RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/488/2022 **ATAS/905/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2023

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____ représentée par Me Daniela LINHARES	recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1969 au Portugal, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de femme de ménage dans un hôtel de Genève.

b. Souffrant de fibromyalgie et de dépression, l'assurée a cessé de travailler le 16 mars 1999 et n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors.

B. **a.** En juillet 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 28 mars 2001, au motif que la perte de gain était inférieure à 20%.

b. Saisie d'un recours de l'assurée, la Commission cantonale de recours AVS-AI, alors compétente, l'a, par décision du 4 juillet 2002, partiellement admis et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

c. Par décision du 26 avril 2005, confirmée sur opposition le 6 octobre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

d. Saisi à son tour, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) – instance ayant succédé à la Commission de recours –, dans un arrêt du 17 janvier 2006 (ATAS/22/2006), a partiellement admis le recours de l'assurée, en ce sens qu'il lui a reconnu un degré d'invalidité de 50%, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité, à compter du 1er septembre 2003.

En substance, le TCAS, se basant sur une expertise du 25 février 2004, a retenu que l'assurée, atteinte d'un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de fibromyalgie, d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère, d'une personnalité à traits dépendants et histrioniques, de claustrophobie et de discrets troubles de la statique et dégénératifs lombaires (discopathie L4-L5), avait certes été totalement incapable, depuis mars 1999, d'exercer son activité habituelle de femme de chambre, mais qu'il était néanmoins exigible de sa part, depuis 2000, qu'elle exerçât une activité adaptée à 50%. L'état dépressif dont souffrait l'assurée faisait exception à la règle générale voulant qu'il ne constitue en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux : c'était au contraire une affection autonome et antérieure au trouble somatoforme douloureux.

e. Ce jugement a été confirmé par le Tribunal fédéral en date du 26 février 2007 (I 176/06). Le Tribunal fédéral a confirmé que rien ne justifiait de s'écarter des constatations et conclusions de l'expertise du 25 février 2004, qui opérait une distinction claire et précise entre la symptomatologie douloureuse – qui n'entraînait pas en elle-même d'incapacité de travail dans une activité adaptée – et les troubles psychiques, singulièrement l'état dépressif. L'assurée disposait d'une capacité de travail réduite de moitié, en raison principalement d'un état dépressif

récurrent dont l'épisode, de moyen à sévère, avait débuté en septembre 2003 et perdurait près de deux ans plus tard.

f. En application de cet arrêt, l'OAI, par décision du 17 août 2007, a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 49,56%, avec effet rétroactif au 1er septembre 2003.

C. **a.** Une procédure de révision a été initiée en septembre 2009.

b. Dans un bref rapport du 12 septembre 2009, le docteur B_____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'état de sa patiente était demeuré stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Il a évoqué comme limitations fonctionnelles : le fait de ne pouvoir rester debout de manière prolongée, ainsi que celui de devoir éviter le port de charges, les flexions en avant du tronc de manière répétitive et la marche prolongée sur terrain accidenté. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis 2001 dans l'activité habituelle et à une incapacité de 50% dans une activité légère, adaptée aux limitations énoncées.

c. Sur la base de ces renseignements, l'OAI, en date du 17 septembre 2009, a informé l'assurée qu'il considérait qu'il n'y avait pas eu de changement susceptible d'influencer son droit à la rente.

D. **a.** Une nouvelle procédure de révision a été initiée en novembre 2012, qui a permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- Dans un bref rapport du 18 décembre 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'une amélioration de l'état de santé de sa patiente et d'un changement dans les diagnostics : le trouble dépressif récurrent était en rémission partielle ; s'y ajoutait une personnalité histrionique et dépendante. Le pronostic était bon. L'assurée travaillait à 50% comme serveuse ou gérante dans une pâtisserie appartenant à la famille et ce taux d'occupation pourrait être augmenté. Dans un courrier annexe, le médecin expliquait que le couple avait pris un café en ville, qu'ils l'exploitaient eux-mêmes, que sa patiente y travaillait comme gérante ou serveuse, qu'elle s'y sentait bien, qu'elle entretenait de bons contacts avec la clientèle ; cela avait modifié d'une manière importante son état psychique et lui avait redonné beaucoup de confiance en elle. L'état dépressif était en bonne voie de rémission complète, bien qu'une fatigue résiduelle persistât. Les autres symptômes dépressifs avaient disparu progressivement et le médecin escomptait qu'avec une médication très légère, le status clinique évoluerait vers la guérison.

- Sur le plan rhumatologique, le Dr B_____ indiquait, dans un rapport du 7 janvier 2013, que l'état de sa patiente était resté stationnaire.

- Le psychiatre traitant, dans un courrier du 21 février 2013, précisait que la capacité à exercer l'activité habituelle de femme de chambre restait proche de zéro, compte tenu des restrictions physiques. Dans l'activité habituelle de serveuse ou de gérante d'un petit commerce, la capacité de travail allait en revanche en augmentant et, depuis une

année environ, dépassait progressivement 50% : elle avait atteint 70% en mai 2012 et 80% en octobre 2012.

