



POUVOIR JUDICIAIRE

A/302/2023

ATAS/356/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mai 2024

Chambre 4

En la cause

A _____

recourante

représentée par Maître Mélanie MATHYS DONZE, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER,
Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1970, mère d'un enfant né le _____ 1991 et elle a divorcé en 1994. En 2018, elle travaillait pour B_____ SA (ci-après l'employeur) à 70% et était assurée à ce titre pour l'assurance-accidents par SWICA ORGANISATION DE SANTÉ (ci-après : SWICA). Elle travaillait en parallèle comme nettoyeuse pour la boulangerie C_____ Sàrl, et son contrat pour cette dernière s'est terminé le 30 novembre 2018.

b. Le 17 mars 2018, l'assurée a ressenti de fortes douleurs au dos alors qu'elle travaillait pour B_____ SA.

c. Le 21 mars 2018, des médecins du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont posé le diagnostic de lombalgies, précisant que l'assurée était connue pour un état dépressif et une fibromyalgie.

d. Le 24 août 2018, l'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité, indiquant être en incapacité de travail à 100% dès le 18 mars 2018.

e. La docteure D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué dans un rapport à l'office l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé), réceptionné le 15 octobre 2018, que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 18 mars 2018. Les diagnostics étaient un syndrome lombo-vertébral (2018), une fibromyalgie (2008) et un état dépressif. Il y avait une amélioration très lente. Les limitations fonctionnelles étaient le port de lourdes charges et la station debout prolongée. L'assurée pouvait travailler quatre heures par jour dans une activité adaptée. Elle arrivait à faire son ménage en plusieurs étapes et de multiples pauses. C'était la fibromyalgie qui faisait obstacle à une réadaptation.

f. L'assurée a fait l'objet d'une expertise bi-disciplinaire les 23 et 26 juillet 2018 par les docteurs E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du CEMed. Dans leur rapport du 14 septembre 2018, les experts ont conclu qu'il n'y avait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, l'assurée présentait une fibromyalgie dont l'évolution et le pronostic étaient difficiles à évaluer. Il ne s'agissait pas d'une affection grave, mais chronique, bien que certains en guérissaient. Les lombalgies, en particulier leur intensité et leur durée, n'étaient pas explicables par les constatations cliniques et radiologiques objectives et rentraient dans le cadre de la fibromyalgie.

Sur le plan psychique, l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant non incapacitant.

g. Par projet de décision du 29 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Elle avait un statut d'active. Selon l'instruction médicale, elle avait été

totalelement incapable de travailler dans ses activités habituelles entre le 17 février et 14 septembre 2018, soit pendant moins d'une année, de sorte que les conditions du droit à une rente n'étaient pas réunies. Des mesures professionnelles ne se justifiaient pas.

h. Ce projet a été confirmé par décision du 11 mars 2019.

B. a. L'assurée a formé une nouvelle demande à l'OAI le 17 septembre 2020.

b. Le 18 septembre 2020, l'OAI l'a informée que cette demande ne pourrait être examinée que s'il était rendu plausible que l'invalidité s'était modifiée de façon à influencer ses droits depuis la dernière décision.

c. L'OAI a réceptionné le 16 octobre 2020 un rapport établi le 25 juillet 2019 par la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG, ainsi qu'un rapport établi le 16 octobre 2020 par le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquant que l'assurée était en traitement dans le cadre de sa consultation depuis le 31 octobre 2018, suite à la survenue envahissante d'émotions tristes et négatives, d'une démotivation inexplicable, d'angoisses importantes, d'une attitude morose, d'apathie et d'un pessimisme important dans le contexte d'un syndrome douloureux. Les symptômes psychiques principaux s'organisaient autour d'une dépression sévère envahissante. L'assurée avait des idées dévalorisantes avec une désorganisation de son fonctionnement quotidien de base. Elle était triste et enfermée dans des ruminations permanentes, avec une tendance à tout remettre en question dans son fonctionnement jusqu'à l'épuisement. Elle décrivait des troubles de la concentration et une limitation de ses capacités cognitives et attentionnelles. Elle se déplaçait à l'aide de béquilles en raison de problèmes de déambulation.

