

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2148/2024

ATAS/502/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 juin 2025**

**Chambre 16**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représentée par Me Arnaud MOUTINOT, avocat

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,  
juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

- A.**   **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1968, d'origine croate, est arrivée en Suisse en mars 2012.
- b.** Dès 2014, elle a travaillé en tant que femme de chambre auprès de B\_\_\_\_\_.
- B.**   **a.** L'assurée a été en incapacité de travail totale du 16 décembre 2016 au 26 mars 2017 puis à 50% du 27 mars au 22 août 2017. Dès le 23 août 2017, sa capacité de travail était à nouveau entière.
- b.** Le 13 septembre 2017, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) d'une première demande de prestations, en raison d'une atteinte à la jambe gauche, présente depuis 2014.
- c.** Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a rassemblé diverses pièces et notamment le rapport du 25 août 2017 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, membre FMH, qui a examiné l'assurée à la demande de l'assurance perte de gain. Il en ressort que pour le médecin précité, le diagnostic était celui de douleurs chroniques de l'humérus et de la péri-hanche gauche. La capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle de femme de chambre, avec tout au plus une diminution de rendement estimée à 10% vu l'activité exercée qui pouvait être qualifiée de lourde. Le Dr C\_\_\_\_\_ était toutefois plus réservé quant à l'intensité de la symptomatologie douloureuse, laquelle pouvait s'inscrire dans le cadre d'une comorbidité psychologique associée, pour laquelle il n'était pas compétent.
- d.** Par décision du 19 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 13 septembre 2017, l'assurée ne présentant pas une année complète d'incapacité de travail.
- C.**   **a.** En juin 2022, l'assurée a saisi l'OAI d'une deuxième demande de prestations, en raison de douleurs dorsales, existant depuis septembre 2021.
- b.** Après avoir rassemblé divers rapports, l'OAI a mandaté le centre médical d'expertises CEMEDEX SA (ci-après : CEMEDEX), soit pour lui les docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, pour une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

Dans leur rapport du 22 décembre 2023, les médecins précités ont retenu les diagnostics de douleurs basses sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie et arthrose postérieure (M54.5), douleurs cervicales sur discopathie cervicale simple, sans irradiation dans les membres supérieurs (M54.2), maladie de Scheuermann avec hernie de Schmorl (M42.0), douleurs de l'épaule gauche sur tendino-bursite non fissuraire de la coiffe des rotateurs (M75.1), douleurs périrochéennes gauches en rapport avec une tendinite du tenseur du *fascia lata* (M76.0) et trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome

somatique (F33.00). Ces atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'efforts de soulèvement au-delà de 5kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charges proches du corps limité à 5kg, pas de montées d'escaliers répétées, pas d'efforts du membre supérieur gauche au-delà de la ligne des épaules (sur le plan rhumatologique) ; pas d'activité impliquant la prise de décision immédiate ou le traitement d'informations simultanées en raison d'une sensibilité au stress et fatigue (sur le plan psychiatrique). Par ailleurs, la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était la suivante : 0% du 16 décembre 2016 au 26 mars 2017, 50% du 27 mars au 24 août 2017, 100% dès le 25 août 2017, 80% avec une baisse de rendement de 20% dès juin 2021 (pour raisons psychiatriques) et 0% depuis août 2021 (pour raisons rhumatologiques). Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était entière jusqu'à juin 2021, puis de 80% depuis lors pour raisons psychiatriques.

**c.** Par décision du 22 mai 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 9 mai 2022, la comparaison des revenus ayant conduit à un degré d'invalidité de 23%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et n'étaient pas de nature à réduire le dommage.

