RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3691/2021 **ATAS/539/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2023

Chambre 3

En la cause

A_____
représentée par Maître Daniela LINHARES
recourante

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.** Le 26 avril 2017, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1988, de nationalité portugaise, arrivée en Suisse en 2015, ayant exercé au Portugal en tant que serveuse, femme de chambre et employée de nettoyage, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en invoquant des douleurs cervicales dues à une hernie et ayant entraîné une incapacité à exercer son activité de femme de chambre à 80% à compter du 22 septembre 2016.

b. L'assurée a été mise au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français, du 21 août au 15 septembre 2017.

c. Ont été versés au dossier, notamment :

- un rapport du Dr B_____, rhumatologue, indiquant qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis février 2017 et qu'il convenait donc de contacter le service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ;
- un rapport dudit service de mai 2018, indiquant que l'assurée n'y était plus suivie depuis novembre 2017 ; elle souffrait de cervico-brachialgies droites qui s'étaient améliorées après son accouchement, en septembre 2017 ;
- un rapport du Dr C_____, médecin-traitant, du 2 janvier 2019, retenant le diagnostic de cervico-brachialgies droites et une totale incapacité de travail ;
- un rapport du Dr D_____, neurochirurgien, du 11 février 2019, précisant qu'une électroneuromyographie (ENMG), pratiquée en juillet 2018 n'avait montré aucune atteinte neurologique ni aucune justification aux plaintes douloureuses ;
- un compte rendu d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 13 février 2019, notant de possibles compressions radiculaires au niveau des racines C5 et C6 ;
- un rapport du Dr E_____, psychiatre traitant, du 7 octobre 2019, insistant sur l'importance et le rôle des douleurs et concluant à une totale incapacité à exercer la moindre activité, tout en précisant que l'assurée ne prenait aucun traitement, hormis des antalgiques ;
- un courrier du Dr C_____ du 7 octobre 2019, attestant d'une capacité de travail de 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne des membres supérieurs et du dos ;
- un nouveau rapport du Dr E_____ du 4 février 2020 similaire au précédent et ne faisant état d'aucune atteinte psychiatrique ;
- un rapport du Dr D_____ du 7 février 2020 mentionnant l'absence d'indication opératoire et la poursuite d'un traitement conservateur à base

d'antalgiques ; selon lui, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée aux limitations d'épargne du cou.

d. Une expertise bi-disciplinaire a été confiée aux docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du Bureau d'expertises médicales (BEM), qui ont rendu leur rapport en date du 26 janvier 2021.

Les experts ont noté, sur le plan somatique, des cervicalgies et une brachialgie persistantes et ayant résisté aux traitements. Ils ont conclu à un syndrome cervical sur uncodiscarthrose (C4-C5 et C5-C6) n'entraînant aucune incapacité de travail depuis le 15 novembre 2017 (date de l'amélioration constatée par le Dr H_____) dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter le port fréquent de charges supérieures à 5 kg, le travail au-dessus de l'horizontale, les positions en porte-à-faux, les mouvements répétés de rotation ou de flexion-extension de la tête, les stations assise ou debout prolongées et la conduite automobile prolongée. Ils n'ont retenu aucun diagnostic d'ordre psychiatrique.

e. Par décision du 28 septembre 2021, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies.

L'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer son ancienne activité depuis le 22 septembre 2016. En revanche, elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 15 novembre 2017. Dès lors, un degré d'invalidité de 100% pouvait lui être reconnu à compter du 22 septembre 2017 et jusqu'au 28 février 2018, date à compter de laquelle ce taux était de 0%. Ce taux a été obtenu en comparant le revenu avant invalidité (CHF 48'927.- selon les statistiques, le revenu réel étant difficile à établir avec précision), à celui que l'assurée aurait pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé (le même, après déduction de 5% pour tenir compte des limitations fonctionnelles (CHF 52'452.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, TA1_tirage_skill_level pour une femme exerçant une activité simple et répétitive, soit, après déduction de 5% : CHF 49'829.-).

Cependant, le droit à la rente devait être nié, l'assurée ne pouvant justifier, au moment de la survenance de l'invalidité, de trois années de cotisations, dont une année en Suisse.

B. **a.** Par écriture datée du 27 octobre 2021, postée le lendemain et complétée le 22 novembre 2021, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que lui soit reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 15 novembre 2017 (sic), voire des mesures de réadaptation, après mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

En substance, elle allègue qu'elle a travaillé durant trois ans au Portugal et produit à titre de preuve de ses dires son curriculum vitae.

Pour le surplus, elle invoque l'avis de ses médecins-traitants, qui évaluent sa capacité de travail à 50% et en tire la conclusion que cela lui ouvre donc le droit à une demi-rente.