- Par courrier du 29 juillet 2013, l'assurée avait contesté avoir repris une activité professionnelle. Elle expliquait que son époux exploitait en raison individuelle une boulangerie-pâtisserie depuis 2007, mais qu'elle n'y déployait aucune activité professionnelle rémunérée. Elle reconnaissait en revanche collaborer à l'entreprise de son époux de manière ponctuelle et en fonction de ses capacités. Selon elle, si cette aide irrégulière devait être quantifiée, elle représenterait, au mieux et en moyenne, une à deux heures par jour. Cette aide ne contribuait aucunement à l'accroissement de la capacité économique de l'entreprise et avait uniquement une visée thérapeutique. L'assurée contestait toute rémission partielle de son état psychique.
- Dans un courrier du 8 septembre 2014, l'assurée avait allégué que l'avis du Dr C_____ se fondait sur une prémisse erronée, sa prétendue participation à l'entreprise exploitée par son époux. Elle faisait état d'une aggravation significative de son état de santé psychique en décembre 2013, qui avait nécessité une prise en charge en urgence auprès du Centre ambulatoire de psychiatrie et psychologie (ci-après : CAPPI), puis un suivi bi-hebdomadaire et un traitement médicamenteux à doses élevées. Selon elle, il y avait également eu aggravation sur le plan rhumatologique, au niveau des cervicales. Elle évoquait également des acouphènes, un serrement au niveau de la gorge et une « pression dans la tête ».

b. Par décision du 14 octobre 2014, l'OAI a mis un terme au versement de la rente avec effet au 1er décembre 2014.

L'OAI a considéré que la capacité de travail de l'assurée avait augmenté à 70% dans une activité adaptée dès le 1er mai 2012, puis à 80% dès le 1er octobre 2012.

Il a fixé le revenu que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à sa santé à CHF 47'079.-. En effet, l'intéressée avait travaillé de juin 1997 à juin 2000 en qualité de femme de chambre et, selon son dernier employeur, aurait réalisé en juillet 2000 un revenu annuel de CHF 38'594.40 en travaillant à plein temps, ce qui, après indexation selon l'indice suisse des salaires nominaux (ci-après : ISS), correspondait à un montant de CHF 47'079.- en 2012.

L'OAI a comparé ce montant à celui qu'aurait pu obtenir l'assurée en exerçant une activité adaptée à 70% dès le 1er mai 2012 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS 2010, TA1, tous secteurs confondus, activité de niveau 4 = 4'225.- CHF/mois pour un horaire de 40 h./sem. = CHF 37'639.- par an à 70% pour un horaire de 41,6 h./sem. en 2012, puis réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte du taux d'occupation réduit), soit CHF 33'876.-.

Cette comparaison a conduit à un degré d'invalidité de 28%.

L'OAI a par ailleurs effectué un second calcul concernant la période débutant le 1er octobre 2012, à compter de laquelle il a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de 80%, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 17,8% après

comparaison du revenu sans invalidité (CHF 47'079.-) au revenu d'invalide (CHF 38'715.-).

c. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 23 décembre 2015 (ATAS/1012/2015), à l'issue d'une procédure lors de laquelle ont notamment été versés au dossier les éléments suivants :

- Dans un rapport rédigé le 27 novembre 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé que l'assurée bénéficiait d'un suivi hebdomadaire et d'un traitement antidépresseur depuis septembre 2014 pour des épisodes dépressifs récurrents et un trouble de la personnalité encore en cours d'investigation. Il précisait que les épisodes dépressifs récurrents avaient été parfois légers, parfois moyens, sans symptômes psychotiques, et que sa patiente présentait une rechute dépressive moyenne et une incapacité de travail d'au moins 50% depuis octobre 2014. Le médecin préconisait une expertise psychiatrique « par une personne neutre », afin de clarifier l'évolution de la capacité de travail médico-théorique.
- Dans un bref certificat rédigé le 21 octobre 2014, le docteur E_____, du département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), confirmait l'existence d'un suivi ambulatoire intensif au CAPPI entre le 6 janvier et le 20 février 2014. La patiente leur avait été adressée par les urgences psychiatriques pour une péjoration sévère de son trouble dépressif récurrent et de son trouble anxieux. Les diagnostics suivants avaient été retenus : trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans syndrome somatique et trouble anxieux sans précision.
- Dans un certificat rédigé le 16 février 2015, le Dr D_____ et Madame F_____, psychologue et psychothérapeute, ont fait état d'un épisode dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile ou histrionique. Suite à une crise familiale survenue en décembre 2014, un premier épisode dépressif sévère était apparu, qui était finalement redevenu moyen début janvier 2015, grâce à une prise en charge intensive. L'incapacité de travail avait été de 100% en décembre 2014 pour revenir à 50% dès janvier 2015.
- Un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale du 12 décembre 2014 concluait à des anomalies de signal de la substance blanche, à l'absence d'argument en faveur d'une lésion ischémique, à l'absence de lésion rétrocochléaire et à l'absence d'anomalie objectivable au niveau des vaisseaux intracrâniens.
- Un rapport de radiographie de la colonne cervicale et de la hanche du 3 février 2015 a concluait à une discrète scoliose cervicale avec une lordose physiologique diminuée, à une discarthrose sévère en C3-C4, à un rétrolisthésis de C4, à une hypertrophie des apophyses en C4-C5 et C6, sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires et, au niveau de la hanche, à l'absence d'anomalie.

