RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3489/2020 **ATAS/1000/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 septembre 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Zoltan SZALAI — recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Yda ARCE et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) née le _____ 1963, mariée, mère de trois enfants nés en 1979, 1981 et 1984, originaire de Turquie, a déposé une demande de prestations d'invalidité le 10 septembre 2014 en raison de douleurs au genou, dos et des maux de tête. Elle détenait un commerce (boulangerie café), inscrit en entreprise individuelle et cotisait en tant que personne de condition indépendante depuis juillet 2010.

2. Le 3 octobre 2014, le docteur B_____ a posé les diagnostics de gonalgie droite invalidante sur pincement fémoro-tibial interne, méniscose du ménisque externe droit, chondropathie fémoro patellaire droite, lombalgie chronique, état dépressif, état de stress post-traumatique, chute et contusion lombaire et du pied droit, entrainant une incapacité de travail de 70 %.

3. Du 11 au 27 mai 2015, l'assurée a séjournée à la Clinique genevoise de Montana pour un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, l'évolution avait été modestement favorable, vu l'importante passivité objectivée de l'assurée dont la communication était limitée en raison de la langue.

4. Le 6 juillet 2015, le docteur C_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une aggravation de l'état psychique de l'assurée en raison d'un conflit avec un voisin, après son hospitalisation à la Clinique de Montana. Elle présentait des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, entrainant une incapacité de travail de 70 %.

5. Le 20 juillet 2017, le service médical régional AI (ci-après : le SMR ; docteurs D_____, FMH rhumatologie, et E_____, FMH psychiatrie et psychothérapie) a rendu un rapport d'expertise bidisciplinaire, concluant à une capacité de travail de l'assuré de 50 % dans son activité habituelle d'employée dans un Tea-room et de 100 % depuis le 9 avril 2014 dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles rhumatologiques suivantes : Genoux : activité en zone basse à genoux ou accroupie, marche en continu au-delà de trente minutes, port de charges répétitifs au-delà de 5 kg, position debout sans déplacement au-delà de trente minutes. Colonne lombaire : marche au-delà d'une heure, port de charges au-delà de 5 kg, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion-extension ou rotation lombaire, position debout au-delà de trente minutes.

   Il a posé les diagnostics de légère arthrose du genou droit, lombalgies communes non déficitaires dans le cadre d'une discopathie L5-S1 avec hernie discale médiane et paramédiane, légère arthrose des articulations postérieures en L4-L5 et L5-S1 et, sans répercussion sur la capacité de travail, de possible fibromyalgie, cervicalgies chroniques non déficitaires et trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).

   Aucun des symptômes anxieux ou dépressifs n'atteignait l'intensité d'un trouble caractérisé. Il n'y avait pas de trouble panique, pas d'épisode dépressif caractérisé

ni sévère, ni récurrent, pas d'état de stress post traumatique et pas de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

6. Le 20 février 2018, l'OAI a rendu un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante, concluant à l'inexistence d'un préjudice depuis l'atteinte à la santé de l'assurée, les résultats d'exploitation étant même supérieurs à ceux précédant l'année 2014.

7. Par décision du 8 mai 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, le degré d'invalidité étant nul.

8. Le 30 septembre 2019, le Dr C_____ a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée depuis le 30 septembre 2019.

9. Le 15 octobre 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité ; elle a communiqué :

   - Un rapport du 1er novembre 2019 du Dr C_____ attestant des diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), anxiété généralisée (F41.1), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), gonalgies chroniques, douleurs dorso-lombaires persistantes, carence en vitamine B12, obésité, bruxisme.

     L'état psychique de l'assurée s'était péjoré depuis qu'elle avait été obligée de fermer son Tea-room (en raison de travaux dans l'immeuble) le 10 octobre 2019. Elle avait toujours des symptômes dépressifs sévères, notamment une apathie, une anhédonie et une aboulie sur le fond d'une fatigue extrême et d'une anxiété majeure. Elle était vite angoissée et imaginait rapidement le pire. Elle se plaignait de transpirations, palpitations, tremblements, céphalées de tension et souffle coupé. Elle était impatiente et nerveuse avec difficultés de la gestion des émotions, difficulté de prendre des initiatives et des décisions, vulnérabilité au stress, scénarios catastrophes, crises d'angoisse, attaques de panique, appréhension, beaucoup de culpabilité et manque d'estime de soi.

