

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3488/2023

ATAS/1023/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Thierry STICHER, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Antonio Massimo
DI TULLIO, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante) est née le _____ 1970 et ressortissante du Portugal. Elle réside en Suisse depuis 1990.
- b.** Elle s'est mariée une première fois en 1989, a divorcé en 2002 et s'est remariée en 2004. Elle est mère d'un enfant né en 1992.
- B.** **a.** Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 janvier 2019, indiquant avoir fréquenté l'école primaire et le cycle d'orientation, avoir travaillé comme gouvernante à 100% du 1^{er} mai 1994 au 30 mai 2018 et être en incapacité de travail totale dès le 30 mai 2018 en raison d'une fibromyalgie.
- b.** Dans un rapport du 15 novembre 2018, la docteure B_____, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics de syndrome de burnout, épuisement physique et psychique, dépression réactionnelle et fibromyalgie. La thérapie actuelle de l'assurée consistait en une prise en charge multidisciplinaire sous la forme d'un soutien psychologique par une psychologue, une psychiatre et la Dre B_____, avec un traitement d'antidépresseurs et des anxiolytiques en réserve.
- c.** Dans un rapport établi le 24 janvier 2019, la docteure C_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a indiqué que l'assurée présentait, depuis 2014 environ, des douleurs migrantes articulaires, musculaires et rachidiennes, associées à des plaintes somatoformes (troubles de la concentration et de la mémoire, douleurs abdominales, troubles du sommeil, syndrome sec oculaire et buccal). Le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu en février 2016. Un probable état anxio-dépressif associé contribuait à la chronicisation des douleurs. L'arrêt de travail actuel était en relation avec un état anxio-dépressif actuellement sévère. L'assurée pouvait reprendre son activité professionnelle d'employée de maison à 50%, du point de vue strictement rhumatologique, mais elle était totalement incapable de travailler sur le plan psychiatrique pour une durée indéterminée.
- d.** Dans un rapport du 27 février 2019, le docteur D_____, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble douloureux somatoforme persistant et de personnalité avec des traits émotionnellement immatures, instables, anxieux et histrioniques accentués existant depuis l'adolescence.
- e.** Le 4 avril 2019, la Dre B_____ a indiqué que l'assurée souffrait de fibromyalgie ainsi que d'un syndrome anxio-dépressif et qu'elle pouvait travailler dans son activité habituelle six à sept heures par jour.
- f.** Le 29 mai 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que l'assurée n'avait pas présenté d'atteinte à la santé pouvant jouer un rôle sur sa capacité de travail.

g. Par décision du 21 août 2019, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations de l'assurée, retenant qu'elle n'avait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

C. a. L'assurée a formé une nouvelle demande de prestations à l'OAI le 29 novembre 2021, faisant valoir qu'elle avait été totalement incapable de travailler du 3 septembre au 17 septembre 2020 à 100% et du 19 janvier au 31 décembre 2021 à 100%.

b. Dans un rapport établi le 14 décembre 2021, la docteure E_____, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, dernier épisode moyen à sévère, d'un syndrome de douleurs chroniques, qui influait négativement sa thymie lors des poussées douloureuses, et de pathologies somatiques multiples qui avaient également un impact sur sa thymie. L'évolution était globalement fluctuante en fonction des douleurs et des pathologies somatiques. Depuis quelques jours, il y avait une recrudescence des douleurs, de sorte que la thymie se péjorait à nouveau. L'assurée rapportait des idées suicidaires lors de douleurs intenses. Elle était plus irritable, l'énergie et le plaisir diminuaient et elle présentait des troubles du sommeil avec des ruminations anxieuses. Elle prenait des antidépresseurs (Fluoxétine 20 mg) depuis le début de l'année 2021, ce qui correspondait au début de la prise en charge. Elle bénéficiait également d'une thérapie cognitive comportementale avec une activation comportementale et un travail d'acceptation des douleurs. Des nodules cancéreux thyroïdiens avaient été découverts sur elle en août 2020 et elle avait mis du temps à se décider pour se faire opérer. Un travail motivationnel et sur l'anxiété lié à l'intervention avait été fait et elle avait subi une intervention au printemps 2021. Les limitations étaient une baisse de la thymie et de l'énergie, une irritabilité lors des épisodes dépressifs et des périodes où les douleurs s'intensifiaient, avec des difficultés dans les relations interpersonnelles. La capacité de travail était nulle à ce jour du point de vue psychiatrique dans toute activité.

