RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3869/2022 **ATAS/805/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 octobre 2023

Chambre 2

En la cause

A_____ recourante

représentée par Me Samir DJAZIRI, avocat

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1969, mariée, mère de deux enfants nés en 1991 et 1995, titulaire d'un CFC d'assistante dentaire, a exercé cette profession en faveur de deux employeurs, soit en étant sous contrat avec le docteur B_____ (du 1er septembre 1988 jusqu'à la retraite de celui-ci le 30 juin 2016) et en partie simultanément avec le docteur C_____ (à partir du 1er septembre 2002). En arrêt de travail complet pour une durée indéterminée à partir du 7 avril 2016, elle a déposé, le 5 juillet 2016, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant qu'elle présentait huit hernies discales avec paralysie de la jambe gauche et du bras droit depuis 2006.

b. Par communications des 3 novembre 2016 et 31 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge, au titre des mesures d'intervention précoce, un cours de bureautique, respectivement une formation de secrétariat médical, en vue de lui permettre l'exercice d'une activité adaptée.

c. Le 15 novembre 2016, l'assurée a repris une activité adaptée à son état de santé (tâches principalement administratives, pas de travail « au fauteuil ») au sein du cabinet du Dr C_____ (devenu, dans l'intervalle, Cabinet Dentaire D_____) à raison de huit heures par semaine.

d. Le 15 décembre 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle par le biais d'un stage pratique en entreprise en qualité de secrétaire médicale.

e. Considérant que le droit à la prolongation des mesures professionnelles était rempli, l'OAI a informé l'assurée, par communication du 21 mars 2018, qu'il prenait en charge les coûts d'un reclassement professionnel sous la forme d'un stage pratique en entreprise en qualité de secrétaire médicale. Le déroulement de cette mesure était prévu du 1er mars au 30 septembre 2018.

f. Dans un rapport du 27 août 2018, la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a informé l'OAI que sa patiente présentait une nette aggravation de sa situation médicale, caractérisée par une gonarthrose gauche sévère invalidante, engendrant une décompensation diffuse des troubles du rachis, avec cervicalgies sévères et lombosciatique gauche réfractaire au traitement conservateur administré. Les orthopédistes des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) souhaitaient retarder le plus possible la pose d'une prothèse du genou en raison du jeune âge de l'assurée et du risque opératoire dû à son obésité sévère. La Dre E_____ avait mis en place un programme de physiothérapie intensive de même qu'une prise en charge nutritionnelle et inscrit l'assurée sur une liste de patients dans l'attente d'un bypass gastrique. En l'état, elle ne pouvait ni rester assise de façon prolongée ni rester debout. Une activité professionnelle semblait donc impossible. Une

amélioration de la situation, si elle devait intervenir, n'aurait pas lieu avant un à deux ans. Dans ce contexte, la Dre E_____ était d'avis qu'il était raisonnable de demander une rente complète.

g. Dans un rapport du 4 septembre 2018, le docteur F_____, médecin adjoint auprès du service de rhumatologie des HUG, a fait état d'exacerbations douloureuses (cervicalgies, lombalgies, gonalgies) depuis juillet 2018, dans un contexte de modification du poste professionnel. Alors qu'elle était en cours de reconversion comme secrétaire médicale, il était prévu qu'elle fasse une année en gynécologie aux HUG. Le premier trimestre s'était bien déroulé, essentiellement grâce à un poste très bien adapté où elle pouvait fréquemment changer de position. Par opposition, le poste qui lui avait été attribué à partir de juin 2018 ne répondait plus à ces critères et elle devait rester assise toute la demi-journée. Dans ces conditions, l'exacerbation de rachialgies était rapidement survenue, surtout au niveau de la nuque (irradiation en céphalées), ce qui avait conduit à un arrêt de travail. Par la suite, au mois d'août 2018, un stage aux Établissements publics pour l'intégration (EPI), effectué dans les mêmes conditions (travail à l'ordinateur sans changement régulier de position) avait rapidement montré qu'elle était extrêmement limitée à la fin de la deuxième heure. En revanche, on observait que si l'assurée avait la possibilité d'avoir un poste de travail varié, les symptômes étaient calmes et bien tolérés.

h. En réponse à une question du docteur K_____, médecin du Service médical régional AI (ci-après : SMR), sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, la Dre E_____ a informé ce dernier le 6 octobre 2018 qu'après discussion avec le Dr F_____, l'assurée pouvait travailler à 50% dans une activité sans port de charges, lui permettant de se mobiliser régulièrement à volonté.