L'assurée souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, d'une fibromyalgie et de douleurs musculaires avec des lombalgies chroniques en aggravation.

d. La Dre D_____ a indiqué le 21 avril 2021 que l'assurée ne travaillait plus depuis 2018. Elle n'avait absolument pas les ressources utiles pour sa réinsertion. Elle ne pouvait pas travailler dans une activité tenant compte de son atteinte à la santé. Le pronostic était mauvais. L'évolution, tant de ses douleurs diffuses que de son état dépressif, était défavorable avec une patiente figée, hébétée et extrêmement douloureuse.

b. Le 10 août 2021, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire avec volet rhumatologique et psychiatrique était nécessaire.

c. Une expertise a été confiée par l'OAI au centre d'expertises SMEX SA, laquelle a été effectuée par les docteurs H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et I_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

d. Selon le rapport d'expertise du 30 juin 2022, les diagnostics étaient une fibromyalgie (avec des scores de Wolfe à 29/31 et de Waddell à 4/5) avec incidence sur la capacité de travail, ainsi qu'une dysthymie, sans incidence sur la capacité de travail. Du point de vue interdisciplinaire, l'assurée pouvait travailler à plein temps tant dans l'activité exercée en dernier lieu que dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20% en raison des douleurs rhumatologiques et des pauses supplémentaires nécessaires, la capacité de travail était ainsi de 80%. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail avait toujours été de 100%.

e. Le 13 juillet 2022, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'éloigner des conclusions de l'expertise.

f. Par projet de décision du 4 novembre 2022, l'OAI a refusé une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à l'assurée.

g. Le 29 novembre 2022, l'assurée a formé opposition à ce projet, faisant valoir que, selon ses médecins, son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle.

h. Par décision du 14 décembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il ressortait des documents professionnels et médicaux en sa possession que l'atteinte à la santé de l'assurée justifiait une baisse de rendement de 20% depuis mars 2018 dans son activité habituelle. Les conditions d'octroi d'une rente n'étaient ainsi pas ouvertes.

C. a. Le 30 janvier 2023, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, préalablement, à son audition et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

b. Le 23 mai 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. La recourante a été entendue par la chambre de céans le 29 novembre 2023.

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. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais elle concerne une demande de rente qui pourrait avoir pris naissance avant cette date, de sorte que c'est le droit applicable jusqu'à celle-ci qui est applicable.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante, en particulier sur la question de savoir si son état s'est péjoré depuis la dernière décision de l'intimé du 11 mars 2019.
- 5.

5.1

5.1.1 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même,

mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5.1.2 Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88^{bis} al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est

présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88^{bis} al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77

5.2

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

5.2.2 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 (Ulrich MEYER-BLASER, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, 1997, p. 8).

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.

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

l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.3

5.3.1 L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

La reconnaissance de l'existence d'une fibromyalgie suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un rhumatologue s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.2).

5.3.2 Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a également lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, 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). Il convient également 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

La reconnaissance d'un trouble psychique doit reposer sur le diagnostic posé par un psychiatre (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

5.3.3 Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence relative à l'établissement de la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique les indicateurs qui s'appliquent également pour déterminer la capacité de travail exigible des personnes souffrant de troubles psychiques.

5.3.4 Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

5.4 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).

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. A 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).

5.5 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). 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).

5.6 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

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).

6. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du SMEX SA.

6.1

6.1.1 Elle a produit un rapport établi le 5 avril 2023 par la Dre D_____, qui relevait que l'expertise ne tenait pas compte des éléments objectifs de l'anamnèse, en indiquant que les plaintes de la recourante ne se reflétaient pas dans le descriptif de sa journée-type.