La Cour de céans a confirmé la décision de l'OAI de mettre un terme au versement de la rente avec effet au 1er décembre 2014. S'agissant de savoir si

l'état de santé de l'assurée avait évolué de manière à influencer son degré d'invalidité et son droit aux prestations depuis septembre 2009, la Cour de céans a rappelé que le droit à une demi-rente d'invalidité avait été reconnu principalement en raison d'un état dépressif récurrent moyen à sévère, diagnostiqué par le Dr C_____, psychiatre traitant depuis juin 2002. Or, ce dernier avait fait état d'une amélioration, non seulement en raison de la reprise d'une activité par sa patiente, mais également par le fait, pour l'assurée, de fréquenter le commerce de son mari, avait eu pour conséquence une amélioration importante de son état psychique et lui avait permis de retrouver beaucoup de confiance en elle, au point que l'état dépressif était en voie de rémission complète. Le médecin avait ainsi constaté la disparition des symptômes dépressifs – en dehors d'une fatigue résiduelle. Ses conclusions reposaient donc sur des éléments objectifs et sur ses propres observations cliniques. Elles étaient d'autant plus convaincantes que ce même médecin, par le passé, avait qualifié l'état dépressif de sa patiente d'invalidant. Il avait donc pu juger des différences cliniques avec 2003 et 2009.

Le rapport du Dr D_____ corroborait les observations du Dr C_____, puisqu'il en ressortait que l'épisode dépressif grave survenu en décembre 2014 – postérieurement à la décision litigieuse – s'était vite amendé (début janvier 2015). Certes, ce médecin évaluait depuis lors la capacité de travail de sa patiente à 50%, mais sans motiver sa position.

L'aggravation alléguée par l'assurée au niveau de ses cervicales était certes objectivée par une radiographie, mais postérieure à la décision litigieuse.

Les autres atteintes évoquées (problèmes ORL et céphalées) n'avaient été documentées par aucun rapport médical.

Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité a été confirmé.

E. **a.** Le 17 juin 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations par le biais des docteurs G_____ et H_____, tous deux psychiatres et psychothérapeutes FMH. Ces médecins ont certifié que l'assurée bénéficiait d'un suivi régulier dans leur cabinet depuis novembre 2014 et ont fait état, depuis décembre 2018, d'une aggravation de son état, dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et attaques de panique hebdomadaires, avec un isolement social partiel progressif. Selon les médecins, malgré un suivi intensif et une bonne compliance, il existait des limitations fonctionnelles modérées, mais significatives, soit : un ralentissement psychomoteur idéique, verbal et moteur, des troubles de la concentration, des idées noires passives sans désir de passage à l'acte, un isolement social significatif mais pas total, une faible estime de soi avec aboulie et anhédonie partielle. Cinq antidépresseurs avaient été essayés dans le passé sans succès. La capacité de travail de leur patiente était de 50% depuis le 1er décembre 2018.

b. Le 10 novembre 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que les éléments ressortant de ce certificat rendaient une

aggravation plausible. Il convenait de déterminer si celle-ci était notable et durable.

c. L'instruction a permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- Dans un rapport du 28 décembre 2020, le Dr G_____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndrome somatique (F33.11). Il a également fait mention d'un trouble panique (F41.0), tout en précisant que celui-ci n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de sa patiente. S'agissant des ressources de cette dernière, il a indiqué qu'elle pouvait compter sur le soutien de son fils et qu'elle était bien entourée. Elle communiquait bien, disposait d'une bonne motivation. La capacité de travail était évaluée à 50% depuis le 1er décembre 2018, en raison des limitations fonctionnelles déjà énoncées dans la nouvelle demande de prestations.

- Dans un rapport du 21 novembre 2020, le docteur I_____, médecin traitant, a retenu les diagnostics de dyslipidémie, cervicalgies, fibromyalgie, leucoaraïose, hernie discale lombaire L4-L5, sacroiléite et ostéite du pubis, céphalées de tension, acouphènes bilatéraux plus prononcés du côté droit, tunnel carpien droit modéré, syndrome dépressif et fissures anales opérées en 2016. Le médecin précisait que les limitations fonctionnelles étaient induites par les troubles de la personnalité et l'état dépressif, les douleurs ostéo-articulaires chroniques, les céphalées et les troubles douloureux et cognitifs. Par la suite, en mars 2021, le Dr I_____, a émis l'avis que sa patiente ne pouvait travailler à plus de 50%.