- D. a.** Le 24 juin 2024, sous la plume de son conseil, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée, concluant, préalablement, à son audition, à l'apport du dossier de l'OAI, notamment d'un rapport de la docteure F\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2023 évoqué dans l'expertise du CEMEDEX, et à la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique, ainsi que, principalement, à l'annulation de la décision querellée et, cela fait, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

Il existait des incohérences dans le volet psychiatrique de l'expertise du CEMEDEX. Dans tous les cas, l'activité adaptée aux nombreuses limitations fonctionnelles évoquées par les experts n'existait pas.

À l'appui de ses conclusions, elle a notamment produit un rapport établi le 3 juin 2024 par son psychiatre traitant, le docteur G\_\_\_\_\_.

**b.** L'office intimé a répondu en date du 14 août 2024 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Ni les incohérences relevées par la recourante ni le rapport du psychiatre ayant suivi la recourante entre le 22 novembre 2019 et le 12 juin 2020, transmis en annexe au recours, ne permettaient de remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise. En outre, le service de réadaptation avait considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées ni de nature à réduire le dommage, dès lors que la recourante n'envisageait pas de reprendre une quelconque activité professionnelle au vu de sa situation psychosociale. Enfin, vu

les limitations fonctionnelles restreintes de la recourante, une activité légère demeurerait exigible, dans le contrôle qualité par exemple.

**c.** Le 8 novembre 2024, la recourante a produit des déterminations, en annexe desquelles figurait un rapport, non signé, établi par un médecin, dont l'identité n'a pas été indiquée, travaillant au sein du service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

**d.** Le 3 décembre 2024, se référant à un avis du service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR) daté du 2 décembre 2024, joint, l'office intimé a persisté dans ses précédentes conclusions.

**e.** Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

- 1.** **1.1** 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.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

- 2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur la question d'une éventuelle aggravation de son état de santé postérieure à la décision rendue le 19 mars 2018 susceptible de lui ouvrir droit à des prestations, ce qui pose la question de la valeur probante de l'expertise du CEMEDEX.
- 3.** **3.1.** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

3.1 En l'occurrence, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit serait né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. 4.1 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante (al. 4) :

taux d'invalidité	quotité de la rente
49%	47.5%
48%	45%
47%	42.5%
46%	40%
45%	37.5%
44%	35%
43%	32.5%
42%	30%
41%	27.5%
40%	25%

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).

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

- 5. 5.1** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

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

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est

inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C\_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

**5.3** Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 ; 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1).

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).

- 6. 6.1** Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la demande de révision. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

Tout changement important des circonstances propre 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 ; 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b).

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 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

**6.2** L'incapacité de gain peut s'aggraver par la survenance d'une nouvelle maladie ou par la détérioration de l'atteinte préexistante ainsi que par un changement de statut de l'assuré (ch. 4007 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]), dans sa teneur en vigueur au cours de la période litigieuse).

**7. 7.1** 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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes, d'une part, et du potentiel de compensation (ressources), d'autre part –, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

**7.2** 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

**7.2.1** 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 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**7.2.2** Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**7.2.3** En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

**7.2.4** 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).

- 8. 8.1** 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 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).

**8.2** De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1).

**8.3** Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n° 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

- 9. 9.1** En l'espèce, en septembre 2017, la recourante a déposé une première demande de prestations en raison d'une atteinte à la jambe gauche. Aucune atteinte psychique n'était alors évoquée. Par décision du 19 mars 2018, l'OAI a nié le droit à toute prestation, la recourante ayant recouvré une pleine capacité de travail en août 2017, de sorte qu'elle ne pouvait justifier d'une incapacité de travail pendant un an.

En juin 2022, la recourante a saisi l'OAI d'une deuxième demande de prestations, cette fois en raison de douleurs dorsales, présentes depuis septembre 2021. À nouveau, aucune atteinte psychique n'était évoquée. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a mandaté le CEMEDEX pour expertise.

Sur la base des conclusions des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, l'OAI a rejeté la demande de prestations du mois de juin 2022.

La recourante conteste, à tout le moins implicitement, la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 22 décembre 2023, en le critiquant sur plusieurs points.