c. Le SMR a considéré, le 20 janvier 2022, que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé et qu'il fallait instruire son cas.

d. Le 2 février 2022, la Dre B_____ a indiqué que l'assurée n'était plus capable de s'occuper de son propre ménage comme elle le faisait auparavant.

e. Le 29 novembre 2022, la Dre E_____ a indiqué que le premier mari de l'assurée avait été violent avec elle verbalement et physiquement. Elle avait des relations conflictuelles avec son mari actuel, qui l'avait trompée et avait demandé le divorce trois ans auparavant. La procédure était actuellement en suspens à cause des problèmes de santé de l'assurée, qui habitait encore avec son mari. Elle avait un petit fils âgé d'un an, de bonnes relations avec son fils et quelques bons amis sur Genève. Certains s'étaient éloignés d'elle depuis qu'elle était malade, car elle ne pouvait plus sortir pour manger dehors ou aller au cinéma. Rarement,

ses amis venaient à la maison. Elle disait préférer rester seule. Actuellement, elle ne sortait de chez elle que pour se rendre à ses rendez-vous médicaux. Elle avait fait son premier épisode dépressif vingt ans auparavant suite à l'accouchement de son fils par césarienne. À la même période, elle était très angoissée, en raison du comportement violent de son mari sous l'influence de l'alcool. Elle n'osait pas se confier à son entourage familial à ce sujet et avait fait plusieurs tentatives de suicide.

Elle avait déjà présenté un épisode dépressif dix ans auparavant, dans le contexte de l'apparition de douleurs multiples et de relations compliquées avec son employeur. À peu près à la même époque, le diagnostic de fibromyalgie avait été posé par la Dre C_____. L'assurée disait avoir accepté un peu plus ses douleurs et ne plus faire de crises de nerfs lorsqu'elle n'arrivait plus à faire les choses comme avant. Selon l'anamnèse, elle n'avait pas eu de période sans symptômes de dépression depuis dix ans, mais il semblait que sa symptomatologie s'était aggravée pour constituer un troisième épisode dépressif d'intensité sévère quatre ans auparavant, en raison de ses problèmes somatiques, de son licenciement abusif, d'un sentiment d'injustice à cause du refus de son employeur de faire les bons certificats de travail avec la durée complète de son travail et du fait qu'il n'avait cotisé à l'AVS et au 2^{ème} pilier que pour dix de ses vingt ans de travail pour lui.

Actuellement, elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent épisode sévère, d'un trouble mixte de la personnalité, d'un syndrome douloureux chronique, d'un trouble panique avec agoraphobie et de fibromyalgie. Elle n'était pas capable de travailler en raison de l'épisode dépressif sévère et du syndrome douloureux chronique. Elle prenait de la Fluctine (40 mg) et suivait une psychothérapie de soutien et une thérapie cognitivo-comportementale, avec notamment un travail d'acceptation des douleurs, de pleine conscience, de cohérence cardiaque, etc. Elle avait une très bonne compliance aux différents traitements.

f. L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire aux docteurs F_____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, G_____, spécialiste en médecine interne générale, H_____, spécialiste en rhumatologie, et I_____, spécialiste en psychiatrie, du CEMEDEX.

Dans leur rapport du 20 juin 2023, les experts ont retenu les diagnostics de :

- goitre multinodulaire bilatéral, conduisant à une thyroïdectomie totale en mai 2021 et découverte d'un micro carcinome papillaire, sans signe d'invasion lymphovasculaire ;
- obésité ;
- pré-diabète ;
- dysthymie ;
- syndrome douloureux somatoforme persistant ;
- asthme allergique ;

- status après thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit et embolie pulmonaire en 1992 ;
- fibromyalgie ;
- cervicalgies chroniques, troubles dégénératifs, trouble statique ;
- lombalgies chroniques, trouble statique, troubles dégénératifs ;
- signes cliniques en faveur d'une rhizarthrose bilatérale ;
- gonalgies bilatérales, à droite sur syndrome fémoro-patellaire ;
- métatarsalgies, fasciite plantaire du pied gauche ;
- et status post DMMO (Distal Metatarsal Mini) pour métatarsalgies dans un contexte d'équin gastrocnémien du pied droit.