i. Par avis du 24 octobre 2018, le docteur G_____, médecin du SMR, a estimé « [qu']au vu des limitations fonctionnelles extrêmement restreintes », une telle limitation de la capacité de travail à 50% était difficile à comprendre. En conséquence, il lui paraissait nécessaire de diligenter une expertise rhumatologique.

j. Le 4 décembre 2018, l'OAI a invité l'assurée à se rendre le 11 janvier 2019 auprès du docteur H_____, rhumatologue FMH, afin de se soumettre à une expertise.

k. Le 6 février 2019, le Dr H_____ a rendu son rapport et conclu à une capacité de travail nulle de l'assurée dans son activité habituelle d'aide-dentaire. En revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire – comme une activité de secrétaire médicale –, lui permettant de varier à sa guise les positions assise et debout, sa capacité de travail était de 70% depuis le 7 avril 2016.

l. Le 8 avril 2019, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle avait subi, le 31 janvier 2019, une intervention visant à la pose d'une prothèse totale du genou gauche. La suite avait été ponctuée par d'autres problèmes de santé (diverticulite, perforation de l'intestin grêle, péritonite) qui lui avaient valu deux opérations entre la mi-février et le 6 avril 2019. Elle se trouvait actuellement aux soins intensifs et son moral était à zéro. Avec tous ces problèmes, elle n'arrivait même plus à trouver un moment pour des rendez-vous avec sa psychiatre.

m. Par avis du 19 juillet 2019, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise du Dr H_____.

n. Le 2 août 2019, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée pour la part active (70%, le solde de 30% étant représenté par la sphère ménagère). La perte de gain subie était de 42.08%, de sorte que le degré d'invalidité dans la sphère active était de 29.45%.

o. Par avis du 8 août 2019, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a estimé, après avoir examiné l'assurée, qu'eu égard aux douleurs persistantes qui étaient exacerbées par des positions statiques prolongées, une activité de secrétaire médicale, exercée à 50%, paraissait être un maximum en l'état, en plus de l'activité que l'assurée exerçait déjà à 20% au service du Dr C_____, où elle avait la possibilité de changer fréquemment de position, tout en étant exemptée de ports de charges importantes.

p. Le 20 avril 2020, un rapport d'enquête économique sur le ménage a conclu à un empêchement pondéré sans exigibilité de 27.3% et de 0% avec exigibilité de 27.3% de la part de l'époux, seule personne à partager le ménage avec l'assurée.

B. **a.** Par projet de décision du 21 avril 2020, l'OAI a refusé toute rente d'invalidité à l'assurée. Il ressortait de l'instruction médicale que dans son activité habituelle, la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 7 avril 2016 (début du délai d'attente d'un an) mais que dans une activité adaptée à son état de santé, cette capacité était de 70% dès cette date. En tenant compte de la perte économique de 42% subie dans la sphère professionnelle (70%), respectivement de l'empêchement de 0% subi dans la sphère des travaux habituels (30%), le taux d'invalidité s'élevait à 29% et n'ouvrait pas droit à une rente. Enfin, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans son cas.

b. Le 6 mai 2020, l'assurée a contesté ce projet en faisant valoir que depuis une année, elle n'avait jamais pu reprendre son travail correctement à 70%. Suite à une opération du genou gauche qui s'était bien déroulée le 31 janvier 2019, elle avait subi deux opérations aux intestins les 15 février et 6 avril 2019. Une nouvelle intervention à ce niveau, initialement prévue le 25 mars 2020, avait dû être reportée au vu de la crise sanitaire. Depuis janvier 2020, elle avait essayé de reprendre son activité professionnelle en faisant de l'intérim à 50%, en plus de son activité à 20% qu'elle avait conservée auprès du Dr C_____. Ce faisant, son état de santé s'était dégradé de plus en plus (douleurs au dos et à la nuque) et,

depuis le 13 mars 2020, elle était en arrêt maladie. Étant donné qu'elle devait voir prochainement son rhumatologue, le Dr I_____, de même que son gastroentérologue, elle a invité l'OAI à ne pas « clôturer [son] dossier » et à patienter jusqu'à réception de nouveaux rapports médicaux qui permettraient, selon elle, de revoir le taux d'invalidité retenu dans le projet.

c. Le 12 mai 2020, le Dr I_____ a rédigé un nouvel avis rhumatologique selon lequel l'assurée serait davantage à l'aise dans une activité permettant de changer fréquemment de position plutôt que devant un clavier d'ordinateur à taper des rapports médicaux sans changer régulièrement de position, ce qui avait eu tendance, selon l'anamnèse fournie par l'assurée (activité de secrétaire médicale exercée à 50% en position statique prolongée de janvier à mars 2020), à exacerber ses douleurs au cours de ces derniers mois.

