RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2337/2020 **ATAS/901/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 septembre 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à CHÊNE-BOUGERIES recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Le 30 septembre 2018, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1966 et mère de deux garçons nés en 1991 et 1994, divorcée depuis le 2 août 2016, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI ou l'intimé), en raison d'une atteinte non précisée.

b. Sur demande de son service médical régional (ci-après : SMR), qui n'était pas en mesure de se prononcer sur les atteintes de l'assurée malgré les pièces au dossier, l'OAI a mandaté le Centre médical d'expertises (ci-après : CEMEDEX) pour une expertise pluridisciplinaire en psychiatrie, rhumatologie et médecine interne générale.

Dans son rapport du 23 décembre 2019, les médecins du CEMEDEX, à savoir la doctoresse B_____(psychiatrie) et les docteurs C_____(rhumatologie) et F_____ (médecine interne générale), ont retenu les diagnostics suivants : trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 ; au décours d'un épisode dépressif dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent), existant depuis 1989 ; trouble du déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH ; F90) existant anamnestiquement depuis l'enfance ; douleur cervicale et dorsale secondaire à une discopathie sans signe neurologique (M51.3) ; fibromyalgie ; allergie aux graminées depuis 1989 ; insuffisance aortique minime ; troubles de la vue (astigmatisme, myopie, presbytie) et excès pondéral. Malgré ces atteintes, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle, un temps partiel, à 50%, étant le choix de l'assurée, qui estimait ne pas pouvoir travailler plus en raison de ses atteintes.

B. Par projet de décision du 23 mars 2020, confirmé le 16 juin 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 30 septembre 2018. À l'appui de sa décision, l'office précité a tout d'abord considéré que le statut de l'assurée était mixte, celle-ci se consacrant à 50% à son activité professionnelle et à 50% à la tenue de son ménage. L'OAI a ensuite retenu que l'instruction médicale avait montré que les différentes activités exercées par l'assurée étaient adaptées à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'une capacité de travail entière devait être reconnue dans son activité habituelle. Par ailleurs, au vu des limitations fonctionnelles retenues, l'assurée ne présentait pas d'empêchements dans la sphère ménagère, une enquête ménagère n'étant ainsi pas nécessaire.

C. a. Par courrier du 24 juin 2020, adressé à l'OAI, Madame D_____, psychologue FSP, et le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont demandé à l'office précité de reconsidérer sa décision du 16 juin 2020 et d'octroyer une rente de 50% à l'assurée.

b. Par courriel du 6 août 2020, l'OAI a remis le courrier précité du 24 juin 2020 à la chambre de céans comme objet de sa compétence.

c. Le 7 août 2020, la chambre de céans a demandé à l'assurée de bien vouloir lui transmettre une procuration donnant pouvoir au Dr E_____ et à Mme D_____ de

la représenter en justice. L'assurée était également invitée à préciser si elle faisait élection de domicile auprès d'eux. Un délai au 20 août 2020 lui était accordé pour ce faire.

d. Dans une attestation du 12 août 2020, transmise à la chambre de céans le même jour, le Dr E_____ a certifié que l'assurée souffrait d'une maladie mentale mais qu'elle présentait les capacités nécessaires pour être valablement entendue.

e. Le 25 août 2020, la chambre de céans a adressé à l'assurée, par courrier simple, le courrier recommandé du 7 août 2020, celui-ci ayant été retourné avec la mention « non réclamé ». Une prolongation de délai au 31 août 2020 pour y donner suite était accordée à l'assurée.

f. Par courrier daté du 10 août 2020, déposé au guichet de la Chambre de céans le 2 septembre 2020, l'assurée a accusé réception du courrier du 7 août 202 et sollicité un report du délai, expliquant qu'elle n'était pas en Suisse jusqu'au 31 août 2020.

g. Le 3 septembre 2020, le délai a été prolongé au 15 septembre 2020.