     Elle présentait une perturbation importante sur le plan émotionnel en lien avec de nombreux problèmes qui la préoccupaient. Elle était envahie et perturbée par plusieurs souvenirs difficiles et douloureux. Elle avait toujours des ruminations morbides. Elle faisait des cauchemars. Elle décrivait des flash-backs et des réviviscences des événements traumatiques vécus. L'état psychique de l'assurée s'était progressivement aggravé. Elle se plaignait d'inflammation articulaire et d'arthrose. Elle n'avait plus d'énergie, n'avait plus de force d'assurer ses responsabilités, n'arrivait plus à fonctionner normalement et à accomplir même ses tâches ménagères habituelles. Elle n'avait plus de force pour ranger les armoires ou les placards. Elle avait de la peine à repasser et à laver la lessive.

     Elle avait mal à la mâchoire et avait des problèmes dentaires liés au bruxisme. Elle souffrait de fortes céphalées. Le discours était souvent focalisé sur ses

douleurs persistantes et sur sa souffrance psychique et physique. Elle se sentait dépassée et en échec, avec des symptômes anxio-dépressifs invalidants exacerbés. Elle présentait un sentiment d'injustice. Elle ne parvenait pas toujours à se contrôler et à parler tranquillement et elle était irritable. Elle avait parfois envie de crier et tout casser. Elle était fragile et vulnérable au stress avec une chronicité de ses plaintes. Elle se sentait vite démunie et désespérée face à ses comorbidités physiques et psychiques. Elle avait de la peine à accepter sa situation trouvant que c'était injuste ce qui lui arrivait malgré tout son effort tout au long de sa vie. Elle se sentait à bout et n'arrivait plus à faire quoi que ce soit ni pour elle, ni pour sa famille.

L'assurée présentait une évolution défavorable avec péjoration progressive de sa symptomatologie dépressive et anxieuse invalidante. Sans amélioration et avec aggravation durable de l'état de santé, dans l'optique d'une prise en charge biopsychosociale, il serait primordial pour l'assurée de pouvoir bénéficier d'une rente AI à 100 %.

- Un rapport du 1er novembre 2019 du Dr B_____, attestant d'un nouveau diagnostic de tendinopathie chronique de l'épaule gauche, selon une radiographie du 25 octobre 2019, entrainant une diminution de la mobilité de l'épaule gauche.
- Une radiographie des genoux du 25 octobre 2019 attestant de gonarthrose.

10. Le 8 novembre 2019, le docteur F_____, du SMR, a estimé qu'aucune modification notable et durable n'était rendue plausible depuis la décision du 8 mai 2018 et que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, depuis toujours. Il a ajouté des limitations fonctionnelles pour tenir compte des atteintes aux genoux et à l'épaule gauche.

11. Le 6 août 2020, l'OAI a rendu un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante.

    Avant son incapacité de travail, l'assurée effectuait les tâches suivantes : 75 % service à la clientèle (ne parle que le turc) et petites restaurations, 10 % nettoyage et vaisselle, 5 % gestion du personnel ; elle s'occupait du personnel, 10 % commande, téléphone, stock. Un employé avait été engagé en janvier 2016, probablement à temps partiel au vu de son revenu ; le chiffre d'affaires réalisé était dans le même ordre de grandeur que celui réalisé sans atteinte à la santé en 2011, avec un employé et le travail fourni par l'assurée.

    La société G_____ Sàrl, constituée le 12 mars 2018, n'avait pas d'activité et en mai 2018 des travaux avaient débutés dans l'immeuble du Tea-room et celui-ci avait dû cesser son exploitation le 10 octobre 2019, en raison d'un risque d'effondrement de l'immeuble.

