le 16 décembre 2006, précisant être suivie par un psychiatre depuis le 12 février 2008, pour une dépression. Elle ne se prévalait ainsi pas d'une aggravation de son état de santé depuis le 28 février 2008. Elle a produit un rapport établi le 19 février 2010 par la Dresse N_____ qui indiquait la suivre depuis le 12 février 2008, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Dans son rapport du 20 avril 2010, la Dresse N_____ a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et indiqué que la recourante était totalement incapable de travaillller depuis le 12 février 2008.

Dans son rapport du 17 avril 2012, le Dr L_____ a indiqué suivre la recourante depuis le 22 novembre 2011 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. L'incapacité de travail était de 100% depuis décembre 2006. Les restrictions étaient dues aux douleurs rachidiennes

chroniques extrêmement fortes, aux allergies multiples, aux difficultés de concentration, de mémoire, ainsi qu'à la diminution marquée du seuil de tolérance au stress. Ce rapport apparaît dans la continuité de ceux de la psychiatre précédente de la recourante, dans la mesure où son nouveau psychiatre date le début de son incapacité de travail à décembre 2006 et que les limitations fonctionnelles qu'il retenait sont proches de celles qui étaient retenues par la Dresse N_____ dans son rapport du 18 février 2008, qui mentionnait en premier lieu les douleurs somatiques et une grande fatigue.

Le 28 juin 2012, le Dr L_____ a indiqué que l'état de santé de la recourante était resté stationnaire depuis son dernier rapport.

Le 7 juin 2014, le Dr L_____ a indiqué dans un bref rapport que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et d'un trouble mixte de la personnalité, précisant que le pronostic était sombre et qu'il évoluait vers la chronicité.

Ce dernier rapport n'atteste pas d'une aggravation, mais plutôt d'une stabilisation de l'état de santé de la recourante dans l'état déjà diagnostiqué par la Dresse N_____ le 18 février 2008.

Selon le rapport établi par le docteur P_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, le 27 juin 2013, la recourante lui avait été adressée en novembre 2012 par son médecin traitant en raison de l'obésité, compliquée de problèmes ostéo-articulaires. Cette obésité était d'origine multifactorielle (notamment anamnèse positive, troubles du comportement alimentaire). La chronologie de la prise de poids révélait une accélération importante entre 2006 et 2008, avec une modeste perte suite à une prise en charge spécialisée aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG), puis une nouvelle prise pondérale au cours des deux dernières années. L'aggravation de l'état de santé au cours des dernières années illustrait le cercle vicieux qui s'était installé entre l'excès de poids, les douleurs lombaires et la sédentarité qui en découlaient.

Ce rapport atteste d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, qui avait déjà largement commencé avant la décision du 28 février 2008 et il ne se prononce pas sur sa capacité de travail. Il n'atteste ainsi pas clairement d'une aggravation postérieure à la décision entrée en force.

Selon un rapport établi le 28 avril 2014 par le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, la recourante présentait un trouble dépressif majeur récurrent associé à une hyperphagie boulimique. La capacité de travail était nulle actuellement et le pronostic très réservé. L'état de santé psychique de la patiente s'était dégradé et une reprise de travail n'était pas envisageable.

Ce rapport reprend le diagnostic déjà posé par les psychiatres de la recourante et la capacité de travail retenue par ces derniers. Il ne précise pas en quoi, son état de santé psychique s'était dégradé.

Dans un rapport établi le 16 décembre 2014, le Dr L_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé et qu'il y avait des changements dans les diagnostics. Elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, de troubles paniques, d'insomnies partielles avec un syndrome d'apnée du sommeil et d'hyperphagie boulimique. L'état de santé s'était modifié depuis son dernier rapport.

Ce bref rapport ne permet pas de retenir que l'état psychiatrique de la recourante se serait notablement aggravé par rapport à celui retenu précédemment par le psychiatre, étant relevé que les nouveaux diagnostics d'apnée du sommeil et d'hyperphagie boulimique n'ont pas forcément d'impact sur la capacité de travail et que la capacité de travail de la recourante était déjà estimée à 0% par ce psychiatre depuis décembre 2006.

Dans un rapport établi le 16 décembre 2014 par le Dr Q_____, l'assurée était incapable de travailler pour cause de maladie. Les diagnostics étaient une hyperphagie boulimique et une obésité sévère. L'assurée était suivie en psychothérapie avec une évolution encore peu favorable. Elle avait des crises de boulimie fréquentes ainsi que des comportements compensatoires et souffrait d'une obésité sévère. Une intervention bariatrique serait un facteur pronostique majeur. Elle était en incapacité de travail à 100% depuis plusieurs années.

Ce rapport ne permet pas non plus de retenir une aggravation, étant rappelé que l'obésité de la recourante avait été prise en compte par l'intimé, selon l'avis du SMR du 18 janvier 2008, qui retenait que l'obésité ne faisait pas partie des atteintes à la santé prises en compte par l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 19 décembre 2014, la Dresse J_____ a indiqué que l'état de santé de la recourante s'était aggravé et qu'il y avait eu des changements dans les diagnostics. Ceux ayant une influence sur la capacité de travail étaient des troubles du sommeil avec apnées du sommeil. La recourante était très affectée par les difficultés qu'elle devait surmonter. Elle faisait tout ce qui était possible pour améliorer sa santé. Le dernier examen datait du 19 décembre 2014. Son état de santé s'était modifié de façon notable depuis 2012. Les limitations fonctionnelles étaient de la fatigue, de l'anxiété et des difficultés à se mobiliser. Elle était totalement incapable de travailler.

Ce rapport est peu détaillé et il émane d'un médecin spécialisé en médecine interne. Bien que celle-ci évoque une aggravation de l'état de santé avec des changements dans les diagnostics, il n'apparaît pas que les limitations retenues soient notablement différentes de celles retenues par la Dresse N_____, qui retenait déjà le 18 février 2008 une grande fatigue, une diminution de l'activité, des intérêts et des plaisirs et qui avait prescrit à la recourante des antidépresseurs et des anxiolytiques.

5.5 Il convient encore de relever qu'en 2017, le Tribunal fédéral a jugé que la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon

laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'appliquait dorénavant à toutes les maladies psychiques. Ce changement de jurisprudence ne justifie pas la révision de la décision du 28 février 2008, selon la jurisprudence, étant rappelé qu'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).

5.6 En conclusion, aucun rapport médical au dossier ne permet de retenir une aggravation notable de l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique, entre le 28 février 2008 et le 16 août 2018, au sens de l'art. 17 LPGA, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé ses prestations à la recourante dans la décision querellée.

5.7 Le Dr G_____ a retenu un nouveau diagnostic, totalement incapacitant selon lui, dès le 5 septembre 2018, soit après la décision du 16 août 2018 faisant l'objet du présent recours, de sorte que la chambre n'a pas à examiner si les conditions d'une révision sont réalisées en raison de ce fait nouveau.

6. Infondé, le recours doit être rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de percevoir un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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