C'est donc la valeur probante du rapport précité qu'il convient d'examiner dans un premier temps.

**9.2** À cet égard, force est de constater que sur le plan formel, le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2023 répond, de prime abord, aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, semblent claires et bien motivées.

Sur le fond, l'expert psychiatre a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00), lequel se traduisait par une baisse d'intérêt, une perte d'élan vital, une humeur triste ainsi que des troubles de la concentration et du sommeil. En revanche, il a exclu un trouble de l'adaptation, un état de stress post-traumatique, une anxiété généralisée, une agoraphobie, un trouble panique, une addiction, un syndrome douloureux somatoforme ainsi qu'un trouble de la personnalité paranoïaque, anankastique, évitante, dépendante ou encore émotionnellement labile et en a expliqué les raisons (rapport d'expertise du 22 décembre 2023 p. 19 et 20). En raison de ce trouble dépressif, seule une activité sans prise de décision immédiate et sans traitement d'informations simultanées était envisageable, dès lors que la recourante présentait une sensibilité au stress et une fatigue. La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était de 80% avec une diminution de rendement de 20% dès juin 2021. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était entière jusqu'à juin 2021, puis de 80% depuis lors.

**9.3** Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été

ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

À titre liminaire, la chambre de céans constate que la recourante n'a pas fourni de rapport émanant de son psychiatre traitant critiquant les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ malgré ce qu'elle a annoncé dans ses déterminations des 13 mai et 8 novembre 2014. En particulier, le rapport du 5 septembre 2024, produit en annexe aux dernières déterminations, qui a été rédigé par un médecin dont l'identité et la spécialisation ne sont pas connues, porte principalement sur les atteintes somatiques, dont les répercussions sur la capacité de travail n'ont pas été critiquées par la recourante. En tout état, la possible capsulite rétractile évoquée dans ce rapport du 5 septembre 2024 constitue, si elle est confirmée, une aggravation sur le plan somatique, postérieure à la décision querellée, de sorte qu'elle ne saurait être prise en considération pour examiner le bien-fondé du refus de l'OAI. Au demeurant, la recourante ne s'y réfère à juste titre pas.

Cela étant précisé, s'agissant des critiques de la recourante, il peut être relevé ce qui suit.

La recourante reproche, tout d'abord, à l'expert d'être régulièrement en contradiction avec les constatations de ses médecins traitants. À cet égard, il y a lieu de rappeler qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration 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, ce qui n'a pas été le cas comme cela a été relevé *supra*. En tout état, l'expert psychiatre a détaillé les motifs pour lesquels il n'avait pas retenu les diagnostics d'anxiété généralisée, d'anxiété constante ou de trouble panique (rapport d'expertise p. 20) évoqués par la psychiatre traitante dans ses rapports établis antérieurement à l'expertise.

La recourante allègue, ensuite, que les considérations de l'expert en lien avec l'humeur, les angoisses ou encore son état de stress (recours p. 24) comportent des contradictions. La chambre de céans ne saurait toutefois suivre la recourante sur ce point, dès lors que ses critiques portent en réalité sur des éléments relatés dans l'anamnèse. Or, cette partie retranscrit les déclarations de la recourante qui elle-même a pu faire des remarques contradictoires. D'ailleurs, elle ne conteste pas avoir tenu de tels propos.

La recourante reproche également à l'expert de ne pas avoir retenu de ralentissement psychomoteur et d'anhédonie (recours p. 25). Le ralentissement

psychomoteur est défini comme une lenteur, touchant à la fois la motricité (bradykinésie) et la pensée (bradyphrénie ; cf. Carine WANG-BUCHOLZER/Anita BARBEY et François VINGERHOETS, Fatigue et ralentissement psychomoteur in Revue Medicale Suisse 2017 ; 13 : 2006-8). Dès lors que l'expert psychiatre n'a pas constaté de lenteur liée à la motricité, ce qui n'est au demeurant pas contesté par la recourante, il est cohérent qu'il ne retienne pas de ralentissement psychomoteur même s'il a considéré que la fluidité idéique était un peu ralentie. Quant à l'anhédonie, elle est définie comme un déficit dans la capacité à éprouver du plaisir (cf. <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php>). Ainsi, considérer que la recourante ne souffre pas d'anhédonie, dès lors qu'elle ressent encore du plaisir à s'occuper de ses plantes, à se promener ou encore à aller à la piscine n'est pas non plus critiquable.