    Les premiers effets de l'incapacité de travail survenue le 20 mars 2014 auraient dus se refléter dans les comptes annuels dès 2015, alors que le chiffre d'affaires de

l'année 2015 était supérieur à celui, moyen, des années 2011 à 2013. En 2016, le chiffre d'affaires avait chuté en regard de l'année 2015 ; le bénéfice avait enregistré une croissance entre 2014 et 2016 ; en date du 11 octobre 2019, l'assurée avait déposé une demande subséquente en raison d'une aggravation de son état de santé. Au vu des documents médicaux au dossier, l'avis SMR stipulait qu'aucune modification notable et durable n'était rendue plausible depuis la décision AI du 8 mai 2018. D'un point de vue économique, la fermeture du commerce concernait des facteurs étrangers à l'assurance invalidité ; il y avait lieu de maintenir la décision du 8 mai 2018.

12. Par projet de décision du 12 août 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et un degré d'invalidité nul.

13. Le 9 septembre 2020, l'assurée, représentée par un avocat, a écrit à l'OAI que les Drs C_____ et B_____ avaient attesté d'une aggravation de son état de santé et qu'il convenait de procéder à une expertise rhumato-psychiatrique.

14. Par décision du 29 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations en relevant qu'un nombre significatif d'activités étaient adaptées aux empêchements de l'assurée, laquelle ne présentait pas de modification notable de son état de santé.

15. Le 30 octobre 2020, l'assurée, représentée par son avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI précitée, en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique, principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Vu la nette aggravation de l'état de santé psychique de la recourante à partir de mai 2018, due à des évènements concrets et exposés en détail par la Dresse C_____, tant pour ce qui était du diagnostic que pour les symptômes, et compte tenu de l'apparition d'une tendinopathie chronique de l'épaule gauche aggravant la situation au niveau somatique, il était indiqué de réexaminer de manière approfondie, au moyen d'un nouvel examen rhumatologique et psychiatrique ou d'une expertise bidisciplinaire, l'état de santé et le degré d'invalidité de la recourante. Or, l'OAI s'était contenté d'un avis médical sommaire et bâclé, établi par le SMR en date du 8 novembre 2019.

    Par ailleurs, la façon d'analyser son activité indépendante était inique. La fermeture de son commerce lui avait été imposée ; or, l'activité dans son Tea-room était taillée sur mesure pour elle afin de correspondre à ses limitations fonctionnelles et elle ne pourrait retrouver un même emploi ; la comparaison des revenus n'était donc pas superposable à celle calculée lors de la première décision ; elle n'avait effectué, dans sa dernière période d'activité, que des petites manutentions ou du nettoyage et, en l'absence de qualification professionnelle, ne pouvait envisager de retravailler que dans un domaine exigeant une activité manuelle ; il était

particulièrement difficile de voir quel genre d'activité adaptée elle pourrait exercer. L'OAI avait violé son devoir de lui proposer une activité adaptée concrète.

Elle a joint un rapport du Dr C_____ du 9 octobre 2020, mentionnant que l'état psychique de l'assurée était fortement déstabilisé depuis la fermeture de son Tea-room en octobre 2019 ; elle était devenue anxieuse et phobique après l'emprisonnement de son époux, en Turquie, lequel présentait, à la suite de cet événement, de gros troubles psychique et physiques.

Elle souffrait de gros conflits conjugaux et de manque de communication au sein de la famille, ce qui la perturbait énormément.

Depuis la fermeture de son Tea-room, elle avait des crises d'angoisse, des attaques de panique et une symptomatologie dépressive majeure, de la fatigue, de l'épuisement, de l'abattement, une perte d'intérêt et de plaisir, une humeur triste, un sentiment de dévalorisation ; elle était envahie et perturbée par plusieurs souvenirs intenses de son passé. Elle souffrait de flash-backs, de rêves répétitifs et de cauchemars liés aux traumatismes subis. Elle pleurait beaucoup et errait dans les rues et dans les parcs où elle parlait toute seule aux arbres. Elle disait être distraite avec des difficultés de concentration, d'attention et des angoisses anticipatoires. Elle oubliait souvent où elle avait laissé les objets ainsi que les tâches à effectuer.