- Le 14 janvier 2021, le Dr G_____ a avisé l'OAI qu'il avait repris le suivi de l'assurée : celle-ci n'était donc plus suivie par le Dr H_____, mais par lui-même.

- Dans un rapport du 21 janvier 2021, le Dr H_____ a repris les diagnostics déjà énoncés par son collègue en y ajoutant celui de traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse (Z73.1), dont il a précisé qu'il n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Lui aussi a conclu à une capacité de 50% sans baisse de rendement depuis décembre 2018.

d. Le SMR, en date du 11 février 2021 a constaté que, selon les psychiatres traitants, la capacité de travail était de 50% dans toute activité depuis le 1er décembre 2018. Sur le plan somatique, il a noté des cervicobrachialgies gauches sur troubles dégénératif et hernie discale, une névralgie d'Arnold récidivante, une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, des lombalgies sur hernie discale, une épicondylite droite et une tendinopathie du sus-épineux et un syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite, intervenant dans un contexte de fibromyalgie avec syndrome myofascial à prédominance temporale et occipitale. L'assurée était également connue pour des épigastralgies sur gastrite chronique, un acouphène bilatéral prédominant à droite, des céphalées de tension, ainsi qu'une dyslipidémie dans un contexte de leucoaraïose cérébrale, atteintes en principe sans répercussion sur la capacité de travail. Pour le reste, le Dr I_____, dans son rapport du 21 novembre 2020, décrivait une situation inchangée

(douleurs musculosquelettiques du rachis et des articulations périphériques exacerbées à l'effort, céphalées de tension exacerbées par le stress et la douleur chronique, fatigue et sommeil non réparateur, augmentation des acouphènes, difficulté de concentration et de mémoire). Les plaintes somatiques étaient identiques à celles émises lors de l'expertise de 2004, hormis les cervicobrachialgies. L'atteinte psychiatrique était donc stationnaire. Sur le plan somatique, il y avait apparemment une progression des troubles dégénératifs, qu'il convenait de documenter.

e. Une expertise médicale pluridisciplinaire a alors été sollicitée, qui a été confiée au J_____ de Neuchâtel, plus particulièrement aux docteurs K_____, spécialiste FMH en médecine interne, L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui ont rendu leur rapport en date du 4 novembre 2021.

Les experts n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle significative d'un point de vue psychiatrique.

D'un point de vue orthopédique, ils ont préconisé de privilégier l'alternance des positions et d'éviter la position en porte-à-faux, le port de charges de plus de 5 kg et les efforts au-dessus de la ceinture scapulaire gauche.

Du point de vue rhumatologique, il a été conseillé d'éviter le port de charges de plus de 5 kg, les montées et descentes d'escaliers ou d'échafaudages et la surcharge du rachis.

Du point de vue de la médecine interne, il a été suggéré d'éviter l'exposition aux pommes, poires, fruits à noyaux, tomates et concombres, la position debout immobile durant plus de trente minutes d'affilée et de permettre à l'intéressée de se rendre aux toilettes plusieurs fois par demi-journée si besoin.

La capacité de travail a été évaluée à 100% depuis octobre 2014.

f. Le 29 novembre 2021, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa nouvelle demande de prestations.

g. Monsieur O_____, psychologue FSP, a adressé en date du 23 décembre 2021 un courrier à l'OAI lui demandant de bien vouloir envisager un autre examen d'expertise psychiatrique pour sa patiente. À l'appui de sa demande, il a fait valoir :

- une discordance : l'expert décrivait la totalité des symptômes d'un trouble dépressif moyen lors de l'anamnèse avant d'écarter ce diagnostic ; le fait que l'expert fasse coexister deux entités diagnostiques « mutuellement exclusives », à savoir une dysthymie et un trouble dépressif récurrent en rémission, ce qui, selon lui, traduisait une méconnaissance des critères diagnostiques de la CIM-10 (ci-après : classification internationale des maladies) ;

- le dossier psychiatrique n'aurait pas été correctement résumé par l'expert ; il était relevé que celui-ci évoquait la « doctoresse P_____» au lieu du Dr G_____ et que la fréquence du suivi n'était pas mentionnée ;
- le fait que l'expert ait dans un premier temps annoncé que le conflit de couple n'aurait pas empêché celui-ci de rester ensemble, alors que les époux étaient séparés officiellement depuis avril 2021 ;
- la séparation du couple représenterait un élément objectif permettant de confirmer une aggravation de la situation ;
- des symptômes relatés (palpitations, sensations vertigineuses et insomnies) n'avaient pas été retenus comme ayant une influence sur la capacité de travail.

h. Le 11 janvier 2022, le SMR a rappelé qu'un psychologue n'est pas habilité à poser des diagnostics psychiatriques et encore moins somatiques.