6.1.2 Dans son rapport, l'expert psychiatre a mentionné que la recourante se plaignait principalement de douleurs atroces, chaque jour, dans tout le squelette, surtout au dos et aux pieds. Elle était constamment en dépression, malgré le traitement qu'elle prenait depuis cinq ans et elle perdait souvent la mémoire. Elle avait mal à la tête et ne supportait pas la lumière ni le bruit. Elle souffrait également d'incontinence et de ses yeux depuis dix ans. Par périodes, elle dormait tout le temps ou pas du tout. Elle était constamment fatiguée. Ses douleurs s'étaient aggravées progressivement. Elle avait beaucoup de crises d'angoisse, qui pouvaient durer jusqu'à une heure, mais qui passait vite si elle prenait les médicaments. Elle disait avoir des crises de larmes, surtout quand elle devait faire des examens douloureux. Elle avait souvent des idées noires. Elle disait qu'elle ne valait rien et qu'elle dépendait des autres. S'agissant de la vie quotidienne, elle déclarait se débrouiller seule et faire un peu chaque jour.

Sous la rubrique « Déroulement détaillé et représentatif d'une journée type », l'expert a noté que l'assurée se levait à 7h30 si elle avait rendez-vous, sinon vers 12h, et parfois à 17h. Elle disait avoir du mal à quitter le lit. Elle mangeait un seul repas le soir et se couchait entre 22h et 23h. Après s'être levée, il lui fallait deux heures pour être dans son état normal physiquement et mentalement. Elle prenait un café et s'occupait de sa chatte. C'était son trésor. Elle passait beaucoup de temps avec elle. Ensuite, elle essayait de s'instruire sur internet. Elle s'allongeait, puis faisait des tâches ménagères en faisant des pauses. Elle ne pouvait pas marcher longtemps, car elle devait prendre des béquilles. À cause de ses douleurs, elle allait faire ses courses deux à trois fois par jour à un centre commercial qui se trouvait à côté de chez elle. Parfois des amis l'aidaient. Elle avait une télévision, mais ne l'allumait pas car elle ne supportait pas le bruit. Elle n'écoutait pas de musique. Elle lisait sur son téléphone des articles sur la psychologie, qui l'aidaient beaucoup. Elle n'avait aucun hobby ni loisirs. Elle s'occupait de son foyer, du linge des courses et de la confection des repas. Elle utilisait le bus pour se déplacer. Trois ans auparavant, elle était allée voir sa mère au Portugal. Elle était partie en avion, mais la position assise lui avait fait beaucoup de mal.

Dans son évaluation médicale, l'expert a mentionné que l'examen clinique ne mettait pas en évidence de ralentissement psychomoteur, de tristesse pathologique, de troubles cognitifs significatifs ni de troubles neurovégétatifs

d'anxiété. Les dosages sanguins mettaient en évidence un taux de l'antidépresseur, dans l'intervalle thérapeutique recommandé, et l'absence de benzodiazépines, que l'assurée disait utiliser en cas de crise d'angoisse, et de Tramadol, alors qu'elle affirmait en prendre deux comprimés à 50 mg par jour en raison de ses douleurs très fortes. L'examen clinique, l'anamnèse et le descriptif de la journée type ne permettaient de retenir un trouble psychiatrique incapacitant. Il n'y avait pas d'épisode dépressif, pas ou plus de critères suffisants pour poser un diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant. Le diagnostic non incapacitant de dysthymie était retenu devant la présence de troubles chroniques de l'humeur variant d'un jour à l'autre en fonction de l'état des douleurs et n'empêchant pas une autonomie totale sur le plan des tâches élémentaires de la vie quotidienne, de la gestion de ses problèmes de santé de son foyer et en l'absence de symptômes majeurs de dépression à type de ralentissement psychomoteur ou de tristesse pathologique. Il était retrouvé une tristesse modulable, souple, congruente aux thèmes des échanges, l'assurée pleurant à trois ou quatre reprises pendant l'examen, ayant une humeur neutre la majeure partie de cet examen et arrivant à sourire à quelques reprises.

