

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2279/2023

ATAS/410/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mai 2026

Chambre 6

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Eric MAUGUÉ, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES,
juges assesseures.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1968, originaire du Portugal, entrée en Suisse en 1987, célibataire, a exercé des activités dans la restauration et comme femme de chambre. Elle a été licenciée le 28 novembre 2018.
- b.** Dès le 29 août 2019 jusqu'au 28 février 2020, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale en raison d'un syndrome lombovertébral chronique évoluant en lombosciatalgies gauches, un rétrécissement du canal au niveau L3-L4 et une discopathie protrusive en vraisemblable conflit avec la racine intraforaminale gauche (selon une IRM du 11 septembre 2019).
- B.** **a.** Le 20 janvier 2020, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité.
- b.** Le 18 mars 2020, le docteur B_____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté de sciatalgie gauche, douleurs lombaires et syndrome dépressif et d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.
- c.** L'assurée a bénéficié d'un délai-cadre de l'assurance-chômage du 14 janvier 2019 au 13 juillet 2021 et de mesures d'orientation de l'office cantonal de l'emploi auprès de la fondation Intégration pour Tous (ci-après : IPT) le 24 août 2020, interrompues en raison d'un nouvel arrêt maladie du 7 septembre au 31 octobre 2020, puis reprises par le biais d'un stage du 14 décembre 2020 au 15 janvier 2021, à un taux de 50%.
- d.** Le Dr B_____ a attesté, le 2 octobre 2020, d'une aggravation des douleurs en été 2020.
- e.** L'assurée a bénéficié d'infiltrations les 26 septembre 2019, 29 janvier et 14 octobre 2020, 7 juillet 2021, 27 septembre 2022 et 14 mars 2023.
- f.** Le 23 janvier 2021, le Dr B_____ a attesté d'une capacité de travail possible à 100% dans un poste adapté mais à 50% seulement durant les périodes algiques.
- g.** L'assurée a suivi une mesure IPT (coaching emploi) prévue du 1^{er} janvier au 15 mai 2021, mais interrompue le 30 avril 2021, en raison d'un arrêt de travail total dès mai 2021.
- h.** Le 5 février 2021, une note téléphonique de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) relève que le conseiller IPT de l'assurée a estimé qu'une activité était possible à 50% maximum vu l'état de santé de l'assurée.
- i.** Le rapport « retour emploi » de IPT du 12 mai 2021 a conclu à l'impossibilité actuellement pour l'assurée de réintégrer le marché de l'emploi. La position assise était difficile à supporter, elle ne pouvait rester debout statique ni effectuer de mouvements en porte-à-faux. Dès la stabilisation de l'état de santé, l'assurée était conseillée de faire des démarches auprès d'entreprises dans le conditionnement léger et l'horlogerie.

j. Le 5 mai 2021, le Dr B_____ a attesté de troubles anxieux et lombalgies chroniques, avec une capacité de travail dans une activité adaptée possible à 100% dès le 1^{er} mai 2021.

k. Le 17 février 2022, le Dr B_____ a mentionné la persistance de douleurs lombaires, avec la récurrence de sciatalgies gauches et la nécessité d'antalgie régulée, ainsi qu'un état anxiodépressif. L'assurée était dans une attitude passive et si elle acceptait la solution chirurgicale, elle pourrait travailler à 50% dans une activité adaptée.

l. À la demande de l'OAI, le CEMEDEX (docteurs C_____, spécialiste en rhumatologie, D_____, spécialiste en médecine interne générale, E_____, spécialiste en neurologie, et F_____, spécialiste en psychiatrie) a rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire le 31 janvier 2023. Les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatique plutôt L5 gauche secondaire à une discopathie protrusive avec arthrose postérieure non déficitaire sur le plan clinique et électrophysiologique, et sans répercussion sur la capacité de travail, de scoliose lombaire gauche compensée, de fibromyalgie, d'obésité classe I et d'épisode dépressif léger, avec syndrome somatique et retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 5 kg et changement de position régulier.

