RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/523/2021 **ATAS/32/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 janvier 2022

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER	recourante

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Michael RUDERMANN et Monique STOLLER FULLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1955, originaire des Philippines, s'est établie en Suisse en 1989. Elle a en dernier lieu travaillé en qualité d'ouvrière à 100 % moyennant un salaire annuel de CHF 51'727.- en 2009.

b. L'assurée est au bénéfice d'une rente de veuve depuis le 1er octobre 2000, à la suite du décès de son second mari.

B. **a.** Le 1er juillet 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison d'une atteinte à l'épaule entraînant une incapacité de travail totale depuis le 24 décembre 2008.

b. Après avoir recueilli des renseignements médicaux, notamment auprès du docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée, l'OAI a établi un projet de décision le 23 mai 2011 octroyant une rente entière d'invalidité à l'assurée du 1er janvier au 30 novembre 2010. Dès le 1er septembre 2010, le degré d'invalidité était de 14 %, compte tenu d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

c. Par décision du 17 novembre 2011, la caisse AVS FER-CIAM 106.1 (ci-après : la FER CIAM) a retenu que le calcul comparatif des rentes de veuve et d'invalidité révélait que la rente de veuve était plus élevée, de sorte qu'aucun versement au titre de la rente d'invalidité ne serait opéré. L'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre de céans.

d. Dans un rapport du 8 janvier 2013, le Dr B_____ a précisé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé de façon progressive après novembre 2010. À l'époque, il avait constaté une récupération de l'épaule droite, qui l'avait amené à penser qu'une reprise du travail dans une activité adaptée pourrait être possible. Dans les mois qui avaient suivi, la détérioration de l'état ostéo-articulaire de l'assurée avec une aggravation des douleurs de l'épaule gauche, une atteinte récurrente aux niveaux des coudes (épicondylite, épitrochléite) et des mains (ténosynovite), ainsi qu'au niveau du dos, l'avait obligé à modifier son appréciation.

e. La chambre de céans a partiellement admis le recours contre la décision du 17 novembre 2011 par arrêt du 16 avril 2013 (ATAS/351/2013). Elle a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire afin d'examiner l'évolution de la capacité de travail dès le début de l'année 2011, en interpellant d'abord le Dr B_____, puis en déterminant les activités adaptées aux limitations fonctionnelles et en se prononçant sur le droit aux mesures professionnelles. Elle a retenu que si l'assurée disposait peut-être d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en septembre 2010, au vu des précisions apportées par le Dr B_____, cette amélioration n'avait pas duré plus de quelques mois, et l'aggravation survenue début 2011 ne permettait pas de supprimer la rente au

30 novembre 2010. La chambre de céans a pour le surplus confirmé le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, soit CHF 51'727.- en 2009, même s'il était inférieur à celui prévu par la convention collective de travail (CCT) applicable. En effet, l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable qu'elle avait l'intention d'assigner son employeur pour obtenir son dû selon cette CCT.

C. **a.** Dans un rapport du 12 juillet 2013, le Dr B_____ a fixé la capacité de travail de l'assurée à 50 % au plus dans une activité adaptée depuis le mois de février 2011, en raison de douleurs importantes dans les doigts et d'une exacerbation des douleurs à l'épaule gauche.

b. L'OAI a confié une expertise au docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a conclu dans son rapport du 23 mai 2014 à une capacité de travail nulle depuis le 24 décembre 2008 dans l'activité antérieure, et à une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 10 % dès septembre 2010 dans une activité légère sans port de charges au-delà de 5 kg, ni mouvements répétitifs des membres supérieurs, principalement au-delà de l'horizontale. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et un status après acromioplastie de l'épaule droite, le 8 juin 2009. L'assurée présentait également des rachialgies chroniques et un status après cure de doigts à ressaut et synovectomie, sans incidence sur sa capacité de travail.

c. Dans un rapport du 24 novembre 2015, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un trouble anxio-dépressif mixte (F 41.2) depuis 2006 et un probable syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) depuis plusieurs années chez l'assurée, qu'elle suivait depuis décembre 2014. Les restrictions psychiques consistaient en un manque de confiance en soi, des oublis fréquents, ainsi qu'un manque important d'énergie et de motivation. Une activité professionnelle simple et sans responsabilité serait possible de suite à raison de quatre heures par jour.