Sous « Évaluation de la cohérence et de la plausibilité » (présence d'une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie), l'expert a indiqué que l'assurée se plaignait de fatigue, de troubles majeurs du sommeil, tout en expliquant qu'elle faisait tout à la maison. Les plaintes de l'assurée ne se reflétaient ainsi pas dans le descriptif de sa journée type. L'expert a indiqué, sous « Analyse détaillée la personnalité de l'expertisée », que son comportement face à la maladie était l'amplification.

6.1.3 La chambre de céans relève que l'anamnèse repose essentiellement sur les déclarations de l'expertisée. Si cette dernière a certes indiqué, dans sa description d'une journée type, des éléments compatibles avec ses plaintes, à savoir notamment qu'elle avait beaucoup de mal à quitter son lit, elle a également indiqué, comme l'a retenu l'expert, qu'elle faisait ses tâches ménagères, confectionnait ses repas, s'occupait de son linge, faisait ses courses, lisait des articles sur la psychologie, s'occupait de sa chatte et se déplaçait en bus. Pour l'expert, ces derniers éléments n'étaient pas compatibles avec les plaintes de la recourante, relevant que son comportement face à la maladie était l'amplification. Il convient de relever à cet égard que l'expert doit analyser la situation des personnes expertisées non seulement en fonction de l'anamnèse, mais également des éléments du dossier et de ses propres constatations.

La recourante conteste pouvoir actuellement se déplacer au Portugal pour rendre visite à sa mère, ce qu'elle avait fait trois ans auparavant. Il faut relever à cet égard que l'expert n'a pas fondé ses conclusions sur ce seul élément, qui reste toutefois pertinent, puisqu'il a évalué, en juin 2022, la capacité de travail de l'assurée depuis 2018. En conclusion, le premier grief de la recourante sur le rapport d'expertise doit être écarté.

6.2

6.2.1 La recourante a fait valoir que les deux experts n'avaient pas présenté la même appréciation des faits. Sur le plan rhumatologique, il était constaté qu'elle présentait une fibromyalgie et que les symptômes dont elle se plaignait étaient plausibles, alors que l'expert psychiatre considérait que ses plaintes n'étaient pas plausibles.

6.2.2 La chambre de céans constate que la recourante compare ici des situations qui ne peuvent pas l'être. Seul l'expert rhumatologue est en effet compétent pour examiner les symptômes de la fibromyalgie et poser ce diagnostic, alors que l'expert psychiatre est seul compétent pour se prononcer sur les diagnostics psychiatriques uniquement et sur la capacité de travail, en application des indicateurs développés par le Tribunal fédéral. L'on ne peut ainsi reprocher aux experts d'avoir présenté une appréciation différente de mêmes faits.

6.3

6.3.1 La recourante a fait valoir que tant son médecin traitant que son psychiatre avaient posé des diagnostics incapacitants du point de vue psychiatrique et que l'état dépressif sévère, attesté le 20 avril 2023 par le Dre D_____, devait être retenu comme facteur principal de son incapacité de travail.

