

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2878/2022

ATAS/967/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 décembre 2025

Chambre 8

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Sylvie MATHYS, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Laurence PIQUEREZ, Présidente suppléante ; Anny FAVRE, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), secrétaire de formation, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 21 juin 2019. Elle y indiquait être en incapacité de travail complète depuis le 23 avril 2019.
- b.** Dans un rapport du 5 juillet 2019, la docteure B_____, spécialiste en radiologie, a fait état d'un status post laminectomie et flavectomie L5-S1 gauche, avec une sévère discarthrose L5-S1 protrusive sans signe de récurrence de hernie discale, présentant un important caractère inflammatoire de type Modic 1, et d'un rétrécissement foraminaux bilatéraux non significatif.
- c.** Dans un rapport du 17 juillet 2019, le docteur C_____ et le psychologue D_____ ont rapporté que leur patiente avait vécu quelques années en Égypte, avant de revenir en Suisse en raison de la grave atteinte à la santé de son fils. Elle souffrait de manière chronique et quotidienne depuis une ancienne cure d'une hernie discale. Sur le plan psychiatrique, ils ont mentionné des troubles du sommeil, une attitude triste, pessimiste et dépressive, un sentiment de vide existentiel, de l'anxiété, une démotivation, une absence de moments de plaisir, une émotivité, une image de soi défaillante, un surinvestissement en vue d'éviter l'abandon, des idées noires, des éclats de colère, une tendance aux comportements impulsifs, un état d'épuisement, une fragilité psychologique généralisée, un discours pauvre chargé d'émotions, de regrets et de colère, un émoussement émotionnel, une tendance à s'isoler et à ruminer, une agressivité aléatoire et une concentration limitée. Les facultés mnésiques étaient sujettes à perturbation en contexte émotionnel. Ils ont retenu les diagnostics de personnalité labile / borderline (F60.31), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de dépression anxieuse persistante avec une somatisation généralisée. L'incapacité de travail était totale depuis le 23 avril 2019 et le pronostic défavorable, malgré la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique hebdomadaire.
- d.** Le médecin traitant, le docteur E_____, a mentionné, au titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une discarthrose L5-S1. Il a également mentionné, sans influence, des plaintes digestives aspécifiques. Pour le surplus, il s'est référé à l'avis du psychiatre, le Dr C_____.
- e.** Dans un rapport complémentaire de juin 2020, le Dr C_____ s'est référé aux codes diagnostics F41.2 et F45.0 et a relaté des troubles cognitifs et émotionnels, des troubles anxieux et dépressifs, un grand isolement social et des difficultés dans les domaines courants de la vie quotidienne, tant pour des raisons psychiatriques que somatiques (lombalgies), avec un tableau de douleurs chroniques. Un traitement par antidépresseurs, hypnotiques et anxiolytiques va être introduit.
- f.** Le 1^{er} août 2020, le médecin traitant a confirmé l'incapacité de travail totale dans tout type d'activité. Il a fait mention d'une possible omarthrose gauche avec

claquements douloureux en cours d'évaluation, de douleurs rétrosternales aspécifiques et d'un suivi psychiatrique.

g. Le Dr C_____ a rapporté, le 8 octobre 2020, que l'introduction du traitement médicamenteux n'avait pas apporté d'amélioration nette et que sa patiente présentait une intolérance et une résistance aux médicaments avec d'autres symptômes corporels. La structure psychique était très fragilisée avec un risque de dissociation, et il existait un tableau préoccupant de neurasthénie chez une patiente très symptomatique. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux douleurs chroniques et au problème de force, ainsi qu'à une démotivation interne psychique. Alors qu'elle éprouvait antérieurement des problèmes à trouver le sommeil, elle était désormais enfermée dans son lit, épuisée.

h. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a confié une expertise bidisciplinaire au centre médical d'expertises CEMEDEX. Les docteurs F_____, spécialiste en rhumatologie, et G_____, spécialiste en psychiatrie, ont rendu leur rapport le 29 octobre 2021. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics de cervicalgie sans irradiation neurologique objective sur discopathie (M54.2), lombalgie sans irradiation neurologique dans les suites d'une chirurgie pour hernie discale L5-S1 en 2012 (M54.5), un syndrome somatoforme douloureux persistant évoluant depuis 2012 et s'étant aggravé depuis 2018 (F45.4) et d'autres réactions à un facteur de stress sévère (F43.8). Ils ont également mentionné, sans impact sur la capacité de travail, une fibromyalgie. D'un point de vue rhumatologique, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste ou du rachis cervical, ni de rotation répétée du rachis cervical et un port de charges proche du corps limité à 10 kg. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée était limitée par une fatigabilité liée à l'état anxieux. L'assurée bénéficiait de ressources essentiellement familiales, avec ses enfants en Suisse et sa famille en Égypte avec laquelle elle entretenait des contacts réguliers, et elle avait également des relations amicales. Elle s'était occupée de sa fille malade et l'avait hébergée à cette occasion. L'assurée assurait l'ensemble des gestes de la vie quotidienne. Elle avait des capacités d'adaptation légèrement diminuées en raison d'un état anxieux permanent qui la rendait probablement plus fatigable que par le passé. Le syndrome somatoforme persistant n'entraînait pas de limitations fonctionnelles, mais contribuait à une certaine fatigabilité, comme l'anxiété diffuse. L'intensité des plaintes était faible, ce qui était cohérent avec l'absence de traitement antalgique. Pour le surplus, les experts n'avaient pas constaté d'exagération et le discours de l'assurée était crédible. Au final, une capacité de travail entière dans tout type d'activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, y compris l'activité habituelle de secrétaire, était retenue, avec une diminution de rendement de 20 % justifiée par la fatigabilité liée à l'état anxieux, sans toutefois que la fatigabilité n'ait pu être constatée lors de l'examen. Dans son rapport psychiatrique, la Dre G_____ a

relevé que l'expertisée présentait des douleurs intenses et persistantes s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. Le poids des souffrances était considéré comme faible, vu le refus de traitement. Le diagnostic de stress post-traumatique posé par le psychiatre traitant n'était pas retenu en raison de l'absence d'évitements, de flash-backs et de pensées intrusives, et des troubles de la mémoire et de la concentration allégués qui ne se retrouvaient pas à l'examen. L'état d'angoisse permanent lié à la santé des enfants était cependant bien présent et il était par conséquent possible de conclure à un syndrome traumatique partiel, ce qui expliquait le diagnostic selon la référence F43.8. Pour l'experte psychiatre, les critères permettant de retenir un trouble de la personnalité émotionnellement labile / borderline n'étaient pas non plus réunis, et il en allait de même de la dépression anxieuse persistante.

i. Dans son avis du 9 novembre 2021, la docteure H_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que le rapport d'expertise était probant et que l'incapacité de travail à retenir était de 20% dès 2012, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste ou du rachis cervical, ni de rotation répétée du rachis cervical, port de charges proche du corps limité à 10 kg. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail étaient une fatigabilité liée à l'état anxieux, des cervicalgies sans irradiation neurologique objective sur discopathie (M54.2), des lombalgies sans irradiation neurologique objective dans les suites d'une chirurgie pour hernie discale L5-S1 en 2012 (M54.5) et une fibromyalgie.

j. Après avoir considéré, sur la base du parcours de vie de l'assurée, qu'elle présentait un statut de personne active, l'OAI a rendu un projet de refus de rente et de mesures professionnelles le 24 janvier 2022, le taux d'invalidité, qui se confondait avec le taux d'incapacité de travail, était de 20%.

k. L'assurée s'est opposée à ce projet, en joignant un rapport du 21 février 2022 du docteur I_____, neurochirurgien, lequel avait requis divers examens complémentaires. Elle a également produit un rapport de son médecin traitant et un autre du Dr C_____ du 14 février 2022, lequel mentionnait les symptômes psychiques, le risque de décompensation psychique avec risque vital engagé, l'impossibilité d'être sous stress et l'incapacité de travail à 100% de sa patiente.

l. Considérant que le Dr I_____, intervenant dans le cadre d'un second avis sur les cervicobrachialgies et les douleurs sciatiques, ne faisait que lancer des investigations sans mentionner d'aggravation et que les rapports médicaux dans leur ensemble ne faisaient pas état d'éléments nouveaux susceptibles de modifier les conclusions de son dernier rapport, le médecin SMR a maintenu son avis le 26 mai 2022.

m. Par décision du 8 juillet 2022, l'OAI a refusé la demande de prestations.