Quant à la remarque en lien avec la stabilité aux autres (recours p. 25), elle s'inscrit dans un contexte particulier, soit l'analyse des critères pour retenir un trouble de la personnalité émotionnellement labile (rapport p. 20). Cette remarque ne saurait dès lors être sortie de son contexte pour être mise en rapport avec les constatations d'ordre général sur les relations sociales.

Enfin, la recourante reproche à l'expert de ne pas avoir retenu de trouble somatoforme douloureux. Force est toutefois de constater que le propre psychiatre traitant de la recourante n'a pas évoqué un tel diagnostic dans ses rapports des 30 novembre 2022 et 27 juillet 2023. Cette critique ne saurait donc pas non plus être prise en considération pour remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise.

En revanche, la chambre de céans constate qu'il est question d'un séjour à la Clinique de Montana entre fin janvier et début mars 2023 pour une convalescence physique et psychique (cf. expertise p. 20 et rapport de la Dre F\_\_\_\_\_ du 27 juillet 2023). Or, le dossier soumis à l'expert psychiatre ne comporte aucun rapport établi suite à ce séjour de plus d'un mois et l'expert ne semble pas avoir demandé une copie dudit rapport. En outre, comme cela a déjà été relevé par la recourante dans ses déterminations du 13 mai 2024 et dans son recours du 24 juin 2024, le Dr D\_\_\_\_\_ évoque un courrier de la Dre F\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2023 (cf. rapport d'expertise p. 21), mais ce document ne figure pas au dossier, malgré les demandes répétées du conseil de la recourante.

Vu l'absence du rapport établi consécutivement au séjour à la Clinique de Montana et du courrier précité de la Dre F\_\_\_\_\_, le dossier est lacunaire. On peut donc s'interroger sur la fiabilité des conclusions de l'expertise psychiatrique, dès lors que celles-ci ont été rendues sur la base d'un dossier incomplet.

Aussi, en l'état, la chambre de céans ne saurait se fier à l'expertise du CEMEDEX pour apprécier la validité de la décision de refus de l'intimé.

Se pose donc la question d'une instruction complémentaire. L'opportunité d'une telle mesure dépendra toutefois des conclusions de l'OAI quant à l'existence d'une activité adaptée, comme cela ressort des considérations qui suivent.

- 10. 10.1** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

**10.2** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). 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 d'une 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 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

**10.3** Ont notamment été considérées, par le Tribunal fédéral ou les offices de l'assurance-invalidité, comme étant des activités légères, ne requérant pas de formation particulière : les tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle ou encore les tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.3), les activités de vendeur/caissier dans un kiosque (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_474/2016 du 8 février 2017 ; 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 ; 9C\_502/2014 du 5 septembre 2014), les activités dans le domaine du bureau, réceptionniste, caissier en kiosque ou en station-service (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_474/2016 du 8 février 2017 ; 9C\_502/2014 du 5 septembre 2014), les emplois sur une chaîne de montage en position assise, les métiers de gardien de musée, de surveillant de parking, de vendeur de billets (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_21/2008 du 29 septembre 2008), les professions d'auxiliaires dans un magasin, dans une entreprise de lavage de voitures ou de gardien (de musée, de parking, sur un chantier, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 836/02 du 14 février 2003), ou encore les métiers de surveillants de chantier, gardiens de musée, portiers, chauffeurs de taxi, opérateurs sur machines, garçons de course ou encore ouvriers à l'établi pour des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 482/00 du 21 mai 2001).