6.3.2 L'expert psychiatre a motivé le diagnostic de dysthymie qu'il a retenu, en relevant que les troubles dépressifs dont se plaignait la recourante n'avaient pas d'impact sur son autonomie dans les activités ménagères, les tâches élémentaires de la vie quotidienne, la capacité de se déplacer seule, d'organiser ses soins, de s'occuper de sa chatte, de faire ses courses plusieurs fois par jour, de lire des articles sur la psychologie et de se rendre au Portugal en avion, ce qu'elle avait fait trois ans auparavant. L'examen clinique n'avait pas permis de retrouver un ralentissement psychomoteur, une tristesse pathologique, des symptômes neurovégétatifs, une anxiété, ni un trouble cognitif significatif. L'intensité de l'anxiété et des douleurs n'était pas corroborée par les données thérapeutiques puisqu'aucune trace de benzodiazépine n'avait été retrouvée. Il n'avait pas non plus été retrouvé de trace de Tramadol, alors que la recourante affirmait en prendre deux comprimés de 50 mg par jour. Les troubles dépressifs évoqués par celle-ci correspondaient ainsi à la définition d'un trouble dysthymique avec des sensations subjectives de fatigue, des ruminations, de la tristesse, des variations de cette humeur d'un jour à l'autre ou selon les circonstances. Ces troubles n'empêchaient pas la recourante de faire face à ses tâches élémentaires de la vie quotidienne et n'avaient donc pas d'impact sur sa capacité de travail. L'expert psychiatre a encore précisé, en lien avec l'appréciation du Dr G_____, qui avait posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, que lors d'un épisode dépressif sévère, on était incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles ou ménagères, ce qui n'était pas le cas de la recourante.

La motivation de l'expert est convaincante et les rapports des médecins traitants du recourant ne suffisent pas à remettre en cause son diagnostic.

6.4

6.4.1 La recourante a fait valoir que l'expertise psychiatrique se fondait uniquement sur l'entretien avec l'expert qui avait duré de 15h25 à 16h50.

6.4.2 La durée d'un examen clinique ne figure pas au nombre des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur du travail de l'expert dont le rôle consistait notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral I 1048/06 du 26 novembre 2007 consid. 4). Le travail de l'expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien, mais consiste également et avant tout à l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêts du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2 ; I 764/05 du 30 mai 2005 consid. 2.3).

En l'espèce, l'expert a pris le temps nécessaire pour entendre la recourante et recueillir les données utiles pour établir son expertise. Le grief de cette dernière sur la durée de l'entretien doit en conséquence être écarté.

6.5

6.5.1 La recourante estime que l'expert avait indiqué qu'il y avait des informations divergentes concernant l'anamnèse dans le dossier et l'expertise CEMed du 14 septembre 2018, sans prendre contact avec les précédents experts ou les médecins actuels à ce sujet, ce qu'il aurait dû faire.

6.5.2 La demande de renseignements anamnestiques de tiers relève du pouvoir d'appréciation de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 9C_762/2010 du 19 octobre 2010 consid. 3.1 ; 9C_482/2010 du 21 septembre 2010 consid. 4.1).

En l'espèce, les deux experts ont indiqué dans leur rapport qu'ils n'avaient pas jugé utile de recourir à des informations par des tiers. Les rapports médicaux des médecins traitants de la recourante ont été résumés dans le rapport d'expertise et l'expert psychiatre a pris en compte en particulier ceux du Dr G_____, puisqu'il a expliqué pour quels motifs il ne retenait pas les mêmes diagnostics. Il n'a pas jugé utile de prendre contact avec le médecin traitant de la recourante, ce qui ne s'imposait pas.

6.6

6.6.1 La recourante a fait valoir que l'expert psychiatre avait indiqué qu'il s'agissait d'une première demande auprès de l'assurance-invalidité, ce qui était erroné, et démontrait que le dossier n'avait pas été évalué correctement. L'expertise ne pouvait se voir accorder de valeur probante.

6.6.2 Il est effectivement indiqué dans le rapport de l'expert psychiatre qu'il s'agissait d'une première demande, mais le résumé de l'évolution de la maladie dans l'appréciation interdisciplinaire mentionne que la recourante avait fait une première demande de prestations en août 2018, qui avait été refusé par l'intimé en raison d'un arrêt de travail de moins d'un an. Le rapport d'expertise contient ainsi une légère erreur, qui ne porte pas préjudice à sa valeur probante.