h. Par courrier du 10 septembre 2020, l'assurée a refusé de donner pouvoir au Dr E_____ et à Mme D_____ et de produire une procuration en leur faveur aux fins de la représenter en justice, estimant qu'elle pouvait personnellement être entendue.

g. L'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, relevant notamment que l'assurée ne produisait aucune pièce et n'invoquait aucun argument permettant de remettre en cause la décision querellée. Quant au courrier du Dr E_____ du 24 juin 2020, il n'apportait aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré par les experts comme cela ressortait de l'avis du SMR du 28 septembre 2020 qui était annexé.

h. Le 14 juillet 2021, la recourante a maintenu son recours au vu des rapports médicaux qu'elle joignait à son écriture et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. a. L'art. 61 LPGA prévoit que la procédure devant la chambre des assurances sociales est réglée par le droit cantonal, sous réserve de ce que celui-ci respecte les exigences minimales requises par la LPGA. Les art. 38 à 41 LPGA sont applicables

par analogie au délai de recours (art. 60 al. 2 LPGA). Les dispositions de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10) sont applicables devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en tant qu'il n'y est pas dérogé par le Titre IVA de la LPA (art. 89A LPA).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 38 al. 1, 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 phr. 1 et 63 al. 1 let. a LPA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA).

b. L'art. 61 let. b LPGA précise que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.

c. Selon l'art. 9 al. 1 LPA, applicable devant la chambre de céans par renvoi de l'art. 89A LPA, les parties, à moins qu'elles ne doivent agir personnellement ou que l'urgence ne le permette pas, peuvent se faire représenter par un conjoint, un partenaire enregistré, un ascendant ou un descendant majeur, respectivement par un avocat ou par un autre mandataire professionnellement qualifié pour la cause dont il s'agit.

En possession d'un acte émanant d'un mandataire qui ne peut être reconnu, un bref délai doit être accordé à l'administré pour venir signer personnellement et ratifier les actes déposés en son nom, quand bien même cela interviendrait hors délai (ATA/53/ 2015).

3. En l'espèce, par courrier du 24 juin 2020, le Dr E_____ et Mme D_____ ont contesté la décision rendue le 16 juin 2020, par laquelle l'OAI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité. À aucun moment, il n'est précisé que le courrier a été rédigé au nom de l'assurée et avec son accord. C'est pourquoi, par courriers des 7 et 25 août 2020, la chambre de céans a sollicité la production, par la recourante, d'une procuration en faveur des auteurs du courrier du 24 juin 2020. Le 10 septembre 2020, la recourante a toutefois informé la chambre de céans qu'elle ne donnait pouvoir ni au Dr E_____ ni à Mme D_____ aux fins de la représenter en justice, estimant pouvoir et vouloir être personnellement entendue.

   La question de la recevabilité du recours se pose dès lors. Elle peut toutefois être laissée en suspens, dès lors que ledit recours doit de toute manière être rejeté pour les motifs suivants.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport du CEMEDEX du 23 décembre 2019.

5. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7

LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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).

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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; ATAS/502/2017 du 20 juin 2017 consid. 4b).

b. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie-rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49%, de 50 à 59%, de 60 à 69% ou de 70% ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

c. 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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

6. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut déterminer quelle méthode d'évaluation de

l'invalidité appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral I.693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

7. a. 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. 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).

b. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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; ATF 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).

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. 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; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 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 126 V 319 consid. 5a).

9. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du CEMEDEX du 23 décembre 2019 pour retenir le statut mixte, renoncer à une enquête ménagère et nier le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ce document.