**10.4** Le Tribunal fédéral a été amené à examiner à plusieurs reprises le caractère réaliste des activités adaptées envisageables.

Notre Haute Cour a ainsi considéré, dans un arrêt 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 que les limitations fonctionnelles présentées par une assurée, souffrant de lombosciatalgies gauches irritatives L5 sur hernie intraforaminale L5-S1 gauche (pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon répétitive ou contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, diminution du périmètre de marche à 20 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, possibilité d'alterner les positions assise/debout au minimum deux fois par heure [de préférence à sa guise], pas d'activité en terrain instable, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'exposition à des machines ou outils provoquant des vibrations de 5 Herz ou moins) représentaient des mesures classiques d'épargne lombaire en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie susmentionnée. Pour le Tribunal fédéral, il convenait néanmoins d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées auxdites limitations et accessibles sans aucune formation particulière (consid. 4).

Dans un autre arrêt, le Tribunal fédéral a également considéré qu'il y avait suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes ne pouvant exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du

fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains. De tels emplois existent également dans les entreprises liées à la production, raison pour laquelle le Tribunal fédéral a jugé qu'une restriction du marché du travail à considérer ne s'imposait pas au secteur des services (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4 et les références).

En revanche, dans l'arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008, le Tribunal fédéral a estimé qu'une assurée qui devait éviter le port de charges supérieures à 1 kg et les mouvements de bras au-dessus de l'horizontale et ne disposait que d'une force de préhension et de serrage limitées, ne pourrait pas travailler dans le secteur de la vente. Il en allait de même des tâches de vérification ou de contrôle (par exemple de machines automatiques utilisées dans le travail à la chaîne) qui supposaient le maintien d'une même position pendant une certaine durée, ce qui était difficilement compatible avec la restriction mise en évidence par les médecins au niveau de la nuque. Enfin, les empêchements au niveau des bras et des mains limitaient également l'action de l'assurée sur des objets ou machines dont elle devrait contrôler la destination ou le fonctionnement. Quant à l'activité de surveillance proprement dite – exceptée celle de gardien de musée –, elle impliquait dans la plupart des situations la faculté de réagir physiquement à un imprévu (emploi de la force ou courir après quelqu'un), dont l'assurée était dépourvue. Le Tribunal fédéral avait donc considéré qu'il n'y avait pas d'activité adaptée à l'état de santé de l'assurée (consid. 5.3).

De même, dans un arrêt 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010, le Tribunal fédéral a considéré que compte tenu des limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive, pas de travail nécessitant le port de charges avec respiration bloquée et activité en force, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise et debout, diminution du périmètre de marche à environ 20 minutes, pas de marche sur terrain instable, ni de montées ou descentes d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie, pas d'activité requérant un rendement imposé au niveau des membres supérieurs ou la pince pouce-index au niveau du membre supérieur droit contre résistance, pas d'activité minutieuse au niveau du membre supérieur droit), on devait admettre que, même en prenant en considération le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, les possibilités d'un emploi adapté aux importantes limitations (en particulier au niveau des membres supérieurs) de l'assuré n'apparaissaient pas suffisantes pour qu'il put mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique dans une mesure significative (consid. 3 et 4.2.4).