B. a. Agissant sous la plume de son avocate, l'assurée a interjeté recours contre cette décision par acte du 12 septembre 2022 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, ainsi qu'à la condamnation de l'assureur à lui verser une indemnité de procédure. Sur le fond, l'assurée faisait grief aux experts d'avoir minimisé certains éléments médicaux pourtant dument constatés par divers médecins, de s'être contredits dans leurs évaluations respectives, et d'avoir surévalué ses ressources. Elle a également reproché à l'intimé de ne pas avoir pris en compte l'aggravation de sa pathologie dorsale pourtant démontrée par le rapport du Dr I_____, ni le risque de décompensation psychique avec risque vital relaté par le Dr C_____. Un complément d'expertise devait donc être ordonné.

b. L'assurée a transmis à l'OAI un nouveau rapport du Dr I_____ du 11 mars 2022 et un autre du docteur J_____, orthopédiste spécialiste de l'épaule et du genou, du 6 avril 2022. Le premier médecin, au retour des examens complémentaires sollicités, a posé le diagnostic principal de déchirure du sus-épineux avec bursite et synovite sous-acromio-deltoïdienne gauche, et les diagnostics secondaires de discopathie dégénérative post-chirurgicale L5-S1 avec signes Modic II et compression foraminale L5 et récessale S1 résiduelle avec probable neuropathie encore irritative et discopathie dégénérative C3 à D1 au niveau cervical avec perte de lordose et sténoses foraminales multiples prédominant en C5, C6 et C7 du côté gauche. La douleur sciatique gauche était qualifiée de discrète. L'ENMG (membres supérieur et inférieur gauches) s'était révélé dans les limites de la norme. Pour ce motif, le médecin renonçait à tout autre geste diagnostic ou thérapeutique. Concernant les douleurs résiduelles lombaires, il avait proposé des séances de physiothérapie. Compte tenu de la pathologie de l'épaule gauche, elle était adressée au Dr J_____. Ce médecin a constaté des amplitudes articulaires de l'épaule complètes avec une force de la coiffe des rotateurs compensée. Compte tenu du tableau douloureux à composante mixte et de la bonne compensation de la lésion de l'épaule, une prise en charge chirurgicale n'était pas proposée, la patiente n'étant par ailleurs pas désireuse d'une intervention chirurgicale ou infiltrative. Des séances de physiothérapie avec suivi rhumatologique pour infiltration étaient recommandées.

c. La docteure K_____, du SMR, s'est prononcée sur ces rapports le 7 octobre 2022. Elle a estimé qu'il n'y avait pas d'élément objectif nouveau remettant en question les précédentes conclusions du SMR, ni d'aggravation de l'état de santé. Le problème de l'épaule était déjà connu de l'expert rhumatologue et aucune incapacité de travail n'avait été retenue pour cette pathologie, en raison d'un examen clinique normal, ce qui était confirmé par le Dr J_____. Elle proposait toutefois de préciser les limitations fonctionnelles en lien avec la problématique

de l'épaule, lesquelles recouvraient celles retenues antérieurement par le SMR pour le problème cervical : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements extrêmes répétitifs de l'épaule gauche. L'activité habituelle de secrétaire/réceptionniste était adaptée à ces limitations.