d. L'OAI a confié une expertise psychiatrique de l'assurée au docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, lequel a exclu toute atteinte psychiatrique et toute incapacité de travail de ce chef dans son rapport du 8 septembre 2016.

e. Le 16 novembre 2017, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010 de CHF 52'728.- (TA1_ l, ligne Total, niveau 1) adapté à la durée normale de travail de 41.6 heures en 2010. Compte tenu d'une capacité de travail de 90 % et d'un abattement de 15 %, le revenu après atteinte à la santé était de CHF 40'337.-. Le revenu sans invalidité était de CHF 52'274.- en 2010, ce qui correspondait au salaire effectif de CHF 51'727.- de 2009 une fois indexé. La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 22.8 %.

f. Par décision du 12 janvier 2018, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et totale avec une diminution de rendement de 10 % dans une activité adaptée dès le 1er septembre 2010. Le degré d'invalidité à cette date était de 23 %. Les conditions subjectives pour des mesures professionnelles n'étaient pas réunies.

g. Dans le cadre de la procédure de recours devant la chambre de céans contre cette décision, l'assurée a notamment produit un rapport du Dr B_____ du 31 août 2018. Ce dernier y a indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs chroniques des épaules et du dos, avec périarthrite de la hanche. La situation médicale avait commencé à changer en avril 2017, avec une aggravation des douleurs lombaires et cervicales et l'installation d'un syndrome diffus, avec des difficultés à monter les escaliers ou à lever le bras. À cette époque, un syndrome inflammatoire majeur avait été mis en évidence, associé à des articulations enflées aux mains, pieds, coudes et genoux. Des bilans immunologiques avaient finalement permis de diagnostiquer une maladie de Sjögren, se manifestant par un état articulaire douloureux chronique ainsi que des sécheresses des muqueuses buccales et oculaires. Le professeur F_____, médecin au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), avait confirmé ce diagnostic au vu d'un tableau classique, avec polyarthrite, syndrome sec et myosite (inflammation des muscles) en décembre 2017. Le pronostic restait incertain et l'assurée était pour l'heure inapte au travail, quel qu'il fût.

h. Dans son écriture du 16 octobre 2018, l'OAI, se référant à un avis de son Service médical régional (SMR), a admis qu'il convenait de retenir une incapacité de travail entière dans toute activité depuis avril 2017 et un degré total d'invalidité dès le 1er avril 2018.

i. Par arrêt du 25 juin 2019 (ATAS/569/2019), la chambre de céans a partiellement admis le recours. Elle a considéré qu'il y avait lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique afin de compléter l'instruction sur les troubles inflammatoires, sur l'évolution de l'incapacité de travail de septembre 2010 à fin mars 2017 en lien avec les troubles organiques, et sur l'effet incapacitant de l'éventuel trouble somatoforme douloureux et des autres troubles psychiques au regard des nouveaux critères développés en la matière par la jurisprudence. Pour le surplus, la chambre de céans a donné acte à l'OAI de ce qu'il reconnaissait à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er avril 2018, et l'y a condamné en tant que de besoin.

D. **a.** Par décision du 11 novembre 2019, l'OAI a refusé de verser une rente d'invalidité à l'assurée à partir du 1er avril 2018, dès lors que la rente de veuve qu'elle percevait était supérieure à la rente d'invalidité qui serait servie, même en tenant compte du supplément de veuvage de 20 %.

b. L'OAI a confié une expertise au Bureau d'expertises médicales (BEM), soit aux docteurs G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ces médecins ont rendu leur rapport le 22 septembre 2020. Ils y ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure depuis le 24 décembre 2008. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50 % depuis le 20 juillet 2020, date de l'examen du Dr G_____. Cet expert a décrit l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée avant son examen en se référant au taux de 90 % retenu par le Dr C_____ depuis septembre 2000 (*recte* 2010), et à l'invalidité totale reconnue depuis le 1er avril 2018. Au plan psychique, la capacité de travail était entière dans toute activité depuis toujours.