S'exprimant néanmoins sur les remarques du psychologue, le SMR a souligné qu'en février 2021, le docteur C_____ avait conclu à un trouble dépressif récurrent en rémission, tout comme le Dr M_____ lors de son expertise. Il n'y avait aucune exclusion, puisque, selon l'expert, la dysthymie avait succédé au trouble dépressif.

L'expert avait bel et bien mentionné, en p. 46 de l'expertise, que le suivi psychiatrique était mensuel.

L'assurée, à la question de savoir si elle bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique, avait répondu par la négative.

Quant aux symptômes décrits par l'assurée, il n'avait pas été possible pour l'expert en médecine interne de retenir un lien avec des pathologies spécifiques. Seul son souci d'être exhaustif s'agissant des plaintes symptomatiques, l'avait amené à les énumérer.

i. Par décision du 13 janvier 2022, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations. Se basant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre, l'OAI a considéré qu'aucune aggravation de l'état de santé n'avait pu être mise en évidence depuis la décision du 14 octobre 2014. Il a par conséquent nié tout droit aux prestations à l'assurée.

j. Par écriture du 2 février 2022, l'assurée, par le biais du docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a interjeté recours contre cette décision, « car l'expertise J_____ n'a pas une bonne valeur probante selon son médecin ». Ce courrier, adressé à l'OAI, a été transmis par ce dernier à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

k. Invitée à régulariser son recours, l'assurée s'est exécutée en date du 6 mars 2022.

Elle conclut en substance à ce qu'une expertise soit mise sur pied auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) pour évaluer sa capacité

de travail et, quant au fond, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins et d'une mesure de reclassement ou de réadaptation.

La recourante allègue que, selon ses médecins, son état de santé s'est aggravé depuis 2018 et se réfère à cet égard aux certificat du 17 juin 2020 du Dr G_____.

La recourante conteste les conclusions de l'expertise en tant qu'elle évalue sa capacité de travail à 100% et fait remarquer qu'auparavant, l'OAI lui a reconnu une capacité de travail de 80% tout au plus.

Elle se réfère également aux critiques émises par son psychologue, Monsieur O_____.

Elle relève que le SMR a mis en exergue des atteintes qui n'étaient pas présentes lors des dernières révisions, à savoir une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, des discopathies, ainsi qu'une insuffisance veineuse des membres inférieurs et s'étonne qu'il n'en ait pas été tenu compte.

l. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 avril 2022, a conclu au rejet du recours.

L'intimé considère que l'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il note que la motivation de la recourante consiste essentiellement à souligner la divergence d'opinions entre les experts et ses médecins traitants quant à sa capacité de travail, sans présenter toutefois d'élément objectivement vérifiable de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré et suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou conclure au caractère incomplet de leur rapport.

m. Dans sa réplique du 6 mai 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions.

n. Par écriture du 23 mai 2022, elle a sollicité l'audition du Dr G_____, de M. O_____ et du docteur I_____, médecin traitant.

o. Dûment convoqué, le Dr G_____ a indiqué n'avoir rien d'autre à ajouter à son rapport du 23 décembre 2021. Il a déploré par ailleurs que l'assurée et son conseil n'aient pas pris en considération ses arguments, malgré plusieurs explications.

p. L'assurée a alors sollicité, en lieu en place de l'audition du Dr G_____, celle du docteur H_____, dont elle a indiqué qu'il suivait toujours son dossier dans le cabinet du Dr G_____.

q. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 25 août 2022, lors de laquelle a été entendu le Dr I_____, qui suit l'assurée depuis février 2014 et la reçoit en consultation à raison d'une fois par mois environ.

Selon ce médecin, les limitations fonctionnelles sont essentiellement d'ordre ostéo-articulaire.

En 2004, une hernie discale en C3-C4 était constatée. Depuis lors, une IRM pratiquée en avril 2022 a montré, en plus, une protrusion en C4-C5 et une seconde hernie en C5-C6.

En 2014, une fibromyalgie a été diagnostiquée par l'ancien médecin traitant, qui reste stationnaire. Elle se traduit par des douleurs généralisées, notamment une tendinite des hanches, des coudes et des genoux, surtout à droite (cela correspond aux points de fibromyalgie). L'assurée souffre également de douleurs au pouce droit et à l'épaule gauche, que des infiltrations n'ont pas permis d'amender. Dans le cadre de la fibromyalgie, l'assurée se plaint également de céphalées.

S'y ajoute une ischémie vasculaire dans le cerveau (leucoariose), qui se traduit par des problèmes de mémoire et de concentration (diagnostic posé à la suite d'une IRM en 2016).

L'assurée souffre aussi d'une gastrite chronique.

Un problème de tunnel carpien a été identifié en novembre 2020, à droite, qui s'est péjoré. Le neurochirurgien a préconisé en mai 2022 une intervention chirurgicale qui n'a pas encore eu lieu.