d. Le 12 mai 2020, le docteur J_____, chef de clinique auprès du service de chirurgie viscérale des HUG, a constaté que l'assurée présentait une éventration médiane à contenu digestif pour laquelle une cure chirurgicale avec interposition d'un filet rétromusculaire s'imposait. Étant donné qu'elle présentait également une adénomyose, il envisageait une hystérectomie et salpingectomie bilatérale dans le même temps opératoire.

e. Par pli du 1er juin 2020, l'assurée a indiqué qu'au vu de l'évolution récente de son état de santé, elle ne pouvait pratiquement plus travailler, même à un taux de 20%. Depuis le 15 octobre 2019, elle était inscrite au chômage pour la recherche d'un emploi de secrétaire médicale. Cependant, compte tenu de ses problèmes de nuque, elle constatait que cette profession n'était plus adaptée.

f. Par avis du 15 juin 2020, le SMR a estimé que le rapport du 12 mai 2020 du Dr I_____ ne notait pas d'éléments d'aggravation au plan somatique et que pour le reste, les antécédents digestifs connus, de même que l'intervention de chirurgie viscérale à venir, ne justifiaient pas une incapacité de travail durable, de sorte que les conclusions du rapport final du 19 juillet 2019 restaient valables.

g. Par décision du 16 juin 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 avril 2020 en indiquant que les éléments produits dans le cadre de la procédure d'audition ne contenaient aucun nouvel élément médical permettant de s'éloigner des précédentes conclusions.

C. **a.** À la suite d'un recours interjeté par l'assurée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), à l'occasion duquel elle a notamment produit un rapport du 9 juillet 2020 du docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de Madame M_____, psychologue FSP, attestant qu'elle souffrait d'un trouble dépressif dû à une autre affection médicale avec caractéristiques mixtes qui rendrait inenvisageable un retour dans le monde professionnel, la décision du 16 juin 2020 a été annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision (ATAS/959/2021 du 21 septembre

2021). L'OAI était enjoint d'instruire la cause sur le plan psychiatrique et de suivre l'évolution médicale de l'assurée sur le plan somatique pour la période postérieure à la décision du 16 juin 2020.

b. Sollicité dans le cadre de la reprise de l'instruction menée par l'OAI, le Dr I_____ a indiqué, dans un rapport du 19 décembre 2021, que le pronostic était réservé compte tenu de l'importance des troubles dégénératifs cervicaux et de la chronicité des douleurs. Sur la base des consultations effectuées de 2019 à 2020, il évaluait la capacité de travail de l'assurée à 50% au maximum dans une activité adaptée à ses problèmes rachidiens.

c. Dans un rapport du 9 février 2022, le Dr L_____ et Madame M_____ ont indiqué que l'assurée présentait des symptômes anxio-dépressifs à intensité variable et était régulièrement parasitée par des angoisses envahissantes. Les symptômes mixtes dépressifs/anxieux avaient une influence sur son quotidien et sa disponibilité, tant physique que psychique, au travail et dans ses relations sociales. Ils ne pouvaient toutefois se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, cet aspect, principalement en lien avec l'état somatique, étant trop fluctuant pour être évalué sur un plan strictement psychiatrique. Le code CIM-10 F06.34 relatif aux troubles organiques de l'humeur figure sous la rubrique du diagnostic.

d. Le 19 février 2022, la docteure N_____, spécialiste FMH en médecine générale et nouvelle médecin traitante de l'assurée, a attesté que la capacité de travail de cette dernière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges, pas de position stationnaire et mobilisation au moins toutes les 30 minutes) était de 40%.

e. Dans un nouveau rapport médical du 16 février 2022, le Dr I_____ a maintenu ses conclusions telles que ressortant de son avis du 19 décembre 2021.

f. L'OAI a en outre reçu, dans le cadre de l'instruction de la demande, une lettre de sortie du service de chirurgie viscérale des HUG du 10 février 2022, faisant état d'une intervention chirurgicale réalisée le 8 octobre 2021 (laparotomie médiane avec extraction du textilome), suivie d'une hospitalisation de l'assurée du 22 novembre au 14 décembre 2021 en raison d'une collection sous-cutanée infectée, justifiant un arrêt total de travail jusqu'au 2 janvier 2022, une lettre de ce même service faisant suite à la consultation ambulatoire du 24 janvier 2022 pour le suivi de la plaie, mentionnant une très bonne évolution et une fermeture quasi-parfaite, ainsi qu'une évaluation psychologique du service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise des HUG du 6 décembre 2021 concluant à des symptômes anxio-dépressifs réactionnels aux complications chirurgicales et hospitalisations à répétition.

g. Le 14 juin 2022, le SMR, procédant à une nouvelle évaluation des rapports médicaux au dossier, a estimé que ceux-ci ne faisaient pas état d'une aggravation durable aux plans rhumatologique et psychiatrique depuis la dernière décision.

