

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3185/2025

ATAS/555/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 juin 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

représentée par l'Association Suisse des Assurés (ASSUAS),
mandataire

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1973, mère de deux enfants, au bénéfice d'une formation d'éducatrice de la petite enfance, a travaillé de 2009 à avril 2011 à un taux de 80%.

b. À compter du 21 août 2011, l'assurée a été en arrêt de travail.

B. a. En août 2012, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant une dépression, un épuisement, des migraines et des douleurs.

b. Par décision du 10 mars 2016, l'OAI lui a reconnu le statut de personne active à 80%. Il a admis une totale incapacité de travail du 21 août 2011 au 28 février 2015, date au-delà de laquelle il a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Partant, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière limitée dans le temps, du 1^{er} février 2013 au 31 mai 2015.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- Une expertise réalisée le 13 mai 2011 pour l'assureur perte de gain par le Centre d'expertise médicale (CEMed) – plus particulièrement par les docteurs B_____, psychiatre, et C_____, rhumatologue – a conclu, sur le plan physique, à des cervicalgies fluctuantes n'entraînant aucune limitation fonctionnelle et, sur le plan psychique, à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, à un trouble anxieux mixte et à une somatisation, atteintes justifiant une totale incapacité de travail jusqu'à fin mai 2011.
- Une expertise réalisée le 17 mars 2015 par la Clinique romande de réadaptation (CRR) – plus particulièrement par les docteurs D_____ (médecine interne), E_____ (rhumatologie), F_____ (neurologie) et G_____ (psychiatrie) – a retenu à titre de diagnostics invalidants une migraine épisodique sans aura et une personnalité émotionnellement labile de type borderline. Ont également été mentionnés, notamment, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, un status après cure de canal carpien bilatérale en 2008, des cervicalgies chroniques avec discopathies C6-C7 et des lombalgies communes récurrentes. Aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue sur le plan physique. Au plan psychique, ont été évoquées : une faible capacité d'adaptation au stress et une tendance aux conflits avec un seuil de frustration abaissé. Les experts ont admis une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 21 août 2011. En revanche, ils ont considéré l'assurée apte à exercer une activité adaptée (dans un environnement peu stressant) à 90%.

C. a. En avril 2020, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations.

b. Par décision du 13 décembre 2023, l'OAI a constaté que, depuis 2015, la capacité de l'assurée à exercer une activité adaptée était réduite à 70% (100% avec baisse de rendement de 30%), ce qui lui ouvrait droit à une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 51% (46,7% dans la sphère professionnelle, 3,9% dans la sphère ménagère).

Cette décision se fondait notamment sur les éléments suivants :

- Un rapport de consultation ambulatoire de la douleur rédigé en novembre 2019 a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique et de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique. Il évoquait également celui de traits de la personnalité borderline, à titre d'hypothèse à investiguer.
- Une évaluation menée par les Établissements publics pour l'intégration (EPI) qui, dans leur rapport du 14 juin 2022, ont conclu à l'incapacité de l'assurée à une réadaptation, même à temps partiel, ses rendements n'ayant jamais dépassé 40% sur un mi-temps.
- Une expertise réalisée le 2 mars 2023 par le Centre médical d'expertises (CEMEDEX) de Fribourg – plus particulièrement par les docteurs H_____ (psychiatrie), I_____ (médecine interne générale), J_____ (neurologie) et K_____ (rhumatologie) – a retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode léger, avec syndrome somatique, personnalité émotionnellement labile de type borderline, syndrome douloureux somatoforme persistant, migraines sans aura (2-6 épisodes mensuels), syndrome musculosquelettique douloureux, douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite avec contractures de la musculature extra-articulaire, status après syndrome d'empiètement de l'épaule droite en août 2019 sur tendinite calcifiante du sus-épineux, cervicalgies, lombalgies, hyperlaxité ligamentaire bénigne discrète, pieds plats, status après luxation de l'épaule gauche, status après plastie pour déchirure des ligaments croisés antérieurs (à droite en 1995 et à gauche en 2011), hypotension artérielle orthostatique (suspicion), fatigue et déficit en protéines C. Ont été mentionnées à titre de limitations fonctionnelles : une faible capacité d'adaptation au stress, une tendance aux conflits avec un seuil de frustration abaissé, des migraines, la nécessité d'éviter le port de charges itératif de plus de 10 kg, les mouvements en porte-à-faux du rachis, les activités bras au-dessus de l'horizontale et les mouvements répétitifs ou en force des mains, enfin, la nécessité de ménager la possibilité d'alterner les positions. Les experts ont confirmé l'incapacité définitive et totale à exercer l'activité habituelle. Ils ont en revanche considéré que, dans une activité adaptée, l'assurée avait recouvré une capacité de 70% (100% avec baisse de rendement de 30%) le 14 juin 2022.