La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité depuis le 28 novembre 2018 et de 100% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mars 2020.

m. Le 6 février 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a conclu à une capacité de travail de l'assurée nulle dès le 28 novembre 2018 et de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2020, dans le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 5 kg et changement de position régulier.

n. Le 14 février 2023, l'OAI a retenu un statut d'active.

o. Le 21 mars 2023, G_____ a mentionné un salaire de l'assurée qui aurait été, en 2023, de CHF 27.01 de l'heure.

p. Le 22 mars 2023, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de la recourante à 21%. Le revenu d'invalidité, évalué sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), était réduit de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée.

q. Par projet de décision du 27 mars 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations (rente d'invalidité et mesures professionnelles), compte tenu d'un degré d'invalidité de 21% et de l'existence d'un nombre significatif d'activités adaptées à l'état de santé de l'assurée.

r. Le 24 mars 2023, l'assurée a contesté le projet de décision, en soulignant la présence de douleurs chroniques et limitations fonctionnelles.

s. Le 19 avril 2023, la H_____SA a rendu un rapport en ergothérapie et physiothérapie, concluant pour l'assurée à une réhabilitation fonctionnelle semi-intensive bihebdomadaire (programme rachis) dès le 24 avril 2023. Elle présentait un risque élevé de chronicité de ses douleurs, un déconditionnement global du corps, des dysbalances neuromusculaires et de la kinésiophobie.

t. Le 5 juin 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a confirmé son précédent avis du 6 février 2023.

u. Par décision du 6 juin 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

- C. a.** Le 7 juillet 2023, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2020 ; préalablement, elle requérait l'audition du Dr B_____ et l'ordonnance d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Le rapport du Dr C_____ n'était pas convaincant. Il n'avait pas pris en compte la problématique relative aux L3-L4 (il n'avait retenu qu'une atteinte L5), ni l'irradiation de douleurs dans la jambe gauche ; il n'avait pas tenu compte de l'échec des mesures de réinsertion, ni de l'évaluation par le Dr B_____ d'une capacité de travail de 50% ; il qualifiait la scoliose de légère alors qu'elle était importante et la fibromyalgie n'avait pas été analysée.

Par ailleurs, compte tenu de son âge, de sa longue activité comme serveuse ou employée d'entretien, son manque de formation en informatique, sa symptomatologie, sa faculté d'adaptation diminuée et ses nombreuses limitations fonctionnelles, le taux de l'abattement sur le revenu d'invalidité devait être de 25%.

b. Le 7 août 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise du CEMEDEX était probante et que l'abattement de 10% déjà admis tenait compte des limitations fonctionnelles de la recourante.

c. Le 13 septembre 2023, la recourante a répliqué, en concluant à l'octroi de mesures professionnelles, respectivement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2020. Elle a communiqué de nouveaux rapports médicaux, soit :

- un rapport de la docteure I_____, spécialiste en neurochirurgie, du 30 août 2023, concluant à une infiltration ciblée périradiculaire L4-L5 gauche vu la radiculopathie invalidante trajet L5>L4 légèrement déficitaire en comparaison du dernier bilan ;
- un rapport du Dr B_____ du 30 août 2023, attestant de lésion au niveau de la colonne lombaire, occasionnant des douleurs et des sciatalgies aggravées par

un déconditionnement, des dysbalances musculaires et une kinésiophobie ; l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% dans un travail adapté ;

– un rapport de CT de la colonne lombo-sacrée du 16 août 2023.

d. Le 21 septembre 2023, le SMR a rendu un avis selon lequel un déficit neurologique n'avait pas été objectivé et il n'était pas retrouvé de déficit sensitivomoteur ; les rapports de la Dre I_____ et du Dr B_____ n'apportaient pas de nouvel élément médical objectif.

e. Le 5 octobre 2023, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

f. Le 6 novembre 2023, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré qu'elle se sentait capable de travailler, mais à un taux maximum de 50% et dans une activité adaptée.

g. À la demande de la chambre de céans, la Dre I_____ a donné des renseignements complémentaires le 27 novembre 2023. Elle a posé les diagnostics de lumbago chronique, de lombosciatalgie gauche, de sténose foraminale dégénérative L4-L5 gauche avec hypertrophie facettaire associée à gauche et sténose foraminale L5 gauche et scoliose dextro convexe D6-D11 avec angle de Cobb 25°, anté-listhésis L3-L4. Elle avait procédé, en 2023, à deux infiltrations lombaires. Elle était d'accord avec les conclusions des Drs C_____ et E_____. Elle ne pouvait se prononcer que du point de vue de la neurologie.