Ces diagnostics n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail et il n'y avait pas de limitation fonctionnelle.

g. Par projet de décision du 7 août 2023, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, considérant qu'elle n'avait pas d'atteinte à la santé invalidante.

h. L'assurée a formé opposition à ce projet de décision le 25 août 2023, en produisant un certificat médical établi le 7 août 2023 par la Dre B_____, qui attestait qu'elle était incapable de travailler pour cause de maladie à 100% du 9 août au 9 septembre 2023.

i. Par décision du 2 octobre 2023, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, au motif qu'il ne pouvait retenir une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi, malgré le contenu de son opposition et du rapport médical produit.

D. a. Le 23 octobre 2023, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire psychiatrique et rhumatologique soit ordonnée afin de déterminer les diagnostics, les limitations fonctionnelles, la baisse de rendement et sa capacité de travail, ainsi qu'à la mise en place de mesures d'observation professionnelle afin de déterminer sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une éventuelle activité adaptée. Principalement, elle concluait à l'annulation de la décision du 2 octobre 2023 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2022.

Elle a produit plusieurs pièces dont un rapport établi le 17 octobre 2023 par la Dre E_____, qui critiquait l'expertise de juin 2023.

b. Le 22 novembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du CEMEDEX avait une pleine valeur probante.

c. La recourante a été entendue par la chambre de céans lors d'une audience du 15 mai 2024.

d. Le 21 octobre 2024, la recourante a fait des observations complémentaires à la suite de l'audience.

e. Le 4 décembre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

f. Le 23 juin 2025 (ATAS/473/2025), la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique de la recourante qu'elle a confiée à la docteure J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, considérant que le rapport d'expertise du CEMEDEX ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante en ce qui concernait le volet psychiatrique.

g. L'experte judiciaire a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (premier épisode en 1992) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (diagnostiqué en 2018). Elle a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble panique (probablement depuis le jeune âge adulte) et de trouble de l'attention avec hyperactivité (depuis l'enfance). La capacité de travail de la recourante était de 0% dans toute activité en raison des limitations fonctionnelles liées au trouble dépressif récurrent et au syndrome douloureux somatoforme persistant.

h. La recourante a fait valoir que l'expertise judiciaire était probante en produisant un rapport complémentaire de sa rhumatologue, la Dre C_____, qui le confirmait. En conclusion, elle persistait dans ses conclusions en l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

i. L'intimé a estimé, sur la base d'un avis du SMR du 16 octobre 2025, que l'expertise judiciaire ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante et a maintenu sa précédente appréciation du cas.

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 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA et art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

1.3 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.

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 (*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, l'éventuel droit de la recourante à une rente d'invalidité est régi par le nouveau droit, puisque celui-ci était déjà en vigueur en mai 2023, soit six mois après la demande de prestation du 29 novembre 2021 (art. 29 al. 1 LAI), et que, s'il est reconnu, le droit de la recourante à une rente d'invalidité sera né en 2022.

3.2 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation, 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 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références ; 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 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. 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 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 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 ; 112 V 371 consid. 2b ; 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 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. En effet, 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).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit 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).

3.3 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).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

3.4 En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a 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 ; 143 V 409 consid. 4.5 et 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.

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.

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.

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.

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.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

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.

Il faut examiner ensuite 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 asséculogique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

3.5 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.

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

4. En l'espèce, l'intimé conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire.

4.1 Il a relevé que l'experte retenait un début d'incapacité de travail dès le début de l'année 2019 et qu'elle indiquait que les limitations fonctionnelles en lien avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent étaient présentes dès fin juin 2018, début 2019 et que les limitations en lien avec le diagnostic de syndrome douloureux chronique étaient apparues en fin 2018. L'intimé relevait qu'il figurait au dossier deux expertises psychiatriques qui ne retenaient aucune incapacité de

travail ni de limitations fonctionnelles (expertise du Dr D_____ du 27 février 2019 et expertise du CEMEDEX du 20 juin 2023).

La chambre de céans constate à cet égard que si le Dr D_____ n'a retenu, le 27 février 2019, que des troubles douloureux somatoformes persistants et de personnalités sans effet sur la capacité de travail, les médecins traitants de la recourante estimaient que son cas était plus grave. En effet, le 15 novembre 2018, sa généraliste, la Dre B_____, a posé les diagnostics de syndrome de burnout, d'épuisement physique et psychique, de dépression réactionnelle et de fibromyalgie, relevant que sa thérapie actuelle consistait un soutien psychologique par une psychologue et une psychiatre, avec un traitement d'antidépresseurs, et des anxiolytiques en réserve. Le 24 janvier 2019, la Dre C_____ a indiqué que la recourante présentait une fibromyalgie et qu'un probable état anxio-dépressif associé contribuait à la chronicisation des douleurs. L'arrêt de travail actuel était en relation avec un état anxio-dépressif actuellement sévère. L'assurée pourrait reprendre son activité professionnelle d'employée de maison à 50%, du point de vue strictement rhumatologique, mais elle était totalement incapable de travailler sur le plan psychiatrique pour une durée indéterminée.