D. a. Le 6 juin 2025, l'assurée, invoquant une aggravation de son état de santé, a sollicité une augmentation de sa rente d'invalidité.

b. Ont été recueillis lors de l'instruction, notamment :

- un rapport de la docteure L_____, médecin traitant de l'assurée depuis juin 2021, concluant à la persistance d'un syndrome douloureux chronique (avec 14 points de fibromyalgie douloureux), à une fatigue chronique et à un état dépressif ; selon le médecin, depuis l'octroi de la rente, les symptômes connus avaient persisté sans amélioration ; s'y étaient ajoutés une dysfonction tubaire (mauvais fonctionnement de la trompe d'Eustache) et des acouphènes ; selon la Dre M_____, cela induisait une totale incapacité de travail dans toute activité (limitations fonctionnelles : limitation globale de la mobilité en raison des douleurs, port de charges limité, fatigabilité, troubles de la concentration) ;
- un rapport rédigé le 3 mai 2024 par le docteur N_____, faisant état d'un syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré (index de 22/h.) ;
- un rapport du docteur O_____, psychiatre, du 12 juillet 2024, concluant à une totale incapacité de travail en raison d'un « risque de décompensation psychique et d'effondrement du moi » ;
- un rapport de la docteure P_____, anesthésiologue au Centre multidisciplinaire de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 24 janvier 2024, constatant que les douleurs, de localisation identique, avaient plus de répercussions négatives sur le sommeil de l'intéressée ;
- un second rapport de ce même médecin, du 12 mars 2025, écartant l'hypothèse d'un syndrome d'Ehlers-Danlos et retenant le diagnostic de douleurs musculosquelettiques diffuses, associées à une sensibilisation centrale ;
- un rapport du docteur Q_____, de la Clinique de la douleur de l'Hôpital de la Tour, du 6 février 2025, soulignant l'existence de limitations fonctionnelles multiples « impactées par les douleurs », avec, notamment, des ports de charges limités ; le médecin ne se prononçait pas précisément sur la capacité de travail de l'assurée, mais l'estimait à moins de 50%.

c. Le 2 juillet 2025, le service médical régional (ci-après : SMR) a émis l'avis que le médecin traitant ne mettait pas en évidence d'aggravation notable de l'état de santé, les limitations fonctionnelles étant les mêmes que celles retenues dans l'expertise. Le Dr N_____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée. Aucune incapacité de travail n'avait été retenue en lien avec l'atteinte auriculaire. Le Dr O_____ n'amenait aucun élément nouveau : les atteintes à la santé psychique étaient les mêmes que celles investiguées par le CEMEDEX et aucun élément objectif du status psychiatrique ne montrait une aggravation notable. Par ailleurs, l'assurée n'était plus suivie par un neurologue pour ses

migraines. En définitive, on ne pouvait, selon le SMR, retenir d'aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise pluridisciplinaire.

d. Par décision du 14 août 2025, l'OAI a rejeté la demande de révision, au motif que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas notablement dégradé depuis la décision du 13 décembre 2023.