Les complications abdomino-pelviennes justifiaient une incapacité totale de travail dans toute activité du 8 octobre 2021 au 2 janvier 2022. Tenant compte de l'ensemble des atteintes, l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le 7 avril 2016, tandis que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 70% du 7 avril 2017 au 7 octobre 2021, nulle du 8 octobre 2021 au 2 janvier 2022, et de 70% dès le 3 janvier 2022.

h. Le 4 août 2022, l'évaluatrice économique ayant procédé à l'enquête sur le ménage en avril 2020 a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir des empêchements supplémentaires dans la sphère ménagère et de procéder à une nouvelle évaluation, l'aggravation de l'état de santé de la recourante n'étant pas durable et les limitations fonctionnelles ayant déjà été prises en compte lors de la première enquête.

i. Dans un courriel du 27 juillet 2022, l'assurée a communiqué à l'OAI qu'elle avait débuté un suivi pneumologique et qu'elle souffrait depuis des mois d'une tendinite au niveau de l'épaule et de l'avant-bras gauche, de sorte qu'elle ne pouvait plus travailler qu'à 20%.

j. Par projet de décision du 12 septembre 2022 envoyé sous plis simple, l'OAI a repris les conclusions du SMR concernant la capacité de travail de l'assurée et a nié le droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à d'autres mesures d'ordre professionnel, compte tenu d'un taux d'invalidité inférieur à 40%.

k. Le 17 octobre 2022, reprenant les termes de son projet de décision, l'OAI a rendu une décision définitive niant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

l. Le même jour, sous la plume de son conseil, l'assurée a formulé des observations à l'égard du projet de décision du 12 septembre 2022, lequel avait été réceptionné au domicile élu le 16 septembre 2022. Elle a contesté disposer d'une capacité de travail de 70%, relevant qu'elle avait subi de nombreuses interventions depuis l'expertise effectuée par le Dr H_____ et a joint de nouveaux rapports médicaux non présents à son dossier, soit :

- Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche du 6 octobre 2022 concluant à une tendinopathie importante du sus-épineux, une arthrose acromioclaviculaire importante, une tendinopathie et une lésion partielle du sous-scapulaire, ainsi qu'une tendinopathie du long biceps articulaire.
- Un rapport de consultation de psychiatrie initiale du 12 octobre 2022 de la docteure O_____, médecin interne au service de psychiatrie adulte des HUG (CAPPI Jonction), où l'assurée avait été adressée par sa psychologue traitante suite à un abus médicamenteux après réception du dernier projet de l'OAI, mentionnant un tableau dépressif, une thymie labile, avec des affects mobilisables et congruents à l'humeur, une légère aboulie, une anhédonie et des ruminations.

m. Par courrier du 20 octobre 2022, l'OAI a accusé réception des observations de l'assurée et indiqué qu'elle avait disposé d'un délai échéant au 17 octobre 2022 pour faire valoir son point de vue, de sorte qu'une décision avait été notifiée à l'échéance de cette date, à l'encontre de laquelle elle pouvait former recours.

n. Le 24 octobre 2022, l'assurée a relevé qu'elle avait formulé ses observations dans le délai imparti, de sorte qu'elles étaient recevables. La décision du 17 octobre 2022 devait ainsi être annulée et la cause instruite sur opposition.

D. **a.** Par acte du 18 novembre 2022, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 17 octobre 2022 devant la chambre de céans, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité, subsidiairement eu renvoi de la cause à l'OAI, et, plus subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente. La recourante a en particulier souligné que la décision du 17 octobre 2022 avait été prise en violation de son droit d'être entendue, car elle avait été rendue avant qu'échoie le délai pour formuler ses observations.

b. Par réponse du 31 janvier 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, relevant, quant à la forme, qu'une violation du droit d'être entendue de la recourante aurait été réparée au vu de l'échange d'écritures intervenu devant la chambre de céans. Sur le plan médical, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 1er décembre 2022 retenant, s'agissant des nouveaux éléments médicaux produits dans le cadre du recours, que le rapport d'IRM de l'épaule gauche du 6 octobre 2022 était postérieur à la décision attaquée et ne faisait pas état de pathologies entraînant des limitations fonctionnelles plus étendues que celles liées à l'épargne cervicale, et que le rapport de consultation de la Dre O_____ ne relevait pas d'atteinte psychiatrique sévère, l'atteinte étant réactionnelle et postérieure à la décision de refus de rente.