h. À la demande de la chambre de céans, le docteur J_____, spécialiste en rhumatologie, a donné des renseignements complémentaires le 1^{er} décembre 2023. Il a posé les diagnostics de lomboradiculalgie L5 gauche sur trouble dégénératif mixte (scoliose) et de rachialgies chroniques cervicaux-dorso-lombaires dans un contexte de scoliose dorsolombaire modérée à convexité lombaire gauche avec un angle de Cobb levo-convexe de 33° D12-L4 et dextro-convexe de 25° D6-D11. En raison de ses problèmes de santé, la recourante souffrait de répercussion fonctionnelle modérée à sévère dans toutes les dimensions de sa vie. En conclusion de ses observations réalisées sur plusieurs mois, la capacité de travail de la recourante dans un poste adapté était seulement de 50%. Il divergeait de l'appréciation du Dr C_____ s'agissant des répercussions fonctionnelles dans un poste de travail adapté. En raison de l'intensité des symptômes et de leurs répercussions fonctionnelles telles qu'elles avaient pu être observées non seulement lors des consultations mais aussi lors du programme de traitement que la recourante avait suivi avec assiduité pendant trois mois, la recourante n'avait pas les capacités suffisantes pour effectuer sur la durée un travail à temps complet, au rythme exigé, même dans un poste adapté. En effet, les adaptations proposées augmentaient ses capacités mais étaient très loin de faire disparaître les symptômes et les limitations. Ainsi, la recourante n'avait par exemple aucune position de repli permettant de limiter les exacerbations intenses ou de gérer les augmentations de symptômes au fil de la journée qui auraient permis d'éviter les décompensations majeures et totalement invalidantes. Selon l'anamnèse en sa

possession, cette situation n'avait pas varié de manière significative depuis 2020 en termes de capacité fonctionnelle. Ses conclusions se rapprochaient donc de celles du médecin traitant de la recourante, le Dr B_____. Le programme Rachis réalisé à Cressy montrait une évolution peu favorable. Il avait dirigé l'assurée vers une nouvelle évaluation multidisciplinaire.

Il a communiqué deux rapports des 19 avril et 10 juillet 2023 de la H_____SA, attestant d'une participation de l'assurée à des séances de réhabilitation.

i. Le 19 décembre 2023, le SMR a estimé que le rapport du Dr J_____ n'amenait aucun nouvel élément médical objectif.

j. Le 11 janvier 2024, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.

k. Le 22 janvier 2024, la recourante a observé qu'elle rejoignait l'analyse du Dr J_____ et contestait la conclusion de la Dre I_____, laquelle ne se prononçait que sur le volet de la neurochirurgie.

l. À la demande de la chambre de céans, les parties ont communiqué des noms d'experts rhumatologues. La recourante a notamment mentionné le docteur K_____, spécialiste en rhumatologie.

m. Par ordonnance du 23 avril 2024, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire rhumatologique au Dr K_____.

n. Le 25 avril 2024, la recourante a communiqué des pièces médicales, soit :

- Un rapport du 11 mars 2024 du Dr J_____, médecin adjoint agréé au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), attestant de rachialgies chroniques dans un contexte de scoliose et sciatalgie gauche claudicante sur rétrécissement foraminaux L4-L5 gauche et d'une participation de l'assurée au programme ProMiDos du 3 janvier au 26 février 2024.
- Une attestation du Dr B_____ du 15 mars 2024, mentionnant un suivi régulier de l'assurée pour des douleurs lombaires chroniques et des démarches effectuées par l'assurée pour la reprise d'un suivi psychologique régulier.

Ces documents ont été transmis à l'expert K_____.

o. Le 23 septembre 2024, le Dr J_____ a rendu un rapport suite à la consultation de l'assurée du 16 septembre 2024. Malgré des améliorations cliniques fonctionnelles discrètes, le handicap fonctionnel global restait très important.

p. Le 1^{er} octobre 2024, L_____, psychologue, a attesté d'un suivi une fois par semaine pour une symptomatologie dépressive, de l'anxiété avec perte d'espoir pour le futur et des troubles du sommeil.

q. Le 25 novembre 2024, le Dr K_____ a rendu son rapport d'expertise, sur papier à entête du SWISS EXPERTISES MÉDICALES SARL (ci-après : SEM) à Aigle.

Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies chroniques, de scoliose levo-convexe, de rétrécissement foraminaux L4-L5 gauche et hypertrophie facettaire L5-S1, et sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique type fibromyalgie confirmé par des critères ACR 2010-2016 et le questionnaire FIRST, de léger déconditionnement global et focal, et d'arthrose digitale débutante, non inflammatoire.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le port de charges de plus de 5 kg à partir du sol, sans porte-à-faux du buste, pas de port de charges près du corps limitées à 5 kg ; alterner les changements de positions à la convenance de l'assurée ; éviter de monter et descendre les échelles et les échafaudages ; éviter la marche sur terrain accidenté.

Les plaintes étaient objectivées compte tenu d'un tableau inchangé depuis de nombreuses années, la symptomatologie rachidienne douloureuse était persistante, avec un léger déconditionnement global justifiant une capacité de travail dans l'activité habituelle de 0% depuis 2018, et de 100% sans diminution de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} mars 2020.