6.7

6.7.1 La recourante a indiqué s'il semblait opportun d'obtenir une copie de l'enregistrement.

6.7.2 La chambre de céans considère qu'il ne se justifie pas de demander l'apport de l'enregistrement de l'expertise, la recourante ne faisant pas valoir un motif précis le justifiant, comme le fait que les experts auraient rapporté incorrectement ses dires ou se seraient mal comporté avec elle.

6.8

6.8.1 La recourante a fait valoir que, sur le plan rhumatologique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était posé, mais que l'expert avait retenu une diminution de la capacité de travail de 20% en raison de la douleur et de la fatigue. Au contraire, son médecin traitant indiquait que l'état dépressif était complètement incompatible avec l'exercice d'une profession et que le diagnostic de fibromyalgie empêchait tout exercice d'une activité professionnelle.

6.8.2 Le fait que le médecin traitant de la recourante estime qu'elle est totalement incapable de travailler ne remet pas suffisamment en cause la valeur probante de l'expertise. Dès lors que le diagnostic de fibromyalgie a été posé, la capacité de travail devait être analysée à l'aide des indicateurs de gravité développés par le Tribunal fédéral pour les atteintes sans substrat organique. Cette analyse doit être faite par un psychiatre, mais le juge doit vérifier si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective, ce qui sera fait ci-après.

6.8.3 La recourante a allégué que l'expert avait indiqué que les diagnostics de syndrome lombovertébral avec discopathie dégénérative modérée, de cervicalgies sur troubles dégénératifs étagés de C4 à C7, de fibromyalgie et de déconditionnement psychique n'avaient pas d'impact sur sa capacité de travail

dans l'activité de service dans un restaurant ou dans un hôtel. Il avait toutefois constaté que la fibromyalgie provoquait une baisse de rendement liée aux douleurs rhumatologiques et aux pauses supplémentaires nécessaires. Son médecin traitant n'était pas d'accord avec la capacité de travail retenue par l'expert du point de vue rhumatologique, dès lors que les douleurs de la recourante et ses très faibles déplacements à l'aide de béquilles l'empêchaient d'exercer en tant que serveuse.

6.8.4 Comme relevé précédemment, c'est au psychiatre de fixer la capacité de travail d'une personne souffrant de fibromyalgie sur la base des indicateurs, de sorte que les critiques sur celle retenue par l'expert rhumatologue ne sont pas déterminantes. L'appréciation du médecin traitant de la recourante n'est pas probante, car elle ne repose pas sur une analyse des indicateurs.

6.9

6.9.1 La recourante a relevé que l'expert rhumatologue avait constaté qu'elle se déplaçait avec des béquilles, mais qu'il avait retenu qu'elle pouvait exercer son activité précédente de serveuse, sans aucune limitation, ce qui n'était évidemment pas possible avec des béquilles.

6.9.2 La chambre de céans relève que si l'expert a mentionné dans l'anamnèse que la recourante utilisait des béquilles à l'extérieur, ce qui lui avait été rapporté par celle-ci, il n'a pas dit que des béquilles étaient nécessaires. Il a relevé, en revanche, qu'alors qu'elle était venue à l'expertise en marchant avec des cannes anglaises, il avait été impossible d'examiner la recourante debout, car elle ne tenait pas quelques secondes sans devoir s'asseoir, ce qui lui était apparu incohérent. Il a retenu qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle mise en évidence par l'examen clinique et que la recourante pouvait se déplacer en transport public et effectuer ses tâches ménagères de manière fractionnée. Il estimait toutefois que la fibromyalgie avait un impact sur la performance, en raison des douleurs et des pauses supplémentaires nécessaires. Le rapport de l'expert rhumatologue n'apparaît ainsi pas incohérent.