c. Par réplique du 24 avril 2023, la recourante a persisté dans ses conclusions et a produit un rapport de fin de traitement de consultation de psychiatrie du 23 décembre 2022 des docteurs P_____ et Q_____, médecins psychiatres au sein du CAPPI Jonction, mentionnant qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent ayant justifié un suivi intensif de type crise et l'augmentation de la dose du traitement antidépresseur à fin octobre 2022. Compte tenu de l'évolution clinique favorable, le suivi intensif avait pris fin et la recourante avait été adressée à une psychiatre privée.

d. Le 15 mai 2023, la recourante a produit un rapport médical du 4 mai 2023 de la docteure R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, nouvelle psychiatre traitante, posant les diagnostics d'épisode dépressif récurrent (F33.2), d'obésité morbide et de syndrome d'apnées du sommeil avec répercussions sur la capacité de travail. La capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fatigabilité, préoccupations dues aux

nombreux problèmes somatiques et trouble de l'attention, de la mémoire et de la concentration) était de 50% « dès maintenant ».

e. Sur ce, 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.

3. Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1er janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en juillet 2016 et le délai d'attente d'une année venant à échéance le 7 avril 2017, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1er janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la notification de la décision litigieuse le 19 octobre 2022, le recours est recevable.

5. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

6. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

7.

7.1 La recourante invoque une violation de son droit d'être entendue au motif que l'intimé n'aurait pas attendu la fin du délai légal pour qu'elle formule ses observations, avant de rendre la décision définitive de refus de prestations.

7.1.1 Le droit d'être entendu, garanti par les art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et 42 LPGA, comprend, en particulier, le droit pour la personne concernée de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer 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. En tant que droit de participation, le droit d'être entendu englobe donc tous les droits qui doivent être attribués à une partie pour qu'elle puisse faire valoir efficacement son point de vue dans une procédure (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 132 II 485 consid. 3.2 ; 129 II 497 consid. 2.2 ; 126 I 15 consid. 2/aa).

7.1.2 En vertu de l'art. 57*a* al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA.

Aux termes de l'art. 73ter RAI, les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de trente jours (al. 1). L'assuré peut communiquer ses observations à l'office AI par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel (al. 2 1ère phr.).

À teneur de l'art. 74 RAI, une fois l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (al. 1). La motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al. 2).

En dérogation à l'art. 52 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI).

7.1.3 Selon la jurisprudence et la doctrine, le délai de l'art. 73ter LAI est un délai d'ordre qui peut être prolongé pour de justes motifs (ATF 143 V 71 consid. 4.3). Prolongé ou non, il doit être respecté par l'office AI. Ce dernier commet ainsi une violation du droit de l'assuré à être entendu, lorsqu'il statue avant l'échéance du délai imparti à celui-ci pour qu'il se détermine sur le projet de décision, en écartant ainsi des moyens déposés en temps utile, ou en n'entrant pas en matière sans tenir compte d'une demande de prolongation du délai présentée par l'assuré dans le délai de trente jours, par exemple afin qu'il puisse se faire conseiller par le représentant qu'il a désigné entre-temps (arrêts du Tribunal fédéral I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 5 ; I 459/02 du 29 octobre 2002 consid. 4 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 8 ad art. 57*a* LAI).

Dans le cadre de la procédure de préavis, l'office AI ne saurait se limiter à prendre connaissance et à examiner les observations ou les objections de l'assuré. Il doit bien plutôt se prononcer expressément sur les points essentiels justifiant sa décision ou à tout le moins indiquer les raisons pour lesquelles il ne peut prendre en compte certains points de vue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_606/2014 du 9 décembre 2014 consid. 2.1 ; 8C_589/2014 du 16 juin 2015). Le droit d'être entendu est ainsi violé lorsque, malgré les objections de l'assuré, la décision est identique à celle du préavis (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 4 ; Michel VALTERIO, *op. cit*., n. 9 ad art. 57*a* LAI).

7.1.4 Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

7.2 Aux termes de l'art. 39 al. 1 LPGA, les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse.

Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit

fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 2 LPGA).

7.3 En l'occurrence, l'intimé a rendu son préavis au sens de l'art. 57*a* al. 1 LAI en date du 12 septembre 2022. Celui-ci a été notifié au domicile élu de la recourante le 16 septembre 2022 – selon les déclarations non contestées de cette dernière – de sorte que le délai de 30 jours pour qu'elle fasse valoir ses observations venait à échéance le 16 octobre 2022. Ce jour étant un dimanche, le délai a été reporté au 17 octobre 2022. En postant ses observations à cette date, la recourante a par conséquent exprimé dans les délais son point de vue au sujet du préavis de l'intimé, de sorte que ce dernier, en rendant sa décision avant d'en prendre connaissance et sans se prononcer sur les griefs soulevés, a violé son droit d'être entendue.