Elle était anxieuse et imaginait le pire ayant peur de ne pas être à la hauteur. Elle devenait vite stressée en faisant des scénarios catastrophes. Elle souffrait d'une anxiété majeure, une irritabilité et un état de tension interne important. Elle avait des palpitations, tremblements, transpiration, faiblesse et céphalées. En outre, elle avait la gorge serrée et le souffle coupé. Elle était préoccupée par ses douleurs chroniques et ses pensées intrusives persistantes. Elle avait toujours des symptômes dépressifs sévères, notamment une apathie, une anhédonie, une aboulie et un ralentissement psychomoteur. En outre, elle éprouvait les sentiments de honte et de culpabilité avec un fonctionnement d'autopunition. Elle était devenue impatiente et n'avait plus de force ni de patience pour assurer ses responsabilités. Elle n'arrivait plus à accomplir même ses tâches de la vie quotidienne. Elle avait de la peine à repasser, laver la lessive et ranger les armoires ou les placards. Elle avait des difficultés à être autonome. Elle se sentait impuissante et à bout.

Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), trouble panique (F41), état de stress post-traumatique (F43.1), obésité stade 2 (BMI est à 35 kg/m2 ; E66.9).

Ses problèmes de santé mentale, importants, l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle.

16. Le 7 décembre 2020, la Dresse H_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel le Dr C_____ retenait, dans son dernier rapport, les mêmes diagnostics que dans ses précédents rapports médicaux rendus depuis 2017, soit un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, un trouble panique et un état de stress post-

traumatique. Il décrivait, par ailleurs, une situation socio-financière difficile, en raison de la fermeture définitive du Tea-room en octobre 2019.

Pour le SMR, ce rapport médical reprenait les mêmes diagnostics que lors de la première demande, et n'amenait pas d'élément médical objectif nouveau permettant de retenir une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée depuis les précédentes décisions. Il était rappelé que l'examinateur psychiatrique au SMR, en 2017, n'avait pas suivi le psychiatre traitant en ce qui concernait les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Il n'avait pas retenu de trouble dépressif sévère ni d'agoraphobie, mais un trouble anxieux et dépressif mixte ; de même, le diagnostic d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité n'avait pas été retenu.

Actuellement, la symptomatologie décrite par le psychiatre traitant était superposable à celle qu'il avait décrite en 2017 et 2019, et était principalement subjective. Le traitement psychiatrique était superposable entre 2017, 2019 et actuellement ; le dosage de l'antidépresseur Duloxétine avait même été diminué entre 2019 et 2020, parlant contre une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. Il n'y avait ainsi pas lieu de suivre les diagnostics avancés par le psychiatre traitant.

Les diagnostics retenus par le SMR en 2017 n'étaient pas évalués comme incapacitants par le psychiatre examinateur. Un trouble anxieux et dépressif mixte n'était en effet en général pas sévère et non incapacitant. Le traitement de l'assurée n'avait pas été modifié depuis 2017, il avait même été diminué. L'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique ou somatique sévères. L'assurée ne présentait pas de trouble de la personnalité reconnu, et présentait des ressources internes : elle avait pu gérer un Tea-room, s'occuper de sa mère malade, et selon la description en 2017, pouvait gérer son quotidien, et était autonome. L'assurée par ailleurs maintenait des contacts avec sa famille, s'occupait de ses petits-enfants, parlant contre un retrait social total. Ainsi, il n'avait pas été constaté de limitations uniformes dans tous les domaines comparables de la vie. Il n'était pas relevé d'éléments objectifs dans le rapport médical actuel du psychiatre traitant, permettant de remettre en question ces conclusions.

17. Le 4 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se ralliant à l'avis du SMR précité, considérant qu'il n'y avait pas de modification durable et notable de l'état de santé depuis sa dernière décision. Il était évident que la cessation d'activité de la recourante, soit la fermeture de son établissement, n'était pas liée à son état de santé, mais bien à la résiliation du bail en raison de risques d'effondrement de l'immeuble. Antérieurement, son atteinte à la santé n'avait pas entraîné de perte de gains. Or, l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé. Enfin, il n'appartenait pas à l'OAI de définir de manière concrète quelle activité ou fonction professionnelle était envisageable pour l'assurée.