d. Dans sa réponse au recours du 10 octobre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise devait se voir reconnaître pleine valeur probante. S'agissant de l'absence d'impact de la fibromyalgie sur la capacité de travail, elle était justifiée en raison de sa gravité globale faible selon l'échelle de sévérité des symptômes, l'absence de comorbidité et la présence de ressources. Concernant ces dernières, elles avaient été évaluées de la même manière par les deux experts, sur la base des propos de la recourante. Il n'y avait donc pas lieu de revenir sur cette question, les affirmations actuelles pouvant être le fruit de réflexions liées aux conséquences sur la procédure. Le grief relatif à l'absence de prise en considération de l'impossibilité de tenir la position assise plus de 15 minutes n'était pas de nature à remettre en cause l'appréciation de la capacité de travail. En effet, de l'avis de l'OAI, l'activité habituelle impliquait diverses tâches permettant de changer de position et ne se résumait pas à l'utilisation d'un ordinateur. Il existait en outre des possibilités d'aménagements du poste de travail de manière ergonomique et, finalement, la diminution de rendement de 20% prenait en compte le temps de détente ou de changements de position. Les critiques faites aux réponses aux questions se rapportant aux soins personnels et aux tâches ménagères n'avaient pas d'influence, au vu du statut de personne active retenu. Enfin, le volet psychiatrique de l'expertise n'était pas véritablement critiqué, puisque la recourante se limitait à substituer les avis de ses médecins traitants à ceux des experts qui avaient procédé à un examen complet et à une évaluation de tous les critères jurisprudentiels pertinents en matière de reconnaissance du caractère invalidant de troubles psychiatriques. Pour le surplus, et en particulier en regard des nouveaux rapports médicaux, l'intimé s'est référé aux conclusions du SMR et a jouté qu'en matière d'invalidité étaient déterminantes les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain, et non les seules considérations médicales.

e. Dans sa réplique du 11 novembre 2022, la recourante a fait valoir que la décision entreprise reposait sur une appréciation arbitraire, entachée de contradictions et fondée sur une expertise incomplète qui ne prenait pas correctement en compte l'intégralité des éléments médicaux figurant au dossier. En particulier, les diagnostics psychiatriques étayés du médecin traitant étaient écartés de manière arbitraire sous couvert d'une pseudo-motivation, de manière à nier leur impact réel et concret sur la capacité de travail. Au niveau rhumatologique, les constats documentés par imagerie médicale et ENMG étaient disqualifiés, ce qui conduisait l'expert à estimer que la fibromyalgie expliquait la diffusion des douleurs et l'asthénie, mais ne présentait pas d'impact sur la

capacité de travail en raison de l'absence de comorbidité, faisant ainsi abstraction du tabagisme. L'appréciation lacunaire des experts avait d'ailleurs conduit le SMR à préciser les limitations fonctionnelles et le poste de travail retenu par ce service (secrétaire/réceptionniste) n'était pas le même que celui visé par les experts (activité de secrétaire sans tâches d'accueil ni efforts de soulèvement). Enfin, les éléments objectifs figurant dans les rapports médicaux produits après le dépôt du recours n'avaient pas été pris en compte par les experts. Un complément d'instruction était donc justifié et la recourante a confirmé ses conclusions.

f. L'intimé a quant à lui également confirmé sa position par écriture du 28 novembre 2022.

- C. a. Par acte du 18 janvier 2024, la chambre de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire confiée aux docteurs L_____, psychiatre, et M_____, rhumatologue. Il a en effet été considéré que l'expertise des Drs G_____ et F_____ ne revêtait pas une valeur probante suffisante permettant de déterminer, à satisfaction de droit, les diagnostics qui devaient être retenus, leur caractère incapacitant et l'étendue de la capacité de travail et de rendement résiduelle dans l'activité habituelle de secrétaire, cas échéant dans une activité adaptée, compte tenu de limitations fonctionnelles claires.

Les experts ont rendu leur rapport le 3 mai 2024. Ils ont repris l'intégralité du dossier et ont fait procéder à des examens radiologiques et de laboratoire complémentaires.

Dans son évaluation rhumatologique, le Dr M_____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail en lien avec une occupation administrative. Il a mentionné, sans répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies avec cervicarthrose étagée, sévère de C5 à C6 avec inversion de la lordose cervicale (M4782), des lombalgies avec lombodiscarthrose étagée, sévère au niveau de la charnière lombosacrée (M4786) et des dorsalgies avec discarthrose du rachis dorsal modérée. Il a fait état d'un probable abaissement du seuil de déclenchement de la douleur diffus sur un mécanisme de sensibilisation centrale. Le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait être retenu car il y avait d'autres diagnostics ostéoarticulaires objectivables tant au niveau du status clinique qu'aux examens radiologiques qui expliquaient la plupart des douleurs chroniques. S'agissant de l'épaule gauche, il y avait une discrète tendinopathie du tendon sus-épineux. La musculature demeurait bien développée de ce côté chez une gauchère et l'impact fonctionnel était faible. L'état de santé somatique global s'était très probablement légèrement détérioré, ce qui est l'évolution attendue de ce type de troubles dégénératifs. Et les douleurs étaient fluctuantes, ce qui semblait également le cas chez l'expertisée, en comparant les constats cliniques de la première expertise, ceux du Dr I_____ et ceux de l'expertise de 2024. À titre d'exemple, le médecin a cité le fait que l'expertisée se levait toutes les 15 minutes durant l'anamnèse en 2021, et ne s'était pas levée du tout pendant l'anamnèse de 2024. Les limitations fonctionnelles décrites par la recourante dans son quotidien,