De manière générale, le témoin a indiqué que, depuis qu'il suit l'assurée (début 2014), dans l'ensemble, son état est resté stationnaire, hormis une aggravation des douleurs au niveau des cervicales et de l'épaule gauche.

Les limitations fonctionnelles résident, d'une part, dans les difficultés de mobilisation et de force des membres supérieurs surtout, d'autre part, dans les problèmes psychiques induits par les douleurs chroniques.

Le témoin s'est déclaré incapable de se prononcer sur la capacité de sa patiente à exercer une activité adaptée.

r. Entendu à son tour, le Dr H_____ a expliqué exercer dans le même cabinet que M. O_____ et le Dr G_____. C'est lui qui l'a suivie en tant que psychiatre traitant, avec son épouse, psychologue, lorsqu'elle est venue consulter, en 2014. Le Dr G_____ et M. O_____ ont pris le relais par la suite, en 2019. C'est donc le Dr H_____ qui suivait l'intéressée en 2018 et qui a constaté l'aggravation de décembre 2018, dont il a été fait état.

Avant décembre 2018, l'assurée consultait environ une fois par mois, voire moins. Depuis l'aggravation de son état, elle consulte en tout cas deux fois par mois, voire une fois par semaine (en alternance entre psychologue et psychiatre).

L'état de la patiente est plus ou moins stationnaire depuis décembre 2018.

Selon le témoin, l'état présenté par l'assurée en décembre 2018 paraît similaire à ce qu'il était en février 2004, ce qui signifie qu'il pourrait y avoir eu rechute. Depuis décembre 2018, l'état dépressif récurrent est de gravité moyenne. Cependant, l'état de l'assurée a largement fluctué depuis fin décembre 2018 ; parfois le trouble est de gravité légère, parfois de gravité sévère, mais la majeure

partie du temps, soit environ neuf mois par an, il est de gravité moyenne. Il n'y a pas d'autre atteinte psychique incapacitante.

S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr H_____ dit avoir constaté un ralentissement psychomoteur modéré et des difficultés de concentration modérés également, avec un isolement social partiel, plus important qu'auparavant. En d'autres termes, l'assurée reste apte à effectuer certaines tâches, mais cela lui prend plus de temps qu'auparavant, ce qui a conduit le médecin psychiatre à évaluer sa capacité de travail à 100% avec une baisse de rendement de 50% ou à 50% sans baisse de rendement.

Le médecin a dit avoir pris rapidement connaissance du rapport du J_____ et de la lettre du Dr G_____ dont il a indiqué partager l'avis dans les grandes lignes et dont il estime qu'il aurait dû « suffire à justifier une nouvelle expertise ».

Le témoin a émis un pronostic mitigé compte tenu de la chronicisation de l'état de l'assurée, malgré une bonne compliance et plusieurs changements dans les antidépresseurs.

Après avoir pris connaissance de la lettre adressée à l'OAI par M. O_____, le témoin a émis l'hypothèse que le psychologue, voulant bien faire, a envoyé à l'OAI en son nom le courrier que préparait le Dr G_____.

Selon lui, il est discordant selon la CIM-10 de retenir comme l'a fait l'expert psychiatre à la fois le diagnostic de dysthymie et celui de trouble dépressif récurrent en rémission. L'expert n'aurait selon lui jamais indiqué que la dysthymie aurait succédé au trouble dépressif ; il s'agirait-là d'une interprétation du SMR.

Il manque d'après lui également un détail important : la date depuis laquelle le trouble dépressif serait en rémission.

s. Dans ses écritures après enquêtes du 29 septembre 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle relève que, selon son médecin traitant, une IRM réalisée en avril 2022 avait montré une protrusion en C4-C5 et une seconde hernie, que ce médecin avait constaté une aggravation des douleurs au dos et à l'épaule gauche et que la situation était susceptible de se péjorer encore à l'avenir. Quant à son psychiatre, il est d'un avis divergent de celui des experts et préconise une nouvelle expertise.

t. L'intimé a également persisté dans ses conclusions en se référant à un nouvel avis du SMR.

Celui-ci rappelle que l'expert psychiatre, lors de son examen, n'a pas trouvé trace du ralentissement allégué par le Dr H_____, ni de troubles de la concentration. Il a également examiné les critères de gravité posés par la jurisprudence et constaté qu'ils n'étaient pas remplis. Le Dr C_____ ayant constaté une rémission en 2012, comme l'a rappelé l'expert, c'est cette date qui doit être retenue comme

début de l'amélioration. Quant aux atteintes physiques, elles étaient toutes connues des experts, qui les ont prises en compte.

u. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, 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).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur

à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88*a* RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 précité consid. 2.2.2).