La capacité de travail était inchangée depuis la dernière expertise car la symptomatologie était inchangée.

r. Le 9 décembre 2024, l'OAI s'est rallié à un avis du SMR du 29 novembre 2024, lequel estimait que l'expertise judiciaire était convaincante et qu'elle rejoignait les conclusions de l'expertise du Dr C_____.

s. Le 30 janvier 2025, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise judiciaire. Elle a relevé que l'expert détenait la moitié des parts sociales du SEM et qu'il avait réalisé son expertise sous l'égide de ce centre d'expertise. Il pratiquait régulièrement des expertises sur mandat des assurances et en retirait un intérêt économique substantiel, élément qui n'apparaissait pas au moment de sa désignation, ce qui n'était pas satisfaisant, même s'il ne s'agissait pas d'un motif de récusation de l'expert.

L'expertise était un copier / coller de celle du CEMEDEX. L'appréciation de sa capacité de travail était sommaire et l'expert ne discutait pas les éléments sur lesquels se fondait le Dr J_____. Elle a communiqué :

- Un rapport du Dr J_____ du 11 décembre 2024, selon lequel la capacité de travail de l'assurée était de 50%, évaluation fondée sur l'observation objective des capacités de l'assurée durant deux mois et une discussion consensuelle de six thérapeutes.

Le Dr J_____ relevait que l'expert K_____ ne motivait pas la divergence d'appréciation de la capacité de travail avec celle évaluée consensuellement.

- Un rapport d'IRM de la colonne lombaire et du bassin du 23 janvier 2025.

- Un rapport du docteur M_____, spécialiste en neurochirurgie, du 23 janvier 2025, concluant à une indication interventionnelle.

D. a. Le 5 mars 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une surexpertise.

Les parties se sont entendues sur la désignation de l'expert N_____, spécialiste en rhumatologie, l'intimé ayant toutefois relevé qu'une surexpertise lui paraissait superflue et qu'il était préférable, comme le soulignait le SMR dans un avis du 17 février 2025, de solliciter le Dr K_____ afin qu'il se prononce sur les nouvelles pièces médicales.

b. L'expert N_____ a rendu son rapport d'expertise le 4 octobre 2025. Il a pris en compte les pièces médicales postérieures au mandat d'expertise, soit des rapports de consultation du docteur O_____, médecin chef de clinique au service de neurologie des HUG des 2 avril et 19 juin 2025 ; du docteur P_____, spécialiste en neurologie, du 10 avril 2025 ; d'infiltrations des 11 avril et 15 mai 2025 ; du Dr B_____ du 21 mai 2025 ; de la consultation de la douleur des HUG du 24 juin 2026 ; de la consultation du rachis des HUG du 8 juillet 2025 ; de la consultation du docteur Q_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, du 28 août 2025.

Il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le cadre d'une scoliose lombaire, scoliose dextroconvexe entre le plateau supérieur de D6 et le plateau inférieur de D11 avec un angle de Cobb de 25° et des épisodes de sciatalgies à répétition sur conflit disco-radriculaire L4 et L5 gauche, discrètement déficitaires en L5 gauche (cf. rapport du Dr P_____ d'avril 2025), et sans répercussion sur la capacité de travail de probable abaissement du seuil de la douleur dans le cadre d'un phénomène de sensibilisation centrale sur lombosciatalgies chroniques. Le Dr J_____ évoquait aussi ce trouble sous le terme équivalent de « douleurs nociplastiques » dans son rapport du 18 décembre 2023. L'expert N_____ ne pouvait pas évaluer l'impact de ce trouble sur la capacité de travail dans le cadre de l'expertise mono-disciplinaire de rhumatologie ; il s'agissait d'un trouble qui n'avait pas de substrat organique. Toutefois, il fallait évoquer qu'il exerçait très probabl

ement une influence sur la prise en charge médicale car l'abaissement du seuil de la douleur perturbait l'évaluation de la douleur par les médecins traitants de la recourante. En augmentant le ressenti douloureux, ce problème favorisait très probablement un comportement kinésiophobe ce qui aggravait la sédentarité, et inférait avec les thérapies proposées concernant la physiothérapie active notamment. Il existait aussi une périarthrite des hanches. Il s'agissait de tendinopathie des fessiers, objectivée à l'IRM du 23 janvier 2025, ce qui expliquait très probablement une partie des douleurs de la région fessière. Il s'agissait d'un problème bénin de bon pronostic.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : lombalgies chroniques dans le cadre d'une scoliose lombaire, pas de port de charges répétitif, ponctuel près du corps de maximum 5 kg, pas de travail en position accroupie ou penchée en avant, pas de position immobile prolongée, assise ou debout et pas de rotations du tronc, ces limitations étaient valables depuis le 1^{er} septembre 2019 ; épisodes de sciatalgies à répétition sur conflit disco-radulaire L4 et L5 gauche, discrètement déficitaires en L5 gauche (cf. rapport du Dr P_____ d'avril 2025). Les limitations fonctionnelles se recoupaient avec le diagnostic précédent.