telles que la nécessité de fractionner certaines tâches, étaient concordantes avec les atteintes du rachis. Il en allait de même de la raideur matinale décrite. Il n'y avait pas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse. La recourante n'utilisait que peu de moyens antalgiques pour traiter ses douleurs, probablement par crainte des traitements dont elle ne voulait pas. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert rhumatologue retenait les suivantes : pas de travail la tête penchée en avant ou en arrière, pas de rotations de la tête, pas de port de charge près du corps de plus de 10 kg occasionnel, pas de port de charge répétitif, pas de port de charge à partir du sol de plus de 5 kg, pas de travail penchée en avant, pas de rotation du tronc et pas d'extension du tronc. Il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de réceptionniste ou secrétaire qui était adaptée aux diagnostics rhumatologiques, et ce depuis 2019. Une diminution de rendement ne pouvait en revanche être exclue, surtout en raison du fait que l'expertisée n'avait pas travaillé durant de nombreuses années. La reprise du travail devait se faire avec une période de réentraînement à l'endurance sur environ trois à six mois, avec un début à 50%, en parallèle à des mesures médicales sous la forme d'une activité physique régulière telle que la marche au moins 1 heure par jour et des exercices de physiothérapie posturale, d'étirements et de gainage. L'expert s'est également prononcé sur les conclusions de l'expertise du CEMEDEX et des médecins traitants.

La Dre L_____, après avoir repris le parcours de vie de l'expertisée de manière détaillée, a rapporté diverses constatations cliniques. Elle a ainsi constaté un léger ralentissement psychomoteur, de la peine à répondre aux questions du fait de problèmes de concentration et d'attention. Le tableau décrit par l'expertisée était retrouvé en entretien du point de vue de l'humeur : beaucoup de pleurs, une thymie triste et dépressive en général, des affects modulables, par moments labiles et congruents à la pensée. Il y avait une perte de l'élan vital, une grande fatigue, une anhédonie et une perte d'intérêt pour ce qu'elle appréciait habituellement. La recourante présentait une aboulie et une apathie avec un sentiment de désespoir et de découragement lié aux événements traumatiques vécus depuis 2018, sur lesquels portent des ruminations quasi constantes. Une perte d'estime de soi et un sentiment de culpabilisation en lien avec sa situation de santé était décrite. Il y avait une perte de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables, un manque de réactivité émotionnelle à des événements ou à des circonstances habituellement agréables, une perte marquée de l'appétit et une diminution marquée de la libido. Des troubles du sommeil étaient présents avec parfois des difficultés d'endormissement et très régulièrement des réveils nocturnes, accompagnés d'une grande fatigue au réveil et toute la journée. L'expertisée présentait des idées suicidaires passives, ressentait du découragement et une fatigue de sa vie. Une certaine anxiété était présente dans le contact, avec un tension interne. Des réminiscences de la maladie de son fils existaient sous forme d'images, de sons et de craintes qui s'imposaient à l'expertisée, un émoussement affectif et un détachement par rapport aux autres. Il y avait aussi des