   Force est tout d'abord de constater que le rapport précité remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

   Sur le fond, la Dresse B_____(psychiatre) a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif (F41.2) au décours d'un épisode dépressif dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, existant depuis 1989 et trouble du déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH ; F90) existant anamnestiquement depuis l'enfance. L'assurée avait souffert de plusieurs épisodes dépressifs majeurs dans le passé, le dernier en 2016 suite à des difficultés liées au stress de son divorce. Subjectivement, l'assurée avait montré une bonne réponse thérapeutique, avec un arrêt du traitement antidépresseur depuis dix mois, mais un léger fléchissement de l'humeur lors de l'expertise, avec projet de réintroduction d'une médication psychotrope. Quant au TDAH, il avait probablement entraîné des difficultés attentionnelles ayant influencé le niveau d'études que l'assurée espérait atteindre. Cela étant, elle avait pu obtenir des diplômes, avoir une activité professionnelle durant de nombreuses années, et montrer une grande flexibilité avec des changements de postes. À l'exception des périodes temporaires relatives aux incapacités de travail en raison de l'état dépressif récurrent, la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée était entière du point de vue psychiatrique, sans diminution de rendement. La poursuite d'un traitement psychiatrique intégré, avec adaptation du traitement psychotrope selon l'état psychique de l'assurée, était recommandé.

Quant au Dr C_____(rhumatologue), il a posé les diagnostics de douleur cervicale et dorsale secondaire à une discopathie sans signe neurologique (M51.3 ; avec effet sur la capacité de travail) et de fibromyalgie (19 points WPI sur 19 ; sans effet sur la capacité de travail). Étaient contre-indiqués : les efforts de soulèvement de plus de 10 kg, le port de charge de plus de 10 kg et les positions impliquant un porte-à-faux du buste et une rotation répétée.

Enfin, le Dr F_____ (médecine interne) n'a pas retenu de diagnostic incapacitant. Il a en revanche évoqué une allergie aux graminées depuis 1989, une insuffisance aortique minime, des troubles de la vue (astigmatisme, myopie et presbytie) et un excès pondéral.

Les médecins précités ont par ailleurs considéré, dans leurs rapports respectifs, que les atteintes de l'assurée n'entraînaient aucune répercussion sur les divers aspects examinés en lien avec la tenue du ménage.

De l'appréciation consensuelle, il ressort notamment que les limitations concernaient l'endurance dans des tâches répétitives, les difficultés de planification complexes, ainsi qu'une mémoire de travail entravée pour l'apprentissage intensif. Ces limitations n'étaient toutefois pas incapacitantes. Par ailleurs, ses capacités d'adaptation étaient légèrement entravées en raison d'un état anxieux et de la tendance de l'assurée à l'impulsivité. Elle était toutefois capable de suivre des consignes. En revanche, planifier et structurer les tâches pouvait s'avérer plus complexe. Cela étant, l'assurée n'était pas entravée dans son jugement et était capable de prendre des décisions. La persévérance dans les tâches administratives et l'endurance étaient limitées en raison des troubles attentionnels et de la fatigue. L'assurée pouvait cependant s'assumer elle-même et initier de nombreuses activités spontanément. La fatigue, la fibromyalgie, l'état anxio-dépressif chronique et le TDAH n'étaient pas durablement incapacitants et permettaient l'exercice d'une activité adaptée.

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 (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

En l'espèce, les trois rapports médicaux suivants ont été produits postérieurement à l'expertise du CEMEDEX :

- L'angio-CT cérébral réalisé le 27 avril 2021 en raison de sensations vertigineuses et de légères nausées dans le contexte d'une infection au Covid-19 s'est révélé dans les limites de la norme. Cet examen a également mis en évidence une sinusopathie (sinusite) occlusive ethmoïdo-maxillaire à gauche et

plus discrète au niveau ethmoïdal à droite ainsi que des troubles statiques et dégénératifs sévères du rachis cervical.