18. Le 29 mars 2021, la chambre de céans a entendu la recourante en audience, laquelle a déclaré : « Je suis très fatiguée, j'ai du mal à dormir, j'ai mal au dos, à la tête, je n'ai plus envie de sortir, de voir du monde. Mes enfants commencent à souffrir de cette situation. Avant j'allais de temps en temps dans mon commerce mais depuis qu'il est fermé la situation s'est empirée. C'était un Tea-room, avec débit d'alcool. C'était ma famille qui s'en occupait.

    Je faisais moi-même les choses urgentes comme remplacer un employé pendant sa pause. Je n'y étais pas toute la journée et faisais des allers-retours entre chez moi et le Tea-room. Il y avait un employé et nos enfants y travaillaient bénévolement. Le commerce était ouvert de 7h30 à 19h. Je ne me souviens plus de la date mais mon commerce a dû fermer. Le contrat s'étant terminé le Tea-room ne va pas rouvrir et je n'ai ni la force ni les finance pour en ouvrir un autre. Ce sont mes enfants qui m'aident actuellement financièrement. Depuis la fermeture je n'ai plus envie de voir personne. Je vis avec mon mari et mon fils. C'est ma fille ou mon fils qui me font à manger, des plats simples (pate / pizza), je passe mon temps à dormir ou à manger. J'ai toutefois du mal à trouver le sommeil et j'ai tendance à trop manger, mes proches en arrivent même à cacher le pain pour que j'arrête de grignoter. Parfois je sors accompagnée par un de mes enfants mais je n'ai pas envie de sortir. Je n'ai même plus envie de voir mes petits-enfants car je ne veux pas qu'ils me voient dans cet état. Ma fille m'achète des vêtements et me force à me doucher. Au niveau des tâches ménagères je n'ai pas envie d'en faire mais même si j'en avais envie je n'y arriverais pas. Ma fille essaie de me stimuler mais je n'y arrive pas.

    Je ne sais plus comment l'expertise au SMR s'est passée, cela remonte à un moment. J'ai déjà du mal à titre privé à avoir confiance en moi alors je ne vois pas comment je pourrais travailler. J'ai fait quelques heures de ménage à l'époque. Je n'ai pas fait d'études et je parle mal français, j'arrivais juste à comprendre les commandes des clients. Je me sens incapable de travailler pour plusieurs raisons liées à mon manque de force physique et psychique. J'ai aussi une peur permanente qu'il arrive quelque chose. Les choses m'affectent plus qu'auparavant. J'ai un fils qui a eu des problèmes de drogue et un mari qui est en dépression et a un cancer. J'ai également des difficultés car je ne parle presque pas le français, que je n'ai pas fait d'étude et que j'ai peu d'expérience de travail. Mes enfants avaient acheté le Tea-room pour que je puisse m'intégrer mais ce commerce n'a pas marché. Je n'ai plus envie de vivre.

    Depuis que je suis portée sur la nourriture et que j'ai toujours envie de manger, j'ai pris beaucoup de poids. Je pense que je dois faire plus que 85kg. Ce sont mes enfants qui ont gérés administrativement le Tea-room. Avant il s'agissait d'une boulangerie et j'y travaillais de façon plus importante même si j'étais bloquée par mon niveau de français, j'arrivais un peu à comprendre le vocabulaire de la boulangerie. Ensuite je me suis occupée de ma mère qui avait Alzheimer et qui vivait chez moi. C'était pendant la période où j'avais le Tea-room. De toute façon je n'ai jamais travaillé à la journée complète dans mon Tea-room, j'y allais pour

dépanner. Ma mère est morte il y a quelques années, je crois en 2015. Il m'arrivait de demander de l'aide à un client ou à mon fils pour effectuer une tache lourde comme brancher un fût de bière. Comme j'ai dû aider ma mère et la porter, cela m'a occasionné des douleurs. »

L'avocat de la recourante a déclaré : « Nous maintenons notre demande d'une expertise rhumatologique et psychiatrique car il y a eu beaucoup de changement depuis l'examen du SMR. »

19. Le 18 mai 2021, l'OAI a indiqué qu'en l'absence d'une modification durable et notable de l'état de santé de l'assurée, une instruction complémentaire médicale n'était pas nécessaire.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail.

4. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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 s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

   Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue

une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

5. 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 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 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

6. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

7. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

   b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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).

   c. 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. Etant 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).

d. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

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. 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).

On ajoutera 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. A 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

n° 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).

9. 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).

10. a. En l'occurrence, fondé sur le dossier médical de la recourante, comportant une anamnèse complète, la description des plaintes de la recourante, des diagnostics clairs et une appréciation du cas convaincante, le rapport d'expertise bidisciplinaire du SMR du 20 juillet 2017 répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Il conclut à une capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologiques, depuis le 9 avril 2014.

    Cette évaluation a motivé la décision de rejet de prestations de l'intimé du 8 mai 2018, laquelle est entrée en force.

    La recourante invoque cependant une aggravation de son état de santé depuis cette dernière décision de l'intimé qui rejetait sa demande de prestation, sur la base d'un degré d'invalidité nul. Elle se prévaut des avis des Drs C_____ des 15 octobre 2019 et 9 octobre 2020 et B_____ du 1er novembre 2019.

    b. S'agissant des rapports de la Dresse C_____, ils ne font pas état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à la décision du 8 mai 2018, dès lors qu'ils reprennent principalement les diagnostics psychiatriques déjà posés par la Dresse C_____ dans son rapport du 6 juillet 2015, soit, notamment, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Par ailleurs, bien que la Dresse C_____ évoque une péjoration de l'état psychique de la recourante, due en partie à la fermeture du Tea-Room en octobre 2019, elle fait état d'une symptomatologie qui était déjà présente selon son rapport du 6 juillet 2015, soit des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration et d'attention, des oublis, un trouble du sommeil, de la fatigue, de

l'épuisement, des douleurs, un surpoids, une mauvaise image d'elle-même, des crises d'angoisse, des attaques de panique, de l'apathie, de l'anhédonie, de l'aboulie, de l'essoufflement, des ruminations, une perturbation émotionnelle, des flash-back et un bruxisme. Même si le 6 juillet 2015 la Dresse C_____ concluait à une capacité de travail de la recourante de 30 % alors qu'elle l'estimait nulle les 1er novembre 2019 et 9 octobre 2020, elle n'explique pas en quoi l'état psychique, décrit comme identique, se serait aggravé.

En présence d'un rapport d'expertise probant, rendu le 20 juillet 2017, les rapports de la Dresse C_____ des 1er novembre 2019 et 9 octobre 2020 ne sont pas à même de mettre en doute les conclusions de ce dernier, lequel constatait une capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c. Du point de vue somatique, s'agissant du diagnostic de tendinopathie chronique de l'épaule gauche, posé par le Dr B_____ le 1er novembre 2019, et de gonarthrose des genoux, documenté selon une radiographie du 25 octobre 2019, ils ont été pris en compte par le SMR dans son avis du 8 novembre 2019.

Ces affections entrainent en effet des limitations fonctionnelles supplémentaires qui ne font cependant pas obstacle à l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée, comme relevé par le SMR.

La recourante estime encore que l'intimé a failli à son devoir de cibler quelles activités elle est en mesure d'exercer. A cet égard, il est admis, s'agissant d'une activité adaptée légère, sédentaire, principalement en position assise sans déplacement prolongé, sans manipulation de charge de plus de 5 à 7 kg, sans position en porte à faux du rachis, sans manipulation répétées ou de serrage en force mobilisant le membre supérieur gauche et sans élévation de la main gauche au-dessus du plan des épaules (avis du SMR du 8 novembre 2019), que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont on doit convenir qu'un certain nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessible sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C 279/2008 du 16 décembre 2018).

d. En l'absence d'une aggravation déterminante de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision de l'intimé de refus de prestations du 8 mai 2018, un motif de révision ne peut être admis.

11. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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