moments d'angoisse décrits, allant parfois jusqu'à une attaque de panique, ainsi qu'une hypervigilance. Le discours était clair et légèrement ralenti, l'expertisée pouvant parfois perdre le fil. La pensée semblait légèrement ralentie. Le contenu du discours revenait rapidement sur des ruminations à propos de la maladie de son fils. Finalement, la Dre L_____ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques avec syndrome somatique (F33.21), le premier épisode de dépression étant apparu au moment de la maladie de son fils en 2018, et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), lequel faisait suite à un état de stress post-traumatique (F43.1) dont l'évolution était chronique et durait depuis plus d'une année. Le médecin retenait également une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), présente depuis le jeune âge adulte, sans répercussion sur la capacité de travail. Les deux premiers diagnostics étaient qualifiés de graves. L'intensité sévère de la dépression était confirmée par un test MADRS. Il n'y avait pas eu d'évolution significative depuis 2019, ce qui ressortait à la fois des descriptions faites par l'assurée et des avis de son psychiatre. Les symptômes décrits et constatés rendaient difficiles la gestion des activités ménagères, de l'administratif et du quotidien et l'empêchaient d'avoir une vie sociale, ce qui était également confirmé par les observations du psychiatre. Il n'y avait chez l'expertisée ni discordance, ni exagération des symptômes ou constellation semblable. L'ensemble de la symptomatologie générait une impossibilité de se rendre à un travail et d'exécuter les tâches demandées en tant que secrétaire ou assistante. Ils limitaient en outre fortement les possibilités de gestion au quotidien. Il n'y avait par ailleurs pas d'atypie et les limitations étaient uniformes dans tous les domaines. L'évolution correspondait à ce qui était attendu pour le type de pathologie diagnostiquée. Les traitements pharmacologiques étaient perturbés par les effets secondaires présentés par l'expertisée. Le pronostic était mauvais, en raison de la présence d'un épisode dépressif d'intensité sévère qui nécessitait la mise en place d'un traitement pharmacologique, et une problématique post-traumatique sévère nécessitant un travail psychothérapeutique sur de longues années et dont le succès n'était pas certain. Il fallait également tenir compte, dans le pronostic, de l'âge de l'expertisée (59 ans) et du fait qu'elle ne travaillait plus depuis 10 ans. Malgré les inquiétudes montrées face aux effets secondaires des traitements psychotropes, l'expertisée s'engageait de manière raisonnable dans les propositions de traitements qui lui étaient faites. La psychiatre s'est finalement expliquée sur les divergences avec les conclusions de la Dre G_____, psychiatre du CEMEDEX. En particulier, les douleurs alléguées par l'expertisée étaient clairement en lien avec des substrats physiques et les autres constatations allaient à l'encontre de la définition des troubles somatoformes selon la CIM-10.

Dans leur évaluation consensuelle, les Drs M_____ et L_____ ont exposé que depuis 2018 et la maladie oncologique de son fils, l'assurée avait présenté un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques avec syndrome somatique (F33.1) et une modification durable de la personnalité

après une expérience de catastrophe (F62.0) qui l'empêchaient totalement de travailler depuis lors, les pathologies somatiques étant quant à elles sans influence sur la capacité de travail. L'assurée n'avait que peu de ressources psychologiques ou de réseau social. Ils considéraient qu'en sus des recommandations effectuées dans le cadre de l'expertise rhumatologique, une reprise de médication antidépressive était indiquée, couplée à une psychothérapie spécialisée pour les symptômes post-traumatiques.

b. Invitée à se prononcer sur le rapport d'expertise, la recourante n'a pas formulé de remarques liées à la partie psychiatrique de l'expertise, ni sur l'appréciation consensuelle du cas, qui établissait selon elle « de manière objective qu'elle présente depuis 2018 un état douloureux chronique d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout être exigée de sa part ». Elle s'est en revanche opposée aux conclusions prises sur le plan somatique, les atteintes dégénératives objectivées concordantes avec les limitations fonctionnelles décrites devant aboutir à la reconnaissance d'une capacité de travail limitée à tout le moins de 50%.

c. L'intimé, quant à lui, a considéré que les conclusions au niveau rhumatologique ne prêtaient pas le flanc à la critique. Tel n'était en revanche pas le cas des conclusions de l'expert psychiatre. Selon la docteure K_____, du SMR, il existait en effet des incohérences entre les constatations cliniques de l'expertise de 2021 et celle de 2024, ainsi que des divergences diagnostiques entre l'expert et le médecin traitant. Les activités quotidiennes de l'assurée demeuraient pour l'essentiel inchangées et peu perturbées, en dehors d'un isolement social partiel, ce qui n'était pas compatible avec le diagnostic de trouble dépressif sévère, ce d'autant qu'il n'y avait pas de traitement psychotrope ni eu d'hospitalisation. En conséquence, l'intimé sollicitait un complément d'expertise sous la forme de questions proposées par le SMR.