La capacité de travail était nulle comme nettoyeuse depuis le 1^{er} septembre 2019 et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis toujours, hormis trois à quatre semaines par année (période d'exacerbation des lombosciatalgies) ; le rendement était aussi diminué par les besoins de changer de position régulièrement, la prise d'antalgiques et les douleurs chroniques, de sorte que la capacité de travail oscillait entre un minimum de 64% et un maximum de 74%.

c. Le 10 novembre 2025, le SMR a estimé que l'expertise du Dr N_____ était probante et le 4 décembre 2025, l'OAI s'est rallié à cette appréciation.

d. Le 5 décembre 2025, la recourante a communiqué un rapport du Dr J_____ du même jour et a contesté, sur cette base, la valeur probante de l'expertise judiciaire, en sollicitant une confrontation entre les Drs N_____ et J_____.

Selon le Dr J_____, la recourante présentait des variations des capacités fonctionnelles et il existait des atteintes significatives à la gestion du quotidien. L'expert N_____ confondait deux situations cliniques, soit la sciatique sur hernie discale et la sciatique sur troubles dégénératifs secondaires à une scoliose, ce qui était le cas de la recourante, et qui entraînait des douleurs qui ne suivaient que rarement un territoire bien défini et qui entraînait une manœuvre de Lasègue fréquemment négative. Ce qui était interprété comme de la discordance était donc en réalité normal. Aucun élément retenu par l'expert N_____ pour justifier de s'écarter d'une capacité de travail de 50% n'était fondé.

e. À la demande de la chambre de céans, l'expert N_____ s'est prononcé, le 17 décembre 2025, sur l'avis du Dr J_____ du 5 décembre 2025.

Il avait tenu compte des lombalgies, en retenant une diminution de rendement de 30% et confirmait la capacité de travail de la recourante de 64% à 74%. L'origine de la sciatalgie était difficile à déterminer et la cause pouvait varier d'une période à l'autre, ce qui était probablement le cas de la recourante. Il n'y avait pas de discordance par un manque de collaboration.

f. Le 14 janvier 2026, le SMR a maintenu sa précédente appréciation et le 19 janvier 2026, l'OAI s'est rallié à cet avis.

g. Le 9 février 2026, la recourante a contesté l'appréciation du Dr N_____ et a sollicité une confrontation entre les Drs N_____ et J_____ pour tenter de parvenir à une évaluation consensuelle.

h. À la demande de la chambre de céans, le service de réadaptation de l'OAI a procédé, le 2 mars 2026, au calcul du degré d'invalidité de la recourante.

Il a indiqué deux calculs :

- Le degré d'invalidité calculé en 2020 était de 48,4% (revenu sans invalidité de CHF 64'376.- [soit CHF 51'859.- auprès de G_____ et CHF 12'517.- auprès de R_____ SA] et revenu d'invalidité de CHF 33'219.- [fondé sur l'ESS 2020, TA1, femme, total, pour 41,7 heures de travail par semaine, pour un taux d'activité de 69%, avec une déduction de 30%]).
- Le degré d'invalidité calculé en 2024 était de 45,59% (revenu sans invalidité de CHF 65'084.- et revenu d'invalidité de CHF 35'410.- [fondé sur l'ESS 2022, TA1, femme, total, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2024, pour un taux d'activité de 69%, avec une déduction de 10%]).

Des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, un nombre suffisant d'activités adaptées étant disponible sur le marché du travail équilibré et l'assurée n'entrait pas dans une dynamique de se repositionner professionnellement.

i. Le 12 mars 2026, l'OAI s'est rallié à l'avis du service de réadaptation, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondante dès le 1^{er} septembre 2020.

j. Le 16 mars 2026, l'OAI a transmis une attestation de l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM) du départ de la recourante au Portugal, pour le 31 mars 2026.

k. Le 25 mars 2026, la recourante a observé que les rentes d'invalidité étaient expatriables dans l'Union européenne. Sa demande de prestations ayant été déposée le 8 janvier 2020, elle avait droit à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2020. Il n'y avait pas de motif qui permettait à l'intimé d'effectuer deux calculs du degré d'invalidité, l'un en 2020 et l'autre en 2024. Calculé en 2024, le degré d'invalidité était de 54%, compte tenu d'un abattement de 20%.

l. Le 16 avril 2026, l'OAI a observé que le revenu sans invalidité de CHF 51'859.- était largement à l'avantage de la recourante, que le droit à la rente ne prenait naissance qu'à l'issue du délai d'attente et que l'abattement de 10% ne devait pas être augmenté, les limitations fonctionnelles étant déjà prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail.