c. Le 5 novembre 2020, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, aux termes duquel sa demande était rejetée. L'instruction n'avait révélé aucun élément susceptible de modifier sa position, consistant à retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 90 % (tenant compte d'une diminution de rendement de 10 %) dans une activité adaptée depuis septembre 2010. Le degré d'invalidité obtenu par la comparaison des gains s'élevait à 23 %, conformément à sa précédente décision.

d. Le 9 décembre 2020, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle a affirmé que son invalidité était établie depuis septembre 2010 déjà, ce que ses médecins avaient confirmé.

e. Par décision du 12 janvier 2021, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

E. **a.** Par écriture du 15 février 2021, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et produire des documents médicaux, et principalement à l'annulation de la décision et à ce que son droit à une rente d'invalidité dès le 1er septembre 2010 soit constaté.

b. Dans son complément de recours du 22 avril 2021, la recourante a soutenu que les derniers experts ne pouvaient se prononcer sur la capacité de travail antérieure à leur expertise sur la base des éléments figurant au dossier. Elle a rappelé les rapports médicaux établis à ce sujet notamment par le Dr B_____, dont elle a sollicité l'audition.

c. Dans sa réponse du 19 mai 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a retenu que l'expertise du BEM était suffisamment motivée et permettait d'établir la capacité de travail de la recourante pendant la période déterminante. Il en a rappelé les conclusions, auxquelles le SMR s'était rallié dans son avis du 29 septembre 2020.

d. Par réplique du 30 juin 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a derechef allégué que les experts du BEM ne s'étaient pas déterminés sur l'évolution de sa capacité de travail dans le temps, mais s'étaient contentés de résumer les éléments du dossier. Le SMR et l'intimé n'avaient pas exposé

pourquoi les avis médicaux clairs sur son incapacité de travail n'avaient pas été discutés ni pris en compte, et pour quels motifs ils ne revêtaient pas valeur probante.

e. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé.

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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dans la mesure où le présent recours a été introduit après cette date, cette novelle est applicable (art. 82*a* LPGA a contrario).

3.

3.1 Conformément à l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par une décision ou une décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La notion d'intérêt digne de protection de l'art. 59 LPGA est la même que celle prévue dans la procédure fédérale de recours (ATF 130 V 388 consid. 2.2). L'intérêt digne de protection consiste en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret (ATF 130 V 196 consid. 3).

3.2 En l'espèce, l'admission du recours et la reconnaissance éventuelle du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité pendant la période litigieuse ne lui confèreraient pas le droit au versement d'une telle prestation conformément à l'art. 43 al. 1 LAI, compte tenu du fait qu'elle perçoit une rente de veuve d'un montant supérieur. Il convient néanmoins de relever que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité a force contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle lorsqu'ils sont, comme en l'espèce, associés à la procédure en matière d'assurance-invalidité et en l'absence de dispositions contraires de leur règlement de prévoyance. Des prétentions à l'encontre d'une institution de prévoyance peuvent ainsi suffire à fonder un intérêt digne de protection au sens de l'art. 59 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 et 5.3 pour un cas d'application). La recourante a ainsi un intérêt digne d'être protégé à ce que son droit à la rente pendant la période déterminante soit examiné.

3.3 Le recours ayant pour le surplus été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable (art. 56ss LPGA).

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante du 1er décembre 2010 au 31 mars 2018.

5. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

6.

6.1 Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2).

6.2 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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

6.3 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. Ainsi, lorsqu'au

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

6.4 S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1).

8.

8.1 L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

8.2 L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références). D'éventuelles difficultés linguistiques de la personne assurée constituent de manière générale un facteur étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_231/2020 du 17 juin 2020 consid. 4.1).

8.3 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt

du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b).