d. Dans une écriture du 28 juin 2024, la recourante a déclaré s'en remettre à justice s'agissant du complément d'expertise requis par l'intimé, tout en considérant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, qui était probante.

e. La cause a ensuite été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et les conditions de recevabilité ayant déjà fait l'objet d'un examen dans l'ordonnance, non contestée, du 18 janvier 2024, il ne sera pas revenu dessus dans le présent arrêt.
2.
 - 2.1 A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été rejeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
 - 2.2 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).
 - 2.3 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, 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).
 - 2.4 En l'occurrence, la décision querellée concerne un octroi de rente d'invalidité dont le droit est né le 1^{er} avril 2020 au plus tôt, eu égard à la date du dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel le droit à la rente prend naissance 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), de sorte que les dispositions légales seront citées dans leur ancienne teneur.
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail.
4. 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).

5. 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6.

6.1 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 des assurances 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 la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1).

6.2 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 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_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence et 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).

7. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne

concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2; 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A

l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des

affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches []. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2)

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une

atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

8.

8.1 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les

fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

8.2 Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

8.3 En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal

fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

9.

9.1 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 (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).

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.

9.2 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.3 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 ; ATF 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 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

9.4 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 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).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise 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).
12.
 - 12.1 En l'espèce, l'expertise bidisciplinaire réalisée par le CEMEDEX sur laquelle l'intimé s'est fondé pour rendre sa décision litigieuse a été considérée

comme n'ayant pas valeur probante par la chambre de céans dans son ordonnance du 18 janvier 2024, faute d'être complète et suffisamment motivée.

Pour ce motif, une expertise bidisciplinaire judiciaire a été confiée aux Drs M_____ et L_____.

12.2 Ces médecins ont rendu un rapport particulièrement complet et étayé. Ils ont repris l'intégralité des documents médicaux au dossier, qu'ils ont complétés, en sus de leurs propres examens cliniques, par des examens radiologiques et de laboratoire et des questions posées aux médecins traitants de la recourante. Leurs conclusions sont dûment motivées, de façon claire et concordante. L'ensemble des critères posés par la jurisprudence et rappelés ci-dessus ont fait l'objet d'une analyse. Les divergences de position avec les précédents experts sont expliquées. C'est ainsi que l'experte psychiatre a très clairement énoncé les raisons qui l'ont fait s'écarter de l'évaluation précédente, notamment en se référant aux critères diagnostics de la CIM-10, au contexte de vie de la recourante qui vit cloîtrée dans son appartement faisant passer au second plan les manifestations du trouble de la personnalité, aux diverses constatations des médecins traitants et aux siennes. Il en va de même des divergences moindres avec l'avis du psychiatre traitant. Contrairement à ce que fait valoir l'intimé, le fait de retenir un épisode dépressif actuel de gravité sévère dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent n'est contradictoire ni avec les constatations cliniques différentes de l'experte du CEMEDEX, ni avec une évolution qualifiée de chronique ou stable. En effet, la définition du trouble dépressif récurrent selon la CIM-10 est « un trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (...). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une augmentation de l'humeur et une augmentation de l'activité, succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur » (CIM-10-GM 2024, Index systématique, publié par l'Office fédéral de la statistique, p. 198, F33.-) La Dre L_____ parle d'ailleurs d'un premier épisode en datant l'apparition de la maladie en 2018. Lorsqu'elle mentionne les limitations fonctionnelles, elle se réfère au trouble dépressif récurrent, sans qualifier la gravité d'un épisode en particulier. Enfin, elle expose de manière convaincante l'interaction des trois diagnostics retenus, dont les limitations fonctionnelles se cumulent, engendrant une incapacité totale de travail. De possibles périodes d'amélioration de l'état dépressif ne sauraient, dans ce contexte, justifier une reprise de la capacité de travail. Quant à la critique de l'intimé relative à l'absence d'influence des troubles psychiatriques sur les activités quotidiennes et au maintien d'une vie sociale, elles doivent être écartées. Premièrement, les tâches quotidiennes de la recourante sont très limitées du fait qu'elle vit seule dans un petit logement. Malgré cela, elle doit fractionner son ménage, ne mange qu'une fois par jour et ne cuisine qu'un jour sur deux et souvent des plats froids. Elle a renoncé à repasser. Elle ne fait que des courses proches de chez elle, en toutes petites quantités. On ne saurait considérer les