La question de savoir si la violation de ce vice a été réparée par la procédure menée devant la chambre de céans peut demeurer ouverte, vu les considérants et le dispositif qui suivent.

8. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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, mentale ou psychique 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).

9. En vertu de 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.

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28*a* LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, 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. 28*a* al. 1 LAI).

L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à

l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28*a* al. 2 LAI).

Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28*a* al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28*a* al. 3 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

10.

10.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 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 émanent 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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

10.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global,

en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

10.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

10.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

11. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder 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).

- 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).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

12. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 ; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les

limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

13.

13.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 et les références).

13.2 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

13.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

13.4 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 ; 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).

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l’administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

15. En l'espèce, après avoir récolté de nouveaux éléments médicaux à la suite de l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 21 septembre 2021, l'intimé, sur la base de l'avis du SMR du 14 juin 2022, a maintenu ses conclusions selon lesquelles la capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité habituelle dès le 7 avril 2016 et de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès cette même date, et admis une nouvelle période d'incapacité totale de travail entre le 8 octobre 2021 et le 2 janvier 2022, en raison des hospitalisations pour cause d'atteintes digestives.

15.1 Concernant l'aspect psychiatrique, le SMR a estimé, dans son avis du 14 juin 2022, que les éléments médicaux recueillis ne permettaient pas de conclure à une aggravation durable de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision. Il a en particulier retenu que le Dr L_____ n'avait pas revu personnellement la recourante depuis mars 2021, qu'il ne mettait en avant aucune restriction sur le plan psychiatrique dans son rapport du 9 février 2022, que le moral de la recourante était meilleur à l'issue de la consultation spécialisée en psychiatrie de 2021, que le traitement n'avait pas été adapté et ne contenait pas de psychotrope (le Cymbalta étant prescrit à visée antalgique), et que la recourante conserverait des ressources.

Ce faisant, le SMR semble être parti d'un paradigme erroné : alors que l'arrêt du 21 septembre 2021 requérait que l'intimé instruise le cas sous l'angle psychiatrique car une telle instruction avait fait défaut avant le prononcé de la première décision du 16 juin 2020, le SMR semble avoir considéré que seule une aggravation de l'état psychique de la recourante depuis cette décision pouvait justifier une incapacité de travail. Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirme le SMR sur la base d'une phrase décontextualisée (en réalité afférente à la compliance thérapeutique), il ne ressort pas du rapport du 9 février 2022 du Dr L_____ que la recourante ne subirait aucune restriction sur le plan psychiatrique. Le diagnostic de trouble organique de l'humeur (F06.3) a en effet été posé et, s'agissant du status psychiatrique, le psychiatre a relevé des troubles du sommeil, de l'appétit et des fonctions cognitives ; la recourante manifestait par ailleurs de l'anxiété, un épuisement, des idées noires et une détresse psychologique importante en lien avec ses problèmes de santé récurrents. Les symptômes mixtes dépressifs/anxieux impactaient son quotidien et sa disponibilité, tant physique que psychique, au travail et dans ses relations sociales.

Certes, le Dr L_____ ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail de la recourante, mentionnant que cet aspect était trop fluctuant, et l'évaluation psychiatrique du 6 décembre 2021 ne renseigne pas non plus sur cette question. La recourante semble par ailleurs avoir conservé certaines ressources, tant sur le plan personnel que professionnel, notamment grâce à un réseau familial soutenant. Néanmoins, à défaut d'un motif d'exclusion présent (aucune exagération des symptômes n'est relevée ni d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie) et en l'absence d'indices que le trouble dépressif ne serait que léger, non

chronifié et non associé à des comorbidités – les évaluations psychiatriques au dossier faisant au contraire état du caractère récurent du trouble dépressif –, l'intimé se devait d'instruire plus avant le cas sous l'angle psychiatrique afin de déterminer si, et dans quelle mesure, celui-ci impactait la capacité de travail de la recourante.

Une instruction plus précise sous l'angle psychiatrique paraît d'autant plus nécessaire que la Dre R_____ a, pour sa part, retenu le diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) et qu'elle évalue la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à 50%. S'il est difficile, à la lecture du rapport de la psychiatre précitée, de savoir quelle a été l'évolution de la capacité de travail de la recourante dans le temps et de déterminer depuis quand le diagnostic posé est pertinent – de sorte que la question de la recevabilité de cette pièce au vu du prononcé de la décision le 17 octobre 2022 peut rester ouverte –, ce rapport constitue un élément supplémentaire permettant de remettre en cause le caractère sérieux et complet de l'instruction menée par l'intimé.