9. S'agissant des différents rapports des médecins figurant au dossier, il faut relever ce qui suit.

9.1 En l'espèce, il convient en premier lieu de revenir sur l'appréciation que la chambre de céans a faite des différents documents médicaux dans son arrêt du 25 juin 2019. Elle a en substance retenu que le rapport du Dr C_____ du 23 mai 2014 était partiellement lacunaire. Ce médecin expliquait en effet que son évaluation de la capacité de travail s'écartait de celle du Dr B_____, eu égard à l'absence de limitations d'amplitude des mains et du rachis, mais il ne précisait pas si certains éléments rapportés en janvier 2013 par le Dr B_____ permettaient de retenir une limitation de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en février 2011, ni l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2011. Il n'expliquait pas davantage pourquoi il ne retenait pas les diagnostics de périarthrite de la hanche, ni d'épicondylite et d'épitrochléite aux coudes. Pour le surplus, son expertise prenait en compte l'anamnèse, les plaintes de la recourante et son examen clinique, et elle concordait pour l'essentiel avec les diagnostics retenus par le Dr B_____. Toutefois, le diagnostic de maladie de Sjögren posé en avril 2017 justifiait de vérifier si les autolimitations constatées par l'expert lors de son examen du 21 mai 2014 n'étaient pas en réalité explicables par un début de cette maladie rare, qui ne pouvait être diagnostiquée que par des examens poussés. En effet, aucun rapport médical ne donnait d'explications sur son étiologie et sur d'éventuels symptômes précurseurs, notamment un état douloureux latent tel que le syndrome douloureux constaté par l'expert en mai 2014. Il n'était pas exclu que la recourante présente une incapacité de travail partielle, voire entière, dans toute activité déjà avant le 1er avril 2017 en lien avec cette maladie, respectivement avec les autres troubles diagnostiqués. Une instruction médicale complémentaire était nécessaire sur ces points. Quant à l'expertise du Dr E_____ du 8 septembre 2016, elle était incomplète, voire contradictoire, et comportait bon nombre de tournures à connotation subjective relevant de jugements de valeur. Elle ne correspondait en outre pas aux nouvelles exigences dégagées par la jurisprudence en matière d'expertises psychiatriques.

S'agissant des rapports du Dr B_____, si la chambre de céans ne s'est pas expressément prononcée sur ce point, il est implicite qu'elle ne leur a pas reconnu une pleine force probante, puisqu'elle n'aurait pas exigé de nouvelle expertise si ces pièces suffisaient à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'incapacité de travail alléguée. Il est indéniable que ces rapports ne peuvent se voir nier toute valeur, comme l'a admis la chambre de céans dans son arrêt du 16 avril 2013, qui les y avait qualifiés de nuancés et motivés. Cela étant, ces rapports ne contiennent pas tous les éléments formels nécessaires selon la

jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, dans son rapport de juillet 2013, le Dr B_____ retient une amplification des douleurs alors même que les diagnostics ne se sont pas modifiés dans l'ensemble, de sorte que la diminution de la capacité de travail de ce chef est insuffisamment motivée. Conformément à la jurisprudence, il faut en outre tenir compte de la relation thérapeutique entre un médecin traitant et son patient dans l'appréciation des rapports médicaux.

9.2 En ce qui concerne la nouvelle expertise bidisciplinaire mise en œuvre par l'OAI, on relèvera qu'elle répond aux réquisits de forme en la matière et aux nouvelles exigences relatives aux expertises psychiatriques dégagées par la jurisprudence. Elle a été établie en parfaite connaissance du dossier médical et administratif de la recourante. L'expert rhumatologue s'est procuré en sus les rapports du Pr F_____ et s'est entretenu avec le Dr B_____. L'anamnèse a été recueillie de manière complète, et la recourante a été interrogée sur ses plaintes, dont les experts ont tenu compte dans l'appréciation de sa capacité de travail. Le Dr G_____ et la Dresse H_____ ont procédé à des examens cliniques poussés dont ils ont détaillé les résultats, et la recourante était assistée d'un interprète pour le volet psychiatrique. Les diagnostics posés sont clairs et les experts ont répondu aux questions qui leur étaient posées de manière convaincante.