En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1er janvier 2022. Toutefois, il n'est pas contesté que la modification de circonstances litigieuses invoquée par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de rente est supposée remonter à avant cette date. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 13 janvier 2022 de rejeter la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante en juin 2020. En d'autres termes, il convient de vérifier si, comme le retient l'intimé, l'état de santé de l'assurée ne s'est pas péjoré au point de lui ouvrir droit à des prestations depuis le 14 octobre 2014, date à laquelle sa capacité de gain avait été examinée pour la dernière fois.

7.

7.1 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

7.2 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

7.3 Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification

sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

8.

8.1 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 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

8.2 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 (art. 28 al. 2 LAI).

8.3 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. 28 al. 2 LAI).

8.4 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

9.

9.1 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'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

9.2 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la CIM ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

9.3 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 nombre 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).

9.4 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 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

9.5 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'AI, 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).

9.6 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).

9.7 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

9.8 Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

9.9 Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI

et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

10.

10.1 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

10.2 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 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. À cet égard,

il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11.

11.1 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

11.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11.3 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 des assurances 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 s'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).

12. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du J_____, a considéré qu'aucune aggravation de l'état de santé ayant des conséquences en termes de capacité de gain n'a pu être mise en évidence depuis la décision du 14 octobre 2014.

La recourante met en doute la valeur probante de ladite expertise et considère que l'aggravation de son état psychique et physique (arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, discopathies et insuffisance veineuse des membres inférieurs) a eu des conséquences sur sa capacité de travail et devrait lui ouvrir droit à une demi-rente d'invalidité au moins, voire à des mesures de réadaptation. À l'appui de sa position, elle invoque les avis de ses médecins traitants.

Il convient donc d'examiner en premier lieu la valeur probante qu'il convient d'accorder à l'expertise du J_____.

Le rapport des experts apparaît très détaillé, fourni et argumenté. Il se fonde sur une anamnèse détaillée, plusieurs examens cliniques de la recourante et se fait le relais des plaintes émises par celle-ci. Il a également été établi en pleine connaissance du dossier. A cet égard, on relèvera qu'à l'évidence, le fait que l'expert ait pensé – à tort – que le psychiatre traitant était une femme et non un homme et ait confondu ses nom et prénom ne saurait porter à conséquence. De même, le fait que l'expert-psychiatre ait indiqué que le couple de la recourante avait résisté longtemps avant que les protagonistes ne se séparent n'est pas pertinent. On ne saurait, comme le fait le psychologue, tirer la conclusion de la seule séparation du couple que l'aggravation de l'état psychique de l'assurée n'a pu que se dégrader.

En substance, il ressort de l'évaluation consensuelle des experts que, du point de vue psychiatrique, l'examen clinique, l'anamnèse et le descriptif de la journée de la personne assurée ne permettent pas de retenir le diagnostic d'épisode dépressif, quel qu'en soit l'intensité, mais un trouble dysthymique ayant vraisemblablement fait suite au trouble dépressif récurrent dans le passé, sans influence sur la capacité de travail. On notera à cet égard que ce n'est donc pas le SMR qui « interprète » le rapport en ce sens que la dysthymie a succédé au trouble dépressif, mais bien les experts qui s'expriment en ce sens.

Du point de vue orthopédique, lors de l'examen, il a est vrai qu'ont été retrouvées des rachialgies chroniques avec troubles dégénératifs mises en évidence sur les clichés radiologiques au niveau de C3 et C4, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche. Les experts ont donc admis cette aggravation et le fait qu'elle ait des conséquences sur la capacité de travail de l'intéressée. Ils en ont donc tenu compte dans leur appréciation.

Cela étant, ils n'en ont pas moins estimé que, d'un point de vue rhumatologique, si l'assurée est certes totalement incapable d'exercer l'activité de femme de chambre, elle restait apte à travailler à plein temps comme serveuse-gérante d'une boulangerie tea-room, travail qui respecte les limitations fonctionnelles, à savoir éviter de porter des charges de plus de 5 kg, de monter et descendre des échafaudages et des échelles et de surcharger le rachis dans sa totalité. À ce propos les experts ont rappelé que l'assurée avait bénéficié d'une infiltration de l'épaule gauche avec un examen tout à fait satisfaisant, tant au niveau des amplitudes, qu'au niveau du testing de la coiffe.

Du point de vue de la médecine interne, un syndrome oral d'allergie alimentaire aux fruits et une insuffisance veineuse des membres inférieurs, ainsi qu'une vessie hyperactive ont été mentionnés, dont il a été indiqué qu'ils influençaient le profil d'effort et dont il a également été tenu compte par les experts en termes de limitations fonctionnelles.