Enfin, le Tribunal fédéral a considéré, dans un arrêt 9C\_984/2008 du 4 mai 2009, que l'assuré, qui souffrait d'une personnalité *borderline* et qui avait besoin de pouvoir fonctionner de manière parfaitement autonome et en dehors de toute

pression extérieure, dans un environnement protégé et confiné, ne pouvait offrir ce que l'on est en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés de normaux. Bien plus, notre Haute Cour a rappelé qu'à la différence de simples fluctuations conjoncturelles (arrêt du Tribunal fédéral I 198/76 du 4 octobre 1976 consid. 2 in RCC 1977 p. 206), les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il y a lieu de tenir compte en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 436/92 du 29 septembre 1993 consid. 4c et 5b). La structure actuelle du marché du travail n'offrait plus les conditions qui permettaient encore à une personne comme l'assuré, à l'aube des années nonante, de trouver un emploi et d'exercer par intermittence une activité lucrative. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pesaient sur les salariés qui devaient désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et, partant, montrer des facultés d'adaptation importantes. Si le marché du travail présentait par le passé une souplesse suffisante permettant, tant bien que mal, d'intégrer en son sein l'assuré, la nature et l'importance du trouble de la personnalité constituait, au regard des conditions actuelles du marché du travail, des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative salariée.

- 11.** En l'espèce, selon l'expertise du CEMEDEX, les limitations fonctionnelles sont en l'état les suivantes, étant précisé que d'autres limitations pourraient venir s'y ajouter suite à l'instruction complémentaire à mener :
- du point de vue rhumatologique : pas d'efforts de soulèvement au-delà de 5kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charges proche du corps limité à 5kg, pas de montée d'escaliers répétée, pas d'efforts du membre supérieur gauche au-delà de la ligne des épaules ;
  - du point de vue psychiatrique : pas d'activités avec prise de décision immédiate ou traitement d'informations simultanées vu la sensibilité au stress ; fatigue.

Vu les limitations fonctionnelles retenues, seules des activités simples et répétitives sont susceptibles d'entrer en considération à titre d'activités adaptées.

La chambre de céans voit toutefois mal comment une assurée qui ne peut exercer une activité avec prise de décision immédiate ou traitement d'informations simultanées pourrait effectuer des activités de surveillance, lesquelles sont susceptibles d'impliquer, comme l'a retenu le Tribunal fédéral, la faculté de réagir physiquement à un imprévu, soit, en d'autres termes, de prendre une décision immédiate. Il en va de même des tâches de bureau, de réceptionniste, de vérification ou de contrôle, des activités dans le secteur de la vente, en tant qu'ouvrière en usine, à l'établi, voire sur une chaîne de montage, en tant qu'opératrice sur machines ou encore des tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques, lesquelles

supposent toutes des prises de décisions immédiates, le traitement d'informations simultanées ou encore le port de charges.

Au vu des considérations qui précèdent, se pose la question de l'existence de suffisamment d'activités simples et répétitives adaptées aux limitations fonctionnelles, essentiellement psychiques. La chambre de céans est d'avis que, dans un cas aussi particulier et compte tenu de ces limitations fonctionnelles, l'OAI aurait dû déterminer si la recourante était concrètement encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente (cf. supra). Or, de toute évidence, l'intimé n'a pas procédé à cet examen. C'est pourquoi la chambre de céans lui renverra la cause afin qu'il détermine les activités concrètement envisageables au vu de la situation particulière de la recourante et des limitations fonctionnelles retenues. Si l'office intimé devait arriver à la conclusion qu'il en existe suffisamment, un complément d'expertise devra être ordonné pour combler les lacunes constatées précédemment (consid. 9.3). En revanche, si l'OAI devait arriver à la conclusion qu'il n'existe pas suffisamment d'activités raisonnablement envisageables, une rente entière devra être accordée à la recourante et une instruction médicale complémentaire s'avérera superflue.

- 12.** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision querellée est annulée. La cause est par ailleurs renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire quant à l'existence de suffisamment d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles retenues et, en cas de réponse positive, complément d'expertise au sens des considérants avant nouvelle décision, voire, en cas de réponse négative, octroi d'une rente entière.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est assistée d'un mandataire professionnellement qualifié, a droit à des dépens, fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPG).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 22 mai 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur l'existence d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles retenues et, le cas échéant, complément d'expertise, puis nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'500.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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