9.2.1 Au plan psychiatrique, la Dresse H_____ a exclu tout diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Cette psychiatre a retenu que la recourante présentait en revanche une anxiété généralisée (F 41.1) évoluant depuis le début de son mariage, et bien stabilisée. Elle n'avait pas d'autres plaintes psychiques, et la psychiatre ne constatait pas de symptômes dans ce sens. Si la recourante évitait la foule, elle était active au quotidien. Elle était entourée par ses enfants. Elle allait à l'église, et appréciait la lecture et la musique. Elle avait décrit de nombreux traumatismes dans sa vie, qu'elle avait su dépasser. Elle se plaignait d'un syndrome douloureux chronique évoluant depuis de nombreuses années. La Dresse H_____ a détaillé les critères diagnostiques d'un syndrome douloureux somatoforme persistant pour conclure qu'ils n'étaient pas réalisés. Un épisode dépressif rapporté en 2005, lié à une alopécie, avait été sévère selon les souvenirs de la recourante, qui le considérait comme une conséquence du stress vécu alors. Ces symptômes n'étaient toutefois plus d'actualité. S'agissant du rapport de novembre 2015 de la Dresse D_____, l'experte a exposé qu'il était peu précis et ne tenait pas compte des autres diagnostics. En effet, l'existence d'une atteinte à l'origine des plaintes douloureuses excluait un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Quant aux troubles anxieux, que la Dresse H_____ avait également relevés, ils n'avaient pas exigé une prise en charge psychiatrique soutenue. La Dresse D_____ décrivait une incapacité de travail en raison de limitations fonctionnelles qui pouvaient être en lien avec les troubles douloureux et ne représentaient pas des limitations médico-théoriquement incapacitantes d'un point de vue strictement psychiatrique. La recourante n'avait en outre plus de suivi au

plan psychiatrique, son antidépresseur étant prescrit par le rhumatologue traitant. Partant, la Dresse H_____ a exclu toute incapacité de travail en raison d'une atteinte psychique, depuis toujours.

Son expertise, qui se détermine sur les éléments médicaux d'ordre psychique mentionnés par les autres médecins, est convaincante. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de ses conclusions, et la recourante ne soulève du reste aucune critique concrète à son endroit.

9.2.2 Dans le volet rhumatologique, le Dr G_____ a rapporté que la recourante présentait des douleurs digitales, des poignets et « partout », en particulier des épaules, de la fesse et du pli inguinal gauches, et du membre inférieur droit avec des paresthésies, y compris de la région plantaire. Elle présentait une raideur matinale d'environ 3 heures et des douleurs nocturnes. Son périmètre de marche était limité à environ 30 minutes. Elle se sentait fatiguée toute la journée. En raison d'une sécheresse des yeux, elle devait appliquer des larmes artificielles ; elle avait la bouche sèche, et devait souvent boire de l'eau. L'examen clinique retrouvait notamment une limitation de la mobilité lombaire dans tous les plans, de la mobilité des deux épaules sans limitation de la rotation externe, mais ni synovites digitales ni ténosynovites. Les ressources de la recourante lui permettaient d'assumer son ménage. Ses difficultés étaient algiques, elle était également fatiguée. Un traitement antalgique simple par paracétamol était prescrit actuellement, et les manifestations de la maladie de Sjögren étaient partiellement contrôlées par le traitement. L'expert a rappelé qu'un syndrome inflammatoire avait été mis en évidence en avril 2017. On constatait à l'époque une tuméfaction articulaire des mains, pieds, coudes et genoux, et une sécheresse buccale et oculaire. Les examens avaient alors confirmé le diagnostic de syndrome de Sjögren. En comparaison avec les constatations du Pr F_____ dans ses rapports des 2 février et 16 mai 2018, soit notamment des tuméfactions modérées de plusieurs articulations métacarpo-phalangiennes, l'anamnèse révélait que l'état de la recourante s'était amélioré depuis l'introduction d'un traitement de CellCept®. Il n'y avait pour l'heure plus d'anomalie à l'examen digital, on notait en particulier l'absence de synovites des articulations. La protéine C réactive était dans les normes. À défaut d'informations depuis le 31 août 2018, date du dernier rapport du Dr B_____, le Dr G_____ datait cette amélioration clinique au jour de son examen, soit en juillet 2020.