quelques contacts annuels avec des amies et sa famille par messagerie ou téléphone comme démontrant une véritable vie sociale. La recourante déclare même ne pas trouver la force d'appeler sa sœur ou sa meilleure amie et n'a aucun soutien de ses enfants, avec qui elle n'a que très peu de contacts. Elle ne sort pas et ne reçoit personne. Son seul véritable lien avec autrui et l'extérieur consiste en des rendez-vous bihebdomadaires chez son psychiatre, ce qui relève du traitement de ses pathologies et non pas d'une vie sociale. L'isolement de la recourante est donc plus que suffisant pour retenir que les atteintes exercent une influence similaire dans tous les domaines de la vie. L'absence d'hospitalisation ou de prise de traitement psychotrope ne sont pas non plus décisives. On ne comprend pas vraiment en quoi une hospitalisation serait déterminante dans le présent contexte. La recourante présente des idées suicidaires, mais sans projet de passage à l'acte, de sorte qu'il n'apparaît pas fondamentalement essentiel de la faire hospitaliser pour la protéger d'elle-même. Quoi qu'il en soit, une hospitalisation en milieu psychiatrique n'est pas un critère diagnostic. Enfin, l'absence de médication psychotrope s'explique, dans un premier temps, par un refus de la recourante pour des questions de croyances, puis par l'échec de tous les traitements qualifiés de conformes aux guidelines psychiatriques par l'experte L_____, notamment en raison d'importants effets secondaires. Un traitement avec d'autres molécules peut toutefois encore être tenté et est recommandé.

Compte tenu de ce qui précède, il n'apparaît pas utile de procéder à un complément d'expertise comme requis par l'intimé et les médecins de son service médical régional.

S'agissant du volet rhumatologique, critiqué par la seule recourante du fait de l'absence de reconnaissance d'une diminution de la capacité de travail pour des raisons somatiques, il est également probant. Les explications de l'expert sont claires et concordantes d'ailleurs avec les médecins ayant eu à traiter l'intéressée. La recourante se borne ici à opposer sa propre appréciation à celle de l'expert, ce qui est largement insuffisant pour émettre un doute sur les conclusions motivées de l'expertise. Eu égard à la reconnaissance d'une incapacité de travail entière dans tout type d'activité pour des motifs psychiatriques, il n'y a de toute manière pas lieu de s'attarder sur cette question.

13.

13.1 Il suit de ce qui précède que la recourante ne dispose plus d'aucune capacité de travail depuis juin 2018, moment de l'hospitalisation de son fils en oncologie, ni dans son activité habituelle de secrétaire / réceptionniste, ni dans une autre activité. En pareilles circonstances, le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail.

13.2 Compte tenu du délai d'attente de six mois et de la date de dépôt de la demande, il y a lieu de reconnaître à la recourante un droit à une rente entière d'invalidité à compter du mois de décembre 2019.

14. Le recours sera par conséquent admis et la décision querellée annulée.
15. La recourante, qui obtient gain de cause, est assistée d'un mandataire professionnellement qualifié. Elle a dès lors droit à des dépens, qui seront présentement fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure en matière d'assurance-invalidité n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). Un émolument de CHF 1'000.- sera mis à la charge de l'intimé, compte tenu de l'importance des frais liés à la réalisation de l'expertise judiciaire.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du ~~19 octobre~~ **2023* 8 juillet 2022.**

***Rectification d'une erreur matérielle le 22.12.2025/MID/WMH**

4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière (taux d'invalidité de 100%) dès le 1^{er} décembre 2019.
5. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 3'000.- pour ses dépens.
6. Met un émolument de CHF 1'000.- 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 suppléante

Pascale HUGI

Laurence PIQUEREZ

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