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

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

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

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 20 janvier 2020 et le délai d'attente d'une année venant à échéance le 29 août 2020, un éventuel droit à une rente d'invalidité naitrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans le teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

1.3 Le délai de recours est de 30 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 une rente d'invalidité.

3.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, 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 vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

3.2 En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

3.3 En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

4.

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

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

sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

4.2 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).

4.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

4.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGa, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

4.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

4.6 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 n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

5.

5.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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

6. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du CEMEDEX du 31 janvier 2023 pour retenir que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son ancienne activité depuis le 28 novembre 2018 (sic) et de 100% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mars 2020.

La recourante a contesté le volet rhumatologique de l'expertise précitée, en faisant valoir l'avis du Dr J_____, lequel retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6.1 La chambre de céans a estimé qu'une expertise judiciaire rhumatologique était nécessaire et l'a confiée au Dr K_____. Celui-ci a rendu son rapport d'expertise le 25 novembre 2024, que l'intimé a estimé probant, alors que la recourante l'a contesté. La chambre de céans a considéré que ce rapport d'expertise n'emportait pas la conviction et a ordonné une surexpertise judiciaire confiée au Dr N_____.

6.1.1 Fondé sur toutes les pièces du dossier, y compris les rapports médicaux postérieurs à l'ordonnance d'expertise, comprenant la description des plaintes de la recourante, une anamnèse complète, un examen clinique, la description d'une journée-type, posant des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs, comprenant une analyse convaincante de la capacité de travail de la recourante et une prise de position par rapport aux avis des experts C_____ et K_____ et du Dr J_____, le rapport d'expertise du Dr N_____ ainsi que son complément du 17 décembre 2025 répondent aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante.

La recourante était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 1^{er} septembre 2019 et capable, depuis toujours, d'exercer une activité adaptée à un taux situé entre 64 et 74%.

L'intimé estime que les conclusions de l'expertise du Dr N_____ peuvent être suivies.

Quant à la recourante, elle conteste le rapport d'expertise, en faisant valoir l'avis du Dr J_____ du 5 décembre 2025.

6.1.2 À cet égard, les objections et divergences d'appréciation du Dr J_____ ont été soumises au Dr N_____, lequel y a répondu dans un complément d'expertise du 17 décembre 2025. Il estime que le Dr J_____ n'apporte pas d'élément nouveau et confirme son appréciation qui ressort de son rapport d'expertise ; en particulier, le Dr J_____ évoquait de nombreux facteurs psychosociaux non médicaux, lesquels interféraient avec la motivation de la recourante à mettre en pratique les exercices proposés, et dont il n'avait pas tenu compte, ce qui expliquait la différence d'évaluation de la capacité de travail entre lui-même et le Dr J_____.

Les lombalgies avaient été prises en compte par une diminution de rendement de 30%, ce qui constituait une diminution considérable de la capacité de travail.

S'agissant de la sciatique, l'expert N_____ a précisé qu'il ne retenait pas un manque de collaboration de la recourante, mais plutôt une difficulté diagnostique qui requerrait un soin complémentaire dans l'évaluation médicale. Il était en effet difficile de déterminer l'origine de la sciatique car souvent la cause variait d'une période à l'autre, ce qui était probablement le cas de la recourante. Il avait tenu

compte des différentes causes probables des sciatalgies dans le cas de la recourante.

Au demeurant, l'évaluation du Dr J_____ repose sur une appréciation divergente de la capacité de travail sans qu'il n'apporte d'élément objectif permettant de s'écarter de celle de l'expert N_____, de sorte qu'il convient de retenir que la recourante est incapable de travailler depuis le 1^{er} septembre 2019 dans son activité habituelle et capable de travailler à un taux moyen de 69% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6.1.3 Par appréciation anticipée des preuves, il sera ainsi renoncé à l'audition des Drs N_____ et J_____, telle que requise par la recourante.

6.2 S'agissant de l'expertise psychiatrique, la recourante a conclu à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique judiciaire au motif que celle du Dr F_____ ne comprenait pas l'analyse des indicateurs nécessaires en présence d'une fibromyalgie et d'un trouble dépressif. L'interaction entre les diagnostics somatiques et psychiatriques n'avait, en outre, pas été suffisamment prise en compte.