- E. a.** Par écriture du 15 septembre 2025, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière après audition de son psychiatre, le Dr O_____.

Selon la recourante, les pièces médicales versées au dossier doivent conduire à admettre une péjoration notable et durable de son état de santé – sur les plans psychique, somatique et oto-neurologique – influençant son droit aux prestations.

Elle reproche au SMR d'avoir conclu à la stabilité de son état de santé, sans discuter ni l'impact fonctionnel du syndrome d'apnées du sommeil, ni les effets de la compensation vestibulaire incomplète, ni le risque de décompensation psychiatrique.

De l'expertise du CEMEDEX de 2023, de l'avis du SMR et des rapports de ses médecins, la recourante tire la conclusion qu'elle est limitée à une activité physique légère, sans port de charges de plus de 10 kg, sans mouvement en porte-à-faux du rachis, permettant d'alterner les positions assise et debout, d'éviter d'élever les bras au-dessus de l'horizontale et n'impliquant aucun geste répétitif ou de force des mains et poignets. S'y ajoutent sa faible tolérance au stress avec seuil de frustration abaissé, une instabilité émotionnelle assortie d'un risque de décompensation, ainsi que des migraines récurrentes. Selon la recourante, ces limitations, prises dans leur ensemble, excluent toute activité exposant à des contraintes physiques soutenues ou à des exigences psychiques et sensorielles élevées.

b. Le 26 septembre 2025, la recourante a produit un nouveau rapport établi par le Dr O_____ en date du 22 septembre 2025.

Celui-ci y fait état d'une aggravation de l'état psychique de sa patiente et décrit un risque de décompensation avec effondrement de la vie psychosociale. Il conclut à une incapacité totale de travail, dans toute activité, même adaptée, ainsi qu'à l'impossibilité d'une réadaptation professionnelle. Il évoque un épuisement psycho-physique, une intolérance au stress, des crises, un retrait social et une aggravation de la dépression.

c. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 octobre 2025, a conclu au rejet du recours.

Selon l'intimé, aucun des documents produits à l'appui de la nouvelle demande de l'assurée ne permet d'admettre une aggravation notable et durable de son état de santé. Le syndrome d'apnées du sommeil documenté par le médecin traitant est

tout à fait modéré et le bénéfice du traitement incertain. D'un point de vue oto-rhino-laryngologique, aucune incapacité de travail n'a été retenue. Il n'y a pas de suivi neurologique pour les migraines. Quant au psychiatre traitant, il ne fait état d'aucun élément objectif au status psychiatrique permettant d'admettre une aggravation notable ou une nouvelle atteinte. Quant aux facteurs psychosociaux ou socioculturels, ils ne figurent pas au nombre des éléments susceptibles d'entraîner une incapacité de gain.

L'intimé en tire la conclusion qu'en l'état, aucun changement important n'est survenu, ni dans l'état de santé de l'assurée, ni dans les conséquences de celui-ci sur sa capacité de gain. Il rappelle qu'une appréciation différente d'un état de santé inchangé ne justifie pas une révision.

L'intimé se réfère pour le surplus à l'avis émis par le SMR en date du 6 octobre 2025.

d. Par écriture du 10 novembre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions en produisant un nouveau rapport du Dr O_____, daté du 29 octobre 2025, dont elle en tire la conclusion qu'elle ne rencontre pas simplement des difficultés d'adaptation ou des facteurs psychosociaux isolés, mais que sa pathologie psychiatrique s'est véritablement aggravée.

e. Par écriture du 4 décembre 2025, l'intimé a persisté à son tour dans ses conclusions en produisant un nouvel avis du SMR du 26 novembre 2025.