- Dans leur courrier du 24 juin 2020, le Dr E_____ et Mme D_____ ont retenu les diagnostics de trouble dépressif persistant moyen (dysthymie ; F34.1), suite à un événement traumatique survenu dans son environnement conjugal (grave accident de son ex-mari avec troubles cognitifs) et troubles somatiques. L'investigation des troubles neuro-développementaux était planifiée, notamment en ce qui concernait le TDAH. L'assurée suivait une thérapie cognitivo-comportementale à raison d'une séance hebdomadaire, une deuxième étant en réserve, avec traitement médicamenteux (Rendormin Zeller 500 mg et Rebalance Zeller 500mg). Pour ces motifs, le Dr E_____ et Mme D_____ demandaient à l'OAI de reconsidérer son refus de rente et de reconnaître une rente de 50% en faveur de l'assurée.
- Selon une attestation du 14 juin 2021 du docteur G_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie ainsi qu'en allergologie et immunologie clinique, l'assurée souffrait d'une rhinite allergique et d'un asthme perannuels, en raison d'une hypersensibilité aux allergènes d'acariens de la poussière domestique. L'achat d'une housse imperméable pour son matelas et de taies imperméables pour son oreiller et son duvet était préconisé.

Le compte-rendu de l'angio-CT cérébral du 27 avril 2021 et l'attestation du 14 juin 2021 ont été transmis en annexe d'un courrier daté du 14 juillet 2021 dans lequel la recourante a expliqué que les atteintes somatiques entraînaient une grande fatigue et un stress élevé, ainsi que des répercussions sur sa santé psychologique, avec des troubles du sommeil détériorant ses capacités cognitives (attention, concentration, mémoire) et des troubles de l'humeur (anxiété, dépression), avec un impact négatif sur sa vie quotidienne et ses performances professionnelles.

Force est toutefois de constater que ces documents ne respectent pas les réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante : ils ne comportent ni anamnèse ni résumé du dossier. Les plaintes de l'assurée ne sont pas résumées et les médecins ne motivent aucunement leurs conclusions et ne critiquent pas non plus celles des médecins du CEMEDEX. Enfin, à l'exception de la sinusite, qui n'est de toute évidence pas incapacitante, les atteintes énoncées dans les trois rapports précités ont été pris en considération par les médecins du CEMEDEX.

En d'autres termes, la recourante n'a pas évoqué d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Les rapports transmis ne permettent ainsi pas de remettre en question les conclusions de l'expertise du CEMEDEX, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. La capacité de travail de la recourante est par conséquent entière quelle que soit l'activité retenue.

10. Dans son écriture du 10 septembre 2020, la recourante a demandé à être personnellement entendue en justice.

Dans ce contexte, c'est le lieu de relever qu'à teneur de l'art. 18 LPA, la procédure administrative est en principe écrite ; toutefois, si le règlement et la nature de l'affaire le requièrent, l'autorité peut procéder oralement.

Force est tout toutefois de constater que l'état de santé de la recourante ressort clairement des pièces du dossier (expertise du 23 décembre 2019 et rapport des médecins traitants). Une éventuelle audition de la recourante ne permettra pas de remettre en question les conclusions des médecins du CEMEDEX, de sorte que la chambre de céans y renoncera par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié).

11. À toutes fins utiles, la chambre de céans relève encore que le rapport du 23 décembre 2019 ne permet pas, à lui seul, de retenir un statut mixte. En effet, la dernière activité exercée par la recourante l'a été à 100% (vendeuse du 15 janvier 2013 au 28 février 2014 ; cf. rapport du 23 décembre 2019 p. 27). S'y ajoute le fait que la recourante ne se sent pas la force de travailler plus de 50%, à cause de son état de fatigue et de ses douleurs chroniques. Or, ce souhait coïncide avec les appréciations de ses médecins traitants, qui retenaient une capacité de travail de 50% uniquement. Partant, on ne peut considérer, sur la seule base du rapport d'expertise précité, que sans les atteintes à la santé, la recourante aurait travaillé à 50% uniquement et qu'un statut mixte doit être retenu. Ce point n'est toutefois en l'état pas pertinent, dès lors que la capacité de travail de la recourante est entière, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, ce qui exclut tout droit à une rente, qu'il s'agisse d'un statut mixte ou du statut d'une personne active.

12. Partant, le recours du 24 juin 2020 doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

    Il ne sera pas alloué de dépens à l'assurée, non représentée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA *a contrario* art. 89H al. 3 LPA *a contrario*).

    Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- au vu du sort du recours.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

La greffière	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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