Du reste, les appréciations psychiatriques au dossier ne donnent pas suffisamment de renseignements pour juger si les différents indicateurs développés par la jurisprudence permettant d'évaluer l'impact incapacitant des troubles psychiques sont, ou non, remplis.

En définitive, alors que, par le biais de son arrêt du 21 septembre 2021, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan psychiatrique, les éléments médicaux recueillis à l'occasion de ce renvoi ne donnent pas d'indications plus précises que celles émanant déjà du rapport du 9 juillet 2020 du Dr L_____ et de Madame M_____. La situation psychique de la recourante n'a ainsi pas été élucidée à satisfaction par l'intimé.

15.2 S'agissant des aspects somatiques, dans son avis du 14 juin 2022, le SMR retient que le Dr I_____ atteste toujours d'une incapacité de travail de 50% sur le plan rhumatologique, que les atteintes digestives n'ont causé qu'une incapacité de travail limitée dans le temps de moins de trois mois, et, sur le plan orthopédique, que la fracture de la cheville a décompensé les lombalgies et justifié une majoration du traitement antalgique.

Quant au rapport d'IRM de l'épaule gauche du 6 octobre 2022, le SMR admet, dans son avis du 1er décembre 2022, qu'il met en évidence une nouvelle atteinte, mais estime qu'elle est postérieure à la décision attaquée. De plus, à défaut de description clinique ou d'énonciation des limitations articulaires, les limitations fonctionnelles seraient les mêmes que celles liées à l'épargne cervicale, restreignant déjà l'utilisation des mains au-dessus de l'horizontale et le port de charges de plus de 5kg.

S'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche, il sied tout d'abord de constater que l'IRM a été réalisée le 6 octobre 2022, soit antérieurement au prononcé de la

décision litigieuse. Dans cette mesure, contrairement à ce qu'affirme le SMR, les troubles dégénératifs qui y sont mentionnés doivent être pris en considération dans le cas d'espèce. De plus, s'il est certes possible, sur le principe, que les limitations fonctionnelles induites par cette atteinte puissent se recouper avec celles liées aux atteintes cervicales, il sied de constater, en l'occurrence, que ni le Dr H_____, ni le SMR dans ses avis antérieurs, n'avaient retenu que les atteintes au rachis limitaient l'utilisation des mains au-dessus de l'horizontale. Ainsi, un tel empêchement constitue bien plutôt une nouvelle limitation fonctionnelle. Quand bien même cette limitation fonctionnelle ne serait pas strictement nouvelle ou serait respectée dans l'activité de secrétaire médicale jugée adaptée aux troubles du rachis, il ne serait pas suffisant d'affirmer, sans évaluation clinique, qu'elle se recouperait entièrement avec les précédentes limitations et n'aurait aucun impact sur la capacité de travail. Le cumul de diverses pathologies, même entraînant des limitations fonctionnelles identiques ou proches, pourrait en effet le cas échéant avoir comme incidence une résistance plus faible de la personne touchée et entraver son rendement, voire son taux de capacité de travail.

Par ailleurs, le Dr I_____ a attesté, dans ses nouveaux rapports des 19 décembre 2021 et 16 février 2022, que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, alors qu'il avait précédemment attesté d'une capacité de travail d'au maximum 50% en plus du 20% que la recourante exerçait (cf. avis du 8 août 2019). Le rhumatologue traitant semble ainsi avoir revu à la baisse l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, dans un contexte de troubles du rachis qui devaient déjà, selon le Dr H_____, s'aggraver à long terme et qui ont, selon le SMR, été décompensés par la fracture de la cheville. Cependant, l'absence de nouveau diagnostic posé par le Dr I_____ et de suivi rhumatologique à sa consultation postérieurement à décembre 2020, ainsi que l'évaluation sommaire de la capacité de travail de la recourante par ce médecin, ne permettent pas, à ce stade, de retenir que l'appréciation du Dr H_____ – jugée probante par la chambre de céans dans son arrêt du 21 septembre 2021 – ne serait plus d'actualité, ni que les atteintes au rachis auraient évolué depuis l'examen réalisé par l'expert, dans une mesure susceptible d'influencer la capacité de travail de la recourante. Ce point devait au contraire faire l'objet d'autres mesures d'instruction.

Ainsi, sur le plan rhumatologique également, la cause n'a pas suffisamment été instruite par l'intimé (quant à son évolution après la décision du 16 juin 2020 et, surtout, après l'arrêt du 21 septembre 2021). En particulier, postérieurement à cet arrêt, l'OAI a fait une lecture erronée des rapports du Dr I_____ et a omis de prendre en considération les troubles de l'épaule gauche.