f. Par écriture du 17 décembre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle soutient que, lors de l'expertise psychiatrique réalisée en mars 2023 par le Dr H_____, son état psychique présentait un profil nettement moins sévère que celui observé désormais. L'expert décrivait alors une tristesse et une humeur dépressive plutôt légère, sans signe clinique de ralentissement psychomoteur ou d'épisode dépressif profond. L'idéation suicidaire existait de manière fluctuante, mais avec un élan vital préservé. Une tension légère, sans nervosité, irritabilité, phobie ou rituel était notée. L'expertise ne rapportait aucun trouble formel de la pensée, aucune idée délirante, aucune altération de la perception et un registre cognitif globalement préservé, avec simplement de légers troubles de la concentration et de la mémoire des faits nouveaux. Le tableau global correspondait ainsi à un trouble dépressif léger, compatible avec une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Le tableau clinique actuel ne correspond plus, selon la recourante, à celui décrit alors. En effet, le Dr O_____, s'appuyant sur un suivi hebdomadaire, constate une aggravation nette de la symptomatologie, tant dans son intensité que dans son impact fonctionnel. Il fait état d'une dépression sévère, d'une instabilité affective marquée, d'un repli social important, d'une anhédonie persistante, de crises émotionnelles, d'idées suicidaires, d'un risque de décompensation psychique et d'une incapacité cognitive à maintenir un rythme de vie quotidien. Cette aggravation est documentée par des données psychométriques standardisées

(score de Hamilton de 36, par exemple). Il ne s'agit dès lors pas d'une nouvelle interprétation d'un même état de fait, mais d'un changement marqué dans l'intensité des symptômes, dans leur impact fonctionnel et dans le risque clinique présenté. Les limitations désormais décrites ne sont plus celles d'un trouble dépressif léger, mais plutôt d'une dépression sévère évolutive, avec un risque de décompensation et une incapacité totale de travail. Qui plus est, cette dégradation psychique s'ajoute aux atteintes somatiques déjà reconnues, qui renforcent l'atteinte globale à la santé et son impact sur la capacité de travail.

g. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA).

En l'espèce, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable.

- 2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une éventuelle augmentation de sa rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il convient dès lors de vérifier si son état de santé s'est péjoré, depuis la décision rendue en décembre 2023, au point d'influencer son droit aux prestations.

3.

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

En l'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 (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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

En l'occurrence, le nouveau droit s'applique, l'aggravation invoquée étant postérieure à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales.

3.2 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (cf. art. 87 al. 3 RAI), 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 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

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 (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

3.3 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).

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

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

3.4 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 l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour

l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAI).

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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 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 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son

médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.5 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

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

4.

4.1 En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est péjoré entre décembre 2023, date de la dernière décision, et le 14 août 2025, date de la décision litigieuse.

4.2 En 2023, l'intimé, se basant sur l'expertise réalisée par le CEMEDEX, a retenu une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Les diagnostics étaient alors principalement les suivants : trouble dépressif récurrent, épisode léger, avec syndrome somatique, personnalité émotionnellement labile de type borderline, syndrome douloureux somatoforme persistant, migraines sans aura (2-6 épisodes mensuels), syndrome musculosquelettique douloureux, douleurs cervicales et lombaires et limitations fonctionnelles de l'épaule droite. Ils induisaient comme limitations fonctionnelles : une faible capacité d'adaptation au stress, une tendance aux conflits, des migraines, la nécessité d'éviter le port de charges, les mouvements en porte-à-faux du rachis, les activités bras au-dessus de l'horizontale et les mouvements répétitifs ou en force des mains et impliquaient de pouvoir alterner les positions.

4.3 La décision litigieuse du 14 août 2025 se fonde, quant à elle, sur l'avis du SMR, selon lequel il n'y a pas eu d'aggravation notable et durable de l'état de santé de la recourante, ni en termes d'atteintes diagnostiquées, ni en termes de limitations fonctionnelles.