L'expert a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de Sjögren primaire (M 35.0), et de syndrome sous-acromial bilatéral sur status après acromioplastie pour déchirure du supra-épineux droit en juin 2019 et tendinopathie calcifiante du sus-épineux gauche (M 75). Les diagnostics non incapacitants étaient un discret syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs sur discopathie (M 51.8), une discrète rhizarthrose droite (M 19.94), un status après cure du 3ème doigt droit à ressaut le 20 janvier 1994 et après cure du 4ème doigt droit à ressaut le 6 septembre 2011

(M 65.34) et un status après cure de tunnel carpien droit en 2003 et gauche 12 ans plus tôt environ (G 56.0). Il n'y avait actuellement pas d'arguments cliniques pour une cirrhose biliaire primitive, pas plus que pour une myosite active associée au syndrome sec.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr G_____ s'est rallié aux limitations fonctionnelles établies en 2014 par le médecin du SMR, soit pas d'activité lourde, limite de port de charges à 5 kg, pas de travail avec des mouvements répétitifs des membres supérieurs ou au-delà de l'horizontale. Il y a ajouté les activités nécessitant une importante force de préhension. Dans l'exercice d'une activité respectant ces limitations, il évaluait la capacité de travail à 50 % dès la date de son examen, soit le 20 juillet 2020, sans diminution de rendement. Cette capacité de travail était susceptible de s'améliorer. Une réévaluation était préconisée dans un à deux ans. La capacité de travail était réduite en raison de la fatigue encore présente, accompagnée d'un syndrome sec actif, et des arthralgies.

À la question de savoir si la maladie de Sjögren pouvait déjà se manifester entre 2010 et 2017, l'expert a exposé que ce diagnostic reposait sur des critères reconnus. Le syndrome sec pouvait s'accompagner, entre autres de manifestations systémiques, et en particulier, chez 15 à 30 % des patients, d'une arthrite symétrique non érosive. Le Dr B_____ avait décrit dans son rapport du 31 août 2018 que « la situation [commençait] à changer en 2017 », et il n'y avait aucun indice pour un syndrome sec ni pour une maladie rhumatismale inflammatoire avant cette date, au vu des rapports antérieurs du rhumatologue traitant et de l'expertise du Dr C_____ en 2014. Le Dr G_____ a en outre précisé, en réponse à la mission d'expertise, que les affections traitées de manière autonome durant cette période n'étaient pas des manifestations du syndrome de Sjögren, car elles relevaient de problèmes musculo-ligamentaires et rachidiens d'origine dégénérative.

L'expert rhumatologue s'est prononcé en ces termes sur l'évolution de la capacité de travail depuis le dépôt de la demande : « *Le [1er juillet 2009] une demande de prestations [d'invalidité] a été déposée. Une [capacité de travail (dans une activité adaptée)] a été évaluée à 90 % dès [septembre 2000]* (recte *2010) par l'expertise du Dr C_____ du [23 mai 2014]. Un degré d'invalidité de 100 % dès le [1er avril 2018] a été reconnu. Finalement, nous évaluons la [capacité de travail] à 50 % depuis la réalisation de notre expertise, [le 20 juillet 2020]* ».

Au plan rhumatologique, l'expertise du BEM doit également se voir reconnaître valeur probante. Le Dr G_____ a en effet détaillé ses observations, qu'il a émaillées de références à la littérature médicale, et ses réponses sont motivées, notamment s'agissant de l'apparition du syndrome de Sjögren.

9.2.3 En ce qui concerne en particulier l'évolution de la capacité de travail depuis 2010, la recourante a fait valoir dans son complément de recours du 22 avril 2021 que le Dr G_____ ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail antérieure à

son expertise sur la base des éléments figurant au dossier, alors que les rapports détaillés du Dr B_____ confirmaient une incapacité de travail dans toute activité, notamment ceux établis en 2010. Elle a pour le surplus affirmé que les indications du dernier expert ne pouvaient être comprises comme une reprise des conclusions du Dr C_____, et qu'elles ne convaincraient pas si tel était leur sens. En effet, la chambre de céans avait estimé que l'expertise du Dr C_____ ne permettait pas d'établir la capacité de travail pour la période pertinente.