6.10

6.10.1 La recourante a fait valoir qu'elle souffrait d'autres problèmes de santé qui n'avaient pas été pris en compte par les experts, dans la mesure où l'expertise était limitée aux plans psychique et rhumatologique. Son médecin traitant avait indiqué le 5 avril 2023 qu'elle souffrait d'hypotension orthostatique avec des pertes d'équilibre, de douleurs récurrentes au niveau des pieds et des chevilles, de prolapsus vaginal, d'incontinence urinaire mixte, de dyschésie et d'incontinence anale, pour laquelle elle devait subir une opération. Au vu de l'instruction lacunaire, le dossier devait être renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire.

6.10.2 Il ne ressort pas du dossier que la recourante souffrirait de diagnostics incapacitants autres que ceux retenus par les experts et il n'apparaît pas justifié de faire procédure à une instruction complémentaire.

6.11

6.11.1 La recourante a fait valoir que l'expertise retenait un statut mixte 70% professionnel et 30% ménager, ce qui ne correspondait pas à sa situation. Au moment de son incapacité de travail en 2018, elle travaillait en tant que serveuse et dans le nettoyage pour un taux cumulé de 100%.

6.11.2 Comme l'a relevé l'intimé, il a retenu un statut d'active pour la recourante. Cette question qui n'est pas d'ordre médical n'est pas de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

6.12 La chambre de céans doit encore s'assurer que l'expert psychiatre a bien fondé ses conclusions sur la capacité de travail de la recourante à l'aide des indicateurs développés à ce sujet par le Tribunal fédéral, étant précisé qu'ils sont valables tant pour déterminer sa capacité de travail en lien avec la dysthymie que la fibromyalgie.

6.12.1 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. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

En l'occurrence, les experts ont indiqué que les troubles de la recourante étaient de gravité légère. L'expert psychiatre a indiqué que, lors de son examen, la recourante n'avait pas exprimé de détresse, même quand elle avait évoqué ses douleurs, qu'elle décrivait pourtant comme permanentes.

6.12.2 Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

Il faut examiner également la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure

asséculoologique 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 (inévitabile) 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 que l'atteinte à la santé assurée.

L'expert psychiatre a indiqué que la recourante prenait de la Duloxétine, 120 mg depuis cinq ans tous les matins et deux capsules de 50 mg de Tramadol tous les matins ainsi que du Temesta et du Xanax. Elle avait fait procéder à un dosage. Le taux de Duloxétine était dans l'intervalle thérapeutique recommandé, mais il n'avait pas été trouvé de trace de Tramadol dans les dosages urinaires. Son adhésion au traitement était ainsi partielle. Le maintien d'un traitement antidépresseur identique depuis 2017, sans efficacité, reflétait l'absence de recherche de bénéfice thérapeutique. Selon les recommandations de la société suisse de psychiatrie, le changement d'antidépresseur était préconisé après trois mois d'inefficacité pour un autre antidépresseur ayant des modalités d'action différentes sur le système nerveux central.

L'expert rhumatologue a indiqué que la recourante avait bénéficié d'une prise en charge intensive à l'hôpital de Beau-Séjour en physiothérapie et en piscine. Elle bénéficiait également d'un traitement antalgique qu'elle estimait inefficace, mais qu'elle continuait à prendre. Il a mentionné dans l'anamnèse que la recourante prenait du Tramal, de l'Irfen et du Dafalgan et il n'a pas effectué d'examen exigeant des analyses de laboratoire. Un traitement de type fonctionnel avait été instauré avec la proposition à l'assurée d'une neurostimulation par Tens, que la recourante n'avait pas effectuée. La poursuite de la physiothérapie et surtout un reconditionnement physique étaient les éléments de base pour la prise en charge de la fibromyalgie.

En l'espèce, l'absence de prise du Tramadol établie par dosage relativise la gravité des douleurs alléguées par la recourante, de même le fait qu'elle n'a pas effectué une neurostimulation par Tens. La prise régulière du traitement antidépresseur n'est pas déterminante en l'espèce, puisque celui aurait dû être changé vu son inefficacité. L'on ne peut donc retenir un échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis*.