Il en résulte que l'appréciation du Dr D_____ était contestée par les médecins traitants de la recourante dont les conclusions ne sont pas dénuées de toute valeur probante. De plus, dès lors que le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente depuis mai 2022, puisque la nouvelle demande de prestations de la recourante a été formée 29 novembre 2021 (six mois plus travail selon l'art. 29 al. 1 LAI), les conclusions du Dr D_____ n'étaient plus d'actualité, puisqu'elles dataient du 27 février 2019 et que l'état de santé de la recourante s'était aggravé, selon sa psychiatre, après 2021.

Quant à l'expertise du CEMEDEX, la chambre de céans a déjà jugé, dans son ordonnance d'expertise du 23 juin 2025, que son volet psychiatrique n'était pas probant.

4.2 S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par l'experte judiciaire, le SMR a indiqué qu'il n'avait jamais été objectivé. Selon les expertises antérieures, la recourante avait consulté un psychiatre en 1992, en raison, selon elle, de difficultés conjugales. Cependant, il n'y avait pas de trace d'un traitement prescrit, l'assurée n'avait pas été hospitalisée et elle avait rapidement interrompu cette prise en charge, selon l'expertise du Dr D_____. On ne pouvait ainsi retenir de manière objective le diagnostic de trouble dépressif majeur, motivant le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Par la suite, la recourante avait débuté une prise en charge psychiatrique en 2016, mais les deux experts précédents n'avaient pas non plus retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur.

La chambre de céans relève, s'agissant de ce grief, que la Dre E_____ a indiqué, dans son rapport du 29 novembre 2022, que la recourante avait fait son premier

épisode dépressif vingt ans auparavant suite à l'accouchement de son fils par césarienne. À la même période, elle était très angoissée, en raison du comportement violent de son mari sous l'influence de l'alcool. Elle n'osait pas se confier à son entourage familial à ce sujet et avait fait plusieurs tentatives de suicide.

Ce rapport de la psychiatre de la recourante suffit à établir le premier épisode dépressif, qui est très ancien, au degré de la vraisemblance prépondérante.

Quoi qu'il en soit, il est suffisamment établi que la recourante souffre d'un trouble dépressif, ou à toute le moins d'un dysthymie, depuis le début de l'année 2021 et c'est sa capacité de travail depuis lors qui est déterminante dans le cadre du présent litige, de sorte que même si l'on considérait que le premier épisode dépressif n'était pas suffisamment établi, cela serait sans conséquence sur l'issue du litige, car cela n'aurait de conséquence que sur la question de savoir si l'état dépressif actuel doit être qualifié de récurrent ou pas.

En l'occurrence, l'experte judiciaire a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec une apparition de limitations en lien avec ce diagnostic à la fin de l'année 2018 et au début de l'année 2019 et elle a fixé sa capacité de travail à 0% sur la base d'un examen des indicateurs de gravité et de cohérence convaincant. Ce grief de l'intimé ne remet en conséquence pas sérieusement en cause les conclusions de l'experte.

4.3 L'intimé a fait valoir que les constatations cliniques de l'experte judiciaire étaient principalement étayées par les plaintes subjectives de la recourante.

Tel n'est pas le cas, selon la chambre de céans, car si l'experte a rapporté les plaintes de la recourante et qu'elle les a en partie reprises, elle a également fait état de ses propres constatations lors du status clinique, lesquelles portaient notamment sur son apparence, sa façon de s'exprimer et de répondre aux questions et sa capacité mnésique à rapporter de façon chronologique le cours des événements de sa vie. L'experte a précisé que, sur le plan de l'humeur, le tableau décrit par l'expertisée avait été également observé en entretien, ce qui confirme qu'elle a confronté les dires de la recourante à ses observations. Elle a encore observé que la recourante semblait anxieuse, qu'elle avait un niveau important de tension interne lors de leur entretien et qu'elle présentait une nosognosie complète par rapport à sa situation.