Du point de vue psychiatrique, il a été indiqué qu'on ne retrouvait à l'examen, ni ralentissement psychomoteur, ni humeur dépressive constante, ni troubles de la concentration ou de l'attention, ni fatigabilité. Aucun fléchissement de la concentration n'a été constatée. Durant la majeure partie de l'examen, l'humeur a été neutre. L'assurée n'avait pas non plus montré de symptômes physiques observables en faveur d'un état anxieux. Elle a d'ailleurs expliqué que ses limitations fonctionnelles étaient en lien avec ses douleurs. Il a été rappelé qu'un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères. Or, l'assurée s'occupe de son ménage – hormis les tâches lourdes – en même temps que de son commerce, même si c'est partiellement. Elle fait face à toutes les activités de la vie quotidienne en dehors de certaines tâches pour lesquelles elle est limitée par des phénomènes douloureux. Elle se distrait, se promène une heure tous les jours et est bien entourée. L'expert a conclu à une dépression chronique de l'humeur, variable en fonction des événements et dépendant des situations existentielles, n'entraînant pas de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères. Les troubles ont été jugés de sévérité insuffisante pour poser le diagnostic d'épisode dépressif de moyenne intensité ou d'intensité sévère. Les critères constitutifs d'un épisode dépressif moyen n'ont pas été retrouvés. Ce sont tous ces éléments qui ont conduit l'expert à poser le diagnostic de trouble dysthymique n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail.

Les critères jurisprudentiels de gravité n'ont pas été confirmés. Il a été noté que les dosages prescrits d'antidépresseurs avaient donné un taux en dessous du milieu thérapeutique. Sur le plan de la personnalité, il n'y avait pas trace de troubles spécifiques, mais une simple accentuation de traits de personnalité, sans effet sur la capacité de travail. Sur le plan social, en dehors d'un conflit de couple vieux de plus de vingt ans et n'ayant abouti à une séparation qu'en avril 2021, l'assurée vivait avec deux garçons majeurs présents à la maison tous les jours. Sur le plan de la cohérence, une discordance a été relevée entre les plaintes de l'assurée et le fait qu'elle se rend tous les jours dans sa boulangerie et s'acquitte de quasiment toutes les tâches ménagères ; ses troubles ne l'empêchent pas non plus de se distraire. Elle dispose donc de ressources internes importantes, puisqu'elle est capable de gérer la boulangerie, même si c'est à temps partiel, de faire face à toutes les activités de la vie quotidienne – en dehors de celles qui nécessitent une mobilisation de ses membre supérieurs – et de ressources externes, puisque ses deux garçons vivent avec elle et peuvent l'aider quand elle le demande. Elle dispose également de l'aide de son frère, ainsi que de la sollicitude de ses frères et sœurs vivant au Portugal et qui l'appellent régulièrement. Elle est aussi soutenue par deux ou trois amis avec qui elle est en contact régulier.

Ont finalement été retenus à titre de diagnostics invalidants : des rachialgies chroniques avec troubles dégénératifs en C3-C4, une arthrose acromio-claviculaire de l'épaule gauche, des douleurs cervico-lombaires mécaniques, un status post-cervicobrachialgie C4-C5 sur ébauche de hernie discale C3-C4, une insuffisance veineuse des membres inférieurs, une vessie hyperactive, un syndrome oral d'allergie alimentaire. Ont été mentionnés à titre de diagnostics non invalidants : une dysthymie, un trouble dépressif récurrent en rémission, un syndrome du canal carpien droit, un début de doigt à ressaut des quatrième et cinquième doigts de la main droite, une fibromyalgie, un syndrome de dysbalance musculaire avec déconditionnement, des palpitations, des sensations vertigineuses, des acouphènes, des céphalées de tension, une insomnie, des épigastralgies chroniques, une intolérance au gluten, une intolérance au lactose, etc.

Cela étant, il a été indiqué que, d'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé tenant compte du profil d'effort devait être considéré comme léger.

Un comportement d'amplification de la maladie a été constaté. En revanche, la capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts, tout comme la gestion de l'affect et la faculté à contrôler les impulsions, l'estime de soi, la capacité de régression, l'intentionnalité et le dynamisme ont été qualifiés de « non altérés ».

Les experts ont expliqué que, depuis octobre 2014, il y a eu, d'un point de vue orthopédique, une évolution, avec l'apparition du syndrome du canal carpien en novembre 2020 et le début du doigt à ressaut. En revanche il n'y a pas eu d'évolution du point de vue psychiatrique, rhumatologique, ou de la médecine

interne. Cela étant, ils ont considéré que, dans une activité adaptée telle que celle exercée par la recourante, il n'en découlait pas de diminution de la capacité de gain.

Force est de constater avec l'intimé que la motivation de la recourante consiste essentiellement à souligner la divergence d'opinions entre les experts et son psychiatre-traitant quant à l'évaluation de sa capacité de travail. Aucun élément objectivement vérifiable de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré et suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou conclure au caractère incomplet de leur rapport n'a cependant été apporté.

En définitive, c'est dès lors à juste titre que l'intimé, sur la base de cette expertise pluridisciplinaire, a conclu que l'état de l'assurée, malgré une aggravation, permet toujours une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire permettant l'épargne du dos et de l'épaule gauche.

Eu égard à ces considérations, le recours est rejeté.

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
Christine RAVIER	Karine STECK

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