6.2.1 L'expertise du Dr F_____ est fondée sur toutes les pièces du dossier, prend en compte les plaintes de la recourante, comprend une anamnèse complète, la description d'une journée-type et pose un diagnostic clair d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Selon l'expert, il n'y a pas d'incohérence clinique, pas de trouble de la personnalité ; le traitement psychiatrique n'a été que de courte durée (septembre 2019 à janvier 2020). La capacité de travail est totale, sans limitations fonctionnelles.

Aucun rapport médical ne remet en cause les constatations et conclusions du Dr F_____, dont le rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Certes, le Dr F_____ a-t-il écarté la présence d'un trouble somatoforme, en considérant que les douleurs ont une origine somatique sous-jacente (rapport d'expertise du CEMEDEX, p. 30) alors que le Dr N_____ a conclu à la présence d'un probable trouble sans substrat organique, soit un phénomène de sensibilisation centrale sur lombosciatalgies chroniques (rapport d'expertise du Dr N_____, p. 91).

Cependant, les constatations et analyses effectuées par le Dr F_____, conjointement avec celles du Dr N_____, permettent d'effectuer une analyse des critères jurisprudentiels de gravité conduisant à exclure tout caractère incapacitant au trouble sans substrat organique évoqué par le Dr N_____.

6.2.2 S'agissant de l'atteinte à la santé, l'expert N_____ évoque un probable abaissement du seuil de la douleur, qui peut être retenu comme une atteinte à la santé déterminante et commande l'analyse des indices jurisprudentiels de gravité.

S'agissant du traitement, on ne saurait parler d'un échec, dès lors que l'expert N_____ souligne que la recourante a manqué de motivation pour continuer de

manière assidue les exercices du programme ProMiDos permettant une amélioration de la condition physique et une diminution des douleurs (rapport d'expertise du Dr N_____, pp. 92-93 et 96-97).

S'agissant des comorbidités, la recourante présente un épisode dépressif léger, considéré toutefois en lui-même comme non incapacitant. Elle présente également des atteintes somatiques objectivées considérées comme ayant un impact de 26% à 36% sur son rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cependant, le trouble de l'abaissement du seuil de la douleur est directement lié aux troubles somatiques objectivés, soit les atteintes somatiques incapacitantes, lesquelles ne sauraient, dans ces circonstances, être considérées comme une comorbidité agissant comme un facteur aggravant. Au surplus, le Dr F_____ a exclu tout trouble de la personnalité au titre de comorbidité, de sorte que le critère de comorbidité ne peut être retenu.

S'agissant de la cohérence, tant le Dr F_____ que le Dr N_____ n'ont pas relevé d'incohérences, étant cependant constaté que le Dr N_____ a retenu l'absence d'atteinte significative à la gestion du quotidien et a constaté la capacité de la recourante à rester assise pendant 30 minutes de suite et pendant 2 heures en ne restant que quelques minutes debout (rapport d'expertise du Dr N_____, p. 100). Ces constats relativisent l'impact du trouble de l'abaissement du seuil de la douleur sur les capacités fonctionnelles de la recourante.

6.2.3 Au demeurant, les éléments apportés par les Drs F_____ et N_____ permettent d'exclure un caractère incapacitant au trouble de l'abaissement du seuil de la douleur dans une mesure plus importante que la diminution de rendement déjà admise par le Dr N_____, laquelle prend d'ailleurs en compte la présence de douleurs chroniques.

Enfin, l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant permet d'exclure la nécessité d'une nouvelle appréciation consensuelle entre les experts N_____ et F_____.

Dans ces conditions et par appréciation anticipée des preuves, il sera renoncé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire psychiatrique.

6.3 Il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

La recourante a présenté une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} septembre 2019, comme attesté sur la base des pièces du dossier par l'expert N_____ (la date du 28 novembre 2018 mentionnée dans l'expertise du CEMEDEX correspondant à la date de licenciement de la recourante). de sorte que le délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI) est venu à échéance le 1^{er} septembre 2020. C'est l'année 2020 qui doit ainsi être prise en compte comme année de référence pour le calcul du degré d'invalidité.

6.3.1 Le calcul auquel a procédé l'intimé pour l'année 2020 n'est pas critiquable et peut être confirmé, soit un revenu sans invalidité de CHF 64'376.- et un revenu

d'invalidé de CHF 33'219.-, aboutissant à un degré d'invalidité de 48,4%, arrondi à 48%.

Le revenu sans invalidité n'est pas contesté par la recourante, soit un revenu réalisé chez G_____ de CHF 51'859.- et un revenu chez R_____ SA de CHF 12'517.-, pour un total de CHF 64'376.-.