4.4 La chambre de céans relèvera encore que, s'agissant de troubles psychiques, les plaintes ont une certaine importance et qu'elles doivent être prises en compte. Cela étant, faute de pouvoir objectiver les troubles, le Tribunal fédéral a développé les indicateurs de gravité et de cohérence afin de pouvoir fixer une capacité de travail de manière probante.

En l'occurrence, l'experte judiciaire a examiné les indicateurs précités. Elle a qualifié le trouble dépressif récurrent de grave, tout comme le syndrome douloureux somatoforme et précisé qu'il n'y avait pas d'exagération des

symptômes ni constellations semblables qui laisseraient planer un doute sur la situation réelle de la recourante. Son comportement semblait cohérent et correspondait à ce que l'on retrouvait dans les rapports de sa psychiatre sur plusieurs années. La compliance était bonne, la recourante faisant tout pour se soigner, puisque le dosage sanguin montrait une prise régulière du traitement antidépresseur, sans succès, ce qui permet de conclure à un pronostic négatif.

S'agissant des ressources, l'experte a retenu que la recourante ne semblait pas en avoir tellement de mobilisables, ni physiquement et psychiquement. Néanmoins, la recourante avait indiqué que l'amour qu'elle portait à son fils et son petit-fils lui permettait de continuer à vivre. S'agissant du contexte social, elle pouvait compter financièrement sur son mari, mais ne se sentait plus en confiance dans le lien avec lui et ne partageait plus rien d'autre que leur domicile. Elle décrivait une quasi-disparition de son réseau social, ne revoyant que quelques rares amis tous les deux à trois ans. Elle décrivait une bonne relation avec son fils et son petit-fils qu'elle voyait de temps à autre. Elle ne présentait pas un trouble de la personnalité.

Lors de l'audience devant la chambre de céans du 15 mai 2024, la recourante a notamment déclaré qu'elle avait du plaisir à voir son petit-fils, mais qu'elle ne pouvait pas s'en occuper. Elle ne faisait jamais rien à la maison et ne pouvait pas cuisiner pour sa famille. Elle a indiqué passer beaucoup de temps avec une amie, qui lui tenait compagnie et l'aidait notamment à se laver les cheveux et l'accompagnait à ses rendez-vous de médecin. Elle n'avait aucun loisir. Avant, elle faisait de la gymnastique et allait voir des expositions ainsi que des pièces de théâtre, mais ce n'était plus le cas depuis 2018. Les sorties l'angoissaient. Son mari lui faisait beaucoup de reproches car ils ne pouvaient rien faire.

Actuellement, il avait compris et était malheureux pour elle. Il y avait beaucoup de conflits dans le couple, mais cela allait mieux. Elle ne voyait pas d'autres personnes que son amie très proche et son mari. Elle ne pouvait plus recevoir à la maison. Avant, elle était plutôt dans le « donner ». Elle ne voyait plus suffisamment son fils, car il habitait à la K_____ et eux à L_____. Il venait de temps en temps la voir, environ toutes les deux semaines.

L'intimé a fait valoir que, contrairement à ce qu'indiquait l'expertise judiciaire, la recourante possédait des ressources, puisqu'elle avait émigré du Portugal, appris le français, travaillé sans difficulté jusqu'en 2018 et divorcé d'un mari annoncé comme violent. Ces ressources externes étaient actuellement son fils, ses médecins et ses amis.

L'intimé n'est pas convainquant en ce qu'il se réfère aux ressources générales de la recourante avant le début de ses limitations fonctionnelles durables, lesquelles ne sont pas déterminantes. S'il n'est pas contesté que la recourante dispose de certaines ressources, celles-ci apparaissent néanmoins très limitées.

4.5 En conclusion, l'analyse des indicateurs faite par l'experte judiciaire est convaincante ainsi que son rapport d'expertise en général.

5. Sur cette base, il convient d'admettre que la recourante est totalement incapable de travailler depuis le début de l'année 2019 (début de l'incapacité de travail durable selon l'experte) et qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière depuis janvier 2020. Cela étant, le droit au versement de la rente prend naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, dès le début du mois au cours duquel il prend naissance. En l'occurrence, la demande date du 29 novembre 2021, de sorte que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité est né le 1^{er} mai 2022 (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI).

6. Le recours doit en conséquence être partiellement admis.

Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État, l'intimé ne s'étant pas fondé sur une expertise présentant une insuffisance caractérisée (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

La recourante obtenant en grande partie gain de cause et étant représentée, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 2 octobre 2023.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2022.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

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