4.4 Sur le plan psychique, le Dr O_____, psychiatre traitant, dans son rapport du 22 septembre 2025, conclut à une aggravation de son état de santé psychique et évoque un risque de décompensation psychique et de passage à l'acte, vu l'effondrement de sa vie psycho-sociale. Selon le psychiatre, la recourante essaie de réparer son passé, en ce qui concerne ses relations affectives, d'où une problématique récurrente avec les pères de ses enfants et une tentative d'annuler son dernier mariage. Selon le médecin, le fonctionnement psychique de sa patiente l'empêche d'être opérationnelle. Il évoque une insécurité due aux crises psychiques et une instabilité émotionnelle. Il argue que la reconnaissance de son incapacité de travailler pourrait la faire sortir d'une dynamique familiale pathogène (elle est aidée par sa famille).

Cela étant, le SMR estime que le psychiatre ne fait pas apparaître d'élément objectif clinique psychiatrique d'aggravation (pas de test comparatif d'évaluation de l'état psychique ; pas de notion de modification notable du traitement). Il en conclut qu'il ne s'agit là que d'une évaluation différente d'un même état de fait. On relèvera, à l'instar du SMR, qu'au surplus, le psychiatre prend en considération des notions non médicales et ne relevant pas de l'assurance-invalidité (problématique récurrente de l'assurée avec les pères de ses enfants et tentative d'annuler son dernier mariage, problèmes liés à ses choix passés de formation professionnelle). Quant à l'argument selon lequel l'octroi de prestations permettrait à sa patiente de sortir d'une « dynamique familiale pathogène », il ne saurait être retenu. Comme le fait remarquer le SMR, suivre ce raisonnement reviendrait à faire des prestations de l'assurance-invalidité un moyen de traitement d'un trouble psychique, ce qui n'est pas admissible.

Dans un rapport ultérieur du 29 octobre 2025, le Dr O_____ évoque une dépression qualifiée désormais de sévère, avec des résultats de tests (score de Hamilton de 35 et score PHQm9 de 25). Il explique que sa patiente est incapable de gérer sa vie quotidienne, décrit un renfermement chez elle, avec anhédonie, désociabilisation, défamiliarisation, apragmatisme, démotivation, instabilité affective, comportements impulsifs, troubles du sommeil et anxiété. Selon lui, il existerait un dysfonctionnement global de sa patiente, en voie d'aggravation, vu le facteur d'instabilité psychique et de vieillissement. Il insiste à nouveau sur un risque de passage à l'acte.

À cet égard, le SMR retient que les limitations fonctionnelles retenues par le psychiatre traitant et les plaintes alléguées par l'assurée sont les mêmes que celles décrites lors de l'expertise du Dr H_____ en 2023. En effet, l'assurée déclarait que si elle ne pouvait pas travailler, c'était en raison d'un ensemble de symptômes (fatigue, douleurs persistantes depuis des années avec présence d'idées noires,

sentiment d'inutilité et d'infériorité fluctuant, crises d'angoisse, difficultés au niveau de la concentration et de la mémoire, comportements impulsifs, troubles du sommeil et anxiété).

Les critiques émises par le SMR sont fondées. Il est vrai que le psychiatre traitant se réfère – longuement et à tort – à des éléments que l'on peut qualifier de psychosociaux et qui, en tant que tels, ne relèvent aucunement de l'assurance-invalidité. Il n'en demeure pas moins qu'il évoque également un risque de passage à l'acte accru, documenté par un passage au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI), ce qui semble indiquer que si le diagnostic est toujours le même, le degré de gravité de la dépression pourrait effectivement avoir augmenté, ce qu'une simple évaluation sur dossier ne saurait suffire à l'infirmier ou le confirmer. D'autant que les rapports et certificats établis par le Dr O_____ peuvent souvent prêter à confusion, au vu des difficultés linguistiques que semble rencontrer ce médecin.

Aux yeux de la Cour de céans, cela suffit à jeter le doute quant à la question de savoir si l'on se trouve simplement face à une évaluation différente d'un même état de fait, ou à une véritable aggravation, doute qu'il conviendrait de lever par la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, qui aurait également pour avantage d'investiguer les nouveaux problèmes survenus (SAS et atteinte ORL) et leurs conséquences en termes de limitations fonctionnelles et de capacité de travail.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. En ce sens, le recours est partiellement admis.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision après mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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