Compte tenu des éléments actuellement au dossier, rien ne permet par contre en l'état de retenir que les problèmes digestifs rencontrés par la recourante en 2021 auraient un impact durable sur sa capacité de travail. À teneur des pièces transmises – essentiellement des lettres de sortie des HUG – il n'apparaît pas,

comme le relève le SMR, que les atteintes aient engendré une incapacité de travail de plus de trois mois. Il en va de même d'éventuelles atteintes pneumologiques, à peine évoquées dans le courriel de la recourante du 27 juillet 2022, et sous-tendues par aucun avis médical. Dans son précédent arrêt, la chambre de céans avait au demeurant jugé que les troubles intestinaux de 2019 n'avaient pas engendré d'incapacité de travail de longue durée et estimé que l'atteinte des nerfs médians aux carpes ne constituait pas une atteinte durable à la santé ; à défaut de nouveaux éléments médicaux, il n'y a pas lieu de revenir sur cette appréciation.

15.3 Au vu de ce qui précède, compte tenu de l'instruction lacunaire menée par l'intimé sur le plan psychiatrique et somatique, il est nécessaire de lui renvoyer le dossier afin qu'il la complète (en prenant en compte l'évolution jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue) et, en particulier, qu'il mette en œuvre une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique de la recourante, au sens des art. 44 LPGA et 72bis RAI, qui devra porter, sous l'angle psychiatrique, sur l'évolution de l'état de santé dès l'annonce des premiers troubles psychiques, soit dès 2020 à tout le moins, et, sous l'angle somatique, sur l'évolution depuis l'expertise de février 2019 du Dr H_____. Il ne se justifie pas, à ce stade, d'ordonner la réalisation d'une expertise judiciaire, les questions des atteintes psychiatrique et rhumatologiques (évolution des troubles du rachis, atteinte à l'épaule gauche) n'ayant pas été investiguées à satisfaction par l'intimé. La mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire permettra par ailleurs aux experts de procéder à une évaluation consensuelle du cas, examen qui paraît particulièrement indiqué en l'occurrence, les troubles psychiques anxio-dépressifs étant décrits comme variables et réactionnels aux difficultés somatiques.

16. À toutes fins utiles, la chambre de céans relève par ailleurs que l'intimé devra à nouveau déterminer le degré d'invalidité de la recourante à l'issue de la nouvelle instruction, compte tenu en particulier du fait que l'évaluation de la perte de gain d'un assuré doit être faite en prenant en considération les dernières données statistiques existantes (cf. ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Or, en l'espèce, dans son calcul du 7 septembre 2022, l'intimé a appliqué les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'année 2018, alors que celles de 2020 ont été publiées le 23 août 2022. S'agissant en particulier du salaire statistique pris en considération par l'intimé, une baisse des revenus est constatée (le salaire mensuel des femmes étant passé de CHF 4'371.- pour l'année 2018 à CHF 4'276.- pour l'année 2020, pour des tâches physiques ou manuelles simples [catégorie 1], tableau TA1 tirage *skill level*).

De plus, l'intimé est invité à vérifier le revenu sans invalidité de la recourante pris en considération. Dans les rapports employeurs, est en effet mentionné un salaire annuel de CHF 37'500.- auprès du Dr B_____ et de CHF 31'824.- auprès du Cabinet Dentaire D_____, sans atteinte à la santé dans l'ancienne activité. L'intimé retient pour sa part un revenu sans invalidité de CHF 50'066.-, étant

relevé que le revenu annuel déterminant pris en compte pour le calcul des indemnités journalières durant les mesures d'ordre professionnel s'élevait à CHF 67'643.-.

Enfin, la chambre de céans relève que la détermination du statut de la recourante devra également être clarifiée. S'il est établi que cette dernière travaillait depuis de nombreuses années à 50% auprès du Dr B_____, l'évolution de son taux de travail auprès du Dr C_____ (puis du Cabinet Dentaire D_____) n'est pas claire au regard du rapport employeur du 25 novembre 2016. Dans sa note de statut du 5 août 2019, l'intimé retient un taux de salariée de 70% (50% auprès du Dr B_____ et 20% auprès du Dr C_____), alors qu'il est mentionné que le taux auprès de ce second médecin a été réduit vraisemblablement pour cause de maladie. Dans la note de travail du 30 octobre 2017, il est au surplus indiqué que la recourante travaillait à 50% pour le Dr B_____ et 40% pour le Dr C_____, avant de diminuer son taux à 19% lors de la modification de ses tâches (passage d'un poste d'assistante au fauteuil à un poste administratif en raison des problèmes de santé).

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 17 octobre 2022 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 400.- (art. 69 al. 1bis LAI).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 17 octobre 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 400.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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