6.12.3 La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

En l'espèce, il convient de retenir des comorbidités constituées par la fibromyalgie et la dythymie, qui ne privent toutefois pas la recourante de ses ressources, vu leur gravité relative, même conjuguée.

6.12.4 Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

S'agissant de la personnalité de la recourante, l'expert psychiatre a relevé un comportement d'amplification face à la maladie et que ses plaintes n'étaient pas cohérentes avec son autonomie totale sur le plan des tâches élémentaires de la vie quotidienne et de la gestion de ses problèmes de santé.

Il n'a toutefois pas retenu de troubles de la personnalité comme diagnostic, de sorte qu'il n'apparaît pas que la complexe de personnalité de l'assurée constitue un indice de gravité.

6.12.5 Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération comme indice de gravité. 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.

En l'espèce, l'expert psychiatre a estimé que la recourante bénéficiait de ressources significatives, puisqu'elle était capable de faire face aux nécessités de sa vie quotidienne, relevant en outre qu'elle conservait des liens sociaux, en particulier avec sa mère qu'elle appelait tous les jours et en gardant le contact avec trois ou quatre amies. Son lien avec sa chatte constitue également une ressource importante pour elle, de même que le soutien de ses thérapeutes.

6.12.6 Il s'agit, encore, 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 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.

L'expert psychiatre a considéré sur ce point que ses plaintes ne reflétaient pas le descriptif de sa journée, car malgré l'intensité des douleurs alléguées, elle pouvait gérer son quotidien et avoir encore quelques activités de loisirs (lecture, relations sociales). Elles ne correspondaient pas non plus aux constats faits lors de

l'examen. L'assurée était apparue d'une humeur neutre la majeure partie de celui-ci. Ses réponses étaient claires et structurées. Elle ne montrait pas de signe de fatigue et s'il avait fait quelques grimaces douloureuses, elle n'avait pas changé de position, ni demandé de pauses.

Lors de l'audience devant la chambre de céans, la recourante a confirmé qu'elle pouvait gérer son quotidien, en faisant le ménage en plusieurs fois et le limitant à l'essentiel. Elle pouvait également se promener et faire ses paiements. Il en résulte qu'elle conservait davantage de ressources que ne le laissent supposer ses plaintes. En effet, celle-ci avait indiqué à l'expert qu'elle était constamment dans la dépression avec des crises d'angoisses, des douleurs permanentes et un très mauvais sommeil.

6.13 La capacité de travail retenue par les experts a été fixée en tenant correctement compte des indicateurs de gravité du Tribunal fédéral.

6.14 L'expertise du SMEX n'est enfin pas remise sérieusement en cause par les rapports médicaux des médecins traitant de la recourante.

6.15 En conclusion, elle doit se voir reconnaître une pleine valeur. Les experts du SMEX ont retenu le diagnostic de fibromyalgie, justifiant une perte de rendement de 20% en raison des douleurs rhumatologiques et des pauses nécessaires ainsi qu'une dythymie non incapacitante, soit une capacité de travail de 80% depuis 2018, soit avant la dernière décision de l'intimé du 11 mars 2019. Il en ressort que selon les experts la situation de la recourante ne s'est pas modifiée d'une façon notable, au sens de l'art. 17 LPGA, depuis la dernière décision de l'intimé du 11 mars 2019. Celui-ci retenait, sur la base de l'expertise du CEMed, les diagnostics non incapacitants de fibromyalgie et de trouble douloureux somatoforme persistant, soit des conclusions légèrement différentes, mais qui apparaissent liées à une situation similaire, au vu des plaintes de la recourante et de la description d'une journée type.

Même si on admettait que la situation de la recourante a changé de façon notable depuis le 11 mars 2019, ce qui justifierait la révision de son droit à une rente, la décision querellée devrait être confirmée, le taux d'invalidité de 20% ne lui ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité.

7. Infondé, le recours sera rejeté.

Il n'y a pas lieu de percevoir un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Catherine TAPPONNIER

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