La recourante ne peut être suivie sur ce point. S'il est vrai que la formulation de la conclusion du Dr G_____ n'est pas totalement dénuée d'équivoque, elle ne peut être comprise autrement qu'en ce sens que cet expert se rallie à l'appréciation du Dr C_____. Cette analyse s'impose également eu égard au contexte de la mise en œuvre de cette nouvelle expertise et des autres réponses amenées par le Dr G_____. En effet, il faut rappeler que la chambre de céans a exigé un complément d'instruction essentiellement pour déterminer si le syndrome de Sjögren diagnostiqué en 2017 avait déjà pu déployer des effets en 2014 et expliquait certaines douleurs à cette époque. Elle n'a toutefois pas dénié toute valeur probante à l'expertise rhumatologique réalisée en 2014. Les explications du Dr G_____ – qu'aucun élément objectif ne permet de mettre en doute – sont claires à ce sujet, et il expose en se référant au changement que le Dr B_____ a daté de 2017 que c'est à cette période que cette pathologie s'est déclarée. Il explique que les précédentes atteintes évoquées ne lui étaient pas imputables au vu de leur origine dégénérative. Le fait que la chambre de céans n'ait pas reconnu une pleine valeur probante aux conclusions du Dr C_____, notamment en raison de la maladie diagnostiquée postérieurement à son expertise, qui aurait pu expliquer rétrospectivement l'augmentation des douleurs signalées en janvier 2013 par le Dr B_____, ne signifie pas que l'appréciation de l'expert rhumatologue en 2014 ne puisse être confirmée par une nouvelle expertise établie sur la base de l'ensemble des éléments médicaux découverts par la suite, en particulier des constatations cliniques faites dans l'intervalle. La recourante affirme en outre que le Dr G_____ ne pouvait en toute hypothèse pas se contenter de reprendre le rapport d'expertise de 2014 sans discuter les autres éléments médicaux à disposition. Cette argumentation tombe cependant à faux. En effet, le Dr G_____ a non seulement pris connaissance des indications du rhumatologue traitant, il s'est également entretenu avec lui et a obtenu des informations complémentaires ressortant des rapports établis par le Pr F_____. Il s'est fondé notamment sur ces éléments pour confirmer la date d'apparition du syndrome de Sjögren, de sorte qu'on ne saurait considérer qu'il les a simplement ignorés et qu'il s'est contenté de reprendre l'évaluation de la capacité de travail par le Dr C_____ sans procéder à une appréciation autonome, mais bien plutôt qu'il conclut que ladite évaluation n'était pas erronée au vu des découvertes médicales postérieures. S'agissant du fait que les rapports du Dr B_____ établissent une incapacité de travail totale pendant toute la période litigieuse, comme l'affirme la recourante, on a déjà vu que ces rapports ne sont pas

formellement en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels et n'y suffisent donc pas.

9.2.4 Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans se ralliera aux conclusions des experts s'agissant de l'évolution de la capacité de travail de la recourante. Il y a ainsi lieu d'admettre que la recourante présente depuis septembre 2010 une capacité de travail dans une activité adaptée de 90 % en raison de la diminution de rendement. Partant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans ne donnera pas suite à la demande d'audition du Dr B_____.

10. En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, la chambre de céans a déjà confirmé en 2013 qu'il n'était pas critiquable que l'intimé ait retenu au titre de revenu avant l'atteinte à la santé le salaire d'ouvrière effectivement perçu par la recourante, quand bien même il était inférieur au salaire minimal applicable selon la CCT. On ne saurait revenir ici sur cette analyse, en l'absence de démarches démontrant que la recourante a tenté d'obtenir que son salaire soit ajusté au barème conventionnel. Quant au revenu après invalidité, que l'intimé a fixé sur la base de l'ESS 2010 en référence au revenu tiré d'une activité simple et répétitive pour une femme dans (soit CHF 4'225.- par mois pour 40 heures par semaine), il a également été établi de manière conforme à la jurisprudence rappelée ci-dessus. L'abattement de 15 % tient en outre compte des limitations fonctionnelles de la recourante.

Partant, le degré d'invalidité de 22.8 %, arrondi selon les règles mathématiques à 23 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), auquel est parvenu l'intimé en comparant les revenus avant et après invalidité, doit être confirmé. Ce taux n'ouvrant pas droit à une rente, il y a également lieu de confirmer la décision de l'intimé en tant qu'elle nie le droit à cette prestation dès le 1er décembre 2010, soit trois mois après que la recourante a recouvré une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée, conformément à l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201).

11. Le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), la recourante supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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