S'agissant du revenu d'invalidé, la recourante requiert un abattement de 20% sur le salaire statistique, au motif qu'elle est âgée, que son taux d'occupation est réduit et qu'elle a d'importantes limitations fonctionnelles.

Comme relevé par l'intimé, les limitations fonctionnelles de la recourante ont déjà été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. S'agissant du critère de l'âge, des emplois non qualifiés sont en règle générale disponibles indépendamment de l'âge des assurés sur le marché équilibré du travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.1.1 ; 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). Enfin, le taux d'activité réduit ne justifie par un abattement supplémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_235/2023 du 14 novembre 2023 ; 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2).

Au demeurant, il ne se justifie pas d'augmenter l'abattement de 10% admis par l'intimé.

6.3.2 Au vu de ce qui précède, la recourante présente, au 1^{er} septembre 2020, un taux d'invalidité de 48%, lequel lui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité.

6.3.3 Dès le 1^{er} janvier 2022, l'art. 28 LAI est entré en vigueur. La quotité de la rente est désormais fixée en pourcentage d'une rente entière et, pour un taux d'invalidité de 48%, la quotité de la rente est de 45% (art. 28b al. 1 et 4 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022).

Selon les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 (let. b al. 1), pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

Pour ces assurés, l'ancien système de rente est maintenu jusqu'au moment où, lors d'une révision, le taux d'invalidité subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (*cf.* art. 17 al. 1 LPGA) et que cette modification comporte soit une augmentation du taux d'invalidité qui a pour effet une augmentation de la quotité de la rente, soit une diminution du taux d'invalidité qui a pour effet une diminution de la quotité de la rente (*cf.* let. b al. 1 et 2 dispositions transitoires de la LAI). Dans ce cas, la fraction de la rente est adaptée aux nouvelles dispositions et transférée dans le nouveau système de rente linéaire. En revanche, si la modification du taux d'invalidité n'atteint pas 5 points de pourcentage, il n'y a pas révision ; le taux d'invalidité reste inchangé et l'assuré conserve son droit à la

rente en l'état, à savoir soumis aux dispositions de l'ancien droit. Tel est également le cas si la modification du taux d'invalidité est supérieure ou égale à 5 points de pourcentage et que l'application du nouveau système conduit soit à une diminution de la quotité de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité, soit à une augmentation de la quotité de la rente en cas de diminution du taux d'invalidité (OFAS, circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire valable dès le 1^{er} janvier 2022 [circ. DT DC AI], ch. 2004 à 2008).

En l'occurrence, au 1^{er} janvier 2022, la recourante était âgée de 53 ans, soit moins que l'âge limite de 55 ans, de sorte que l'ancien système de rente est maintenu.

6.3.4 Le 1^{er} janvier 2024 est entré en vigueur l'art. 26bis RAI, lequel prévoit qu'une déduction de 10% est opérée sur le salaire statistique d'invalidité et de 20% si la capacité fonctionnelle est de 50% au moins (art. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024).

Selon les dispositions transitoires de la modification du 18 octobre 2023, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024 (al. 1), pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70% et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20%, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification.

La révision des rentes en cours au 1^{er} janvier 2024 implique un examen complet de la situation médicale et économique de l'assuré, car ni la LPGA, ni la LAI ne permettent de recalculer purement et simplement le taux d'invalidité de l'assuré. Dans le cas contraire, cela limiterait la compétence des offices AI de procéder à des révisions de rentes et on dérogerait au principe de l'instruction visée à l'art. 43 LPGA (cf. DFI, rapport explicatif du 18 octobre 2023, p. 7).

Dans le cadre de la révision des rentes en cours au 1^{er} janvier 2024, tous les éléments pertinents pour les prestations (médicaux et économiques) doivent être examinés. Les offices AI déterminent eux-mêmes la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (art. 43 al. 1^{bis} LPGA). Il s'ensuit que si un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA existe, il y a lieu d'effectuer aussi un nouveau calcul du degré d'invalidité pour cette raison et d'adapter le droit à la rente à la date prévue selon l'art. 88^{bis} RAI.

En l'occurrence, la recourante a bénéficié d'un abattement de 10% sur le salaire statistique d'invalidité, de sorte que le calcul de sa rente d'invalidité pourrait faire l'objet d'une révision, question qui sort de l'objet du présent litige, étant rappelé que la décision litigieuse est datée du 6 juin 2023.

6.4 Au vu de ce qui précède, la recourante a droit, depuis le 1^{er} septembre 2020, à un quart de rente d'invalidité.

7. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2020.

Pour le surplus, la recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 5'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 6 juin 2023.
4. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2020.
5. Octroie à la recourante une indemnité de CHF 5'000.-, à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.-, à 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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