Enfin, elle demande à pouvoir bénéficier d'un reclassement, alléguant que ce sont ses limitations fonctionnelles qui l'empêchent de retrouver du travail et non son niveau de français.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 janvier 2022, a conclu au rejet du recours.

Il considère que l'expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique réalisée par le BEM doit se voir reconnaître pleine valeur probante et relève que la recourante ne met en avant aucun élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions de cette expertise.

Quant aux conditions d'assurance, l'intimé maintient qu'elles ne sont pas remplies. En effet, contrairement à ses dires, la recourante ne comptabilisait pas, lors de la survenance de l'invalidité, au moins trois années de cotisations. La recourante comptabilisait vingt-six (recte : dix-huit) mois de cotisations en Suisse au moment de la survenance de l'invalidité, le 22 septembre 2017. Les autorités portugaises n'attestent que de trois mois supplémentaires au Portugal, ce qui est insuffisant.

c. Par écriture du 4 février 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions.

d. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 15 mars 2022.

La recourante a réaffirmé avoir travaillé durant plusieurs années au Portugal : en 2014 et 2015 comme nettoyeuse et serveuse dans un bar, en 2013-2014 comme femme de chambre et en 2010, également comme serveuse. Elle n'a en revanche pas de certificats ou fiches de salaire.

Elle a indiqué vouloir consulter un avocat au Portugal pour examiner la possibilité de faire rectifier ses décomptes de cotisations.

Pour le surplus, elle a indiqué souffrir toujours de douleurs et de fourmillements. Les infiltrations se sont révélées inutiles, tout comme les séances de physiothérapie.

À l'issue de l'audience, un délai a été accordé à la recourante pour tenir la Cour de céans informée de ses éventuelles démarches auprès de la Sécurité sociale portugaise.

e. Ce délai a été prolongé à de nombreuses reprises à la demande de la recourante, qui a finalement indiqué avoir consulté un avocat à I_____. Le conseil de la recourante a informé la Cour qu'elle n'avait plus eu d'informations de sa mandante sur ce point.

f. Interpellée directement (son conseil ayant cessé de défendre ses intérêts), la recourante n'a pas répondu aux questions de la Cour, qui lui demandait de lui

confirmer que des procédures avaient été engagées au Portugal et de lui indiquer à quel stade elles en étaient.

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

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. 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur 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).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit – si un tel droit devait être reconnu – serait né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

6. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si, le 22 septembre 2017, date – non contestée – de la survenance de l'invalidité, les

conditions d'assurance étaient remplies. Dans l'affirmative, se pose également la question de son droit éventuel aux prestations au-delà du 28 février 2018.

7.

7.1 L'art. 2 al. 1 de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Portugal du 11 septembre 1975, entrée en vigueur le 1er mars 1977 (RS 0.831.109.654.1), dispose que les ressortissants de l'une des parties contractantes, ainsi que les membres de leur famille et les survivants dont les droits dérivent desdits ressortissants, sont soumis aux obligations et admis au bénéfice de la législation de l'autre partie dans les mêmes conditions que les ressortissants de cette partie ou les membres de leur famille et les survivants dont les droits dérivent desdits ressortissants, sauf exceptions. En d'autres termes, la convention prévoit l'égalité de traitement entre les ressortissants suisses et les ressortissants portugais.

7.2 Selon l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses, les étrangers et les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI.

Les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI - concernant les étrangers âgés de moins de 20 ans – aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse (art. 6 al. 2 LAI).

L'art. 36 al. 1 LAI précise, s'agissant des rentes ordinaires, qu'y a droit l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

7.3 En l'espèce et en l'état, l'assurée ne peut justifier, selon les renseignements transmis par la Sécurité sociale portugaise, que de trois mois de cotisations, qui viennent s'ajouter aux 26 mois cotisés en Suisse, ce qui conduit à un total de 29 mois, inférieur aux 36 mois de cotisations requis. La recourante conteste certes la durée de cotisation effectuée au Portugal.

À cet égard cependant, la production de son curriculum vitae ne suffit à l'évidence pas à prouver ses allégations, d'autant que l'assurée a été dans l'incapacité de produire le moindre certificat de salaire à l'appui de ses dires. On ignore pour le surplus si, conformément à ce qu'elle annonçait, la recourante a entrepris des démarches au Portugal pour faire rectifier son relevé de cotisations.

Si tel devait être le cas, et si ces démarches devaient aboutir, il lui serait alors loisible de demander à l'intimé la révision de son dossier pour faits nouveaux.

En l'état, les conditions d'assurance n'apparaissent pas remplies, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé le versement de la rente.

8. Se pose ensuite la question du droit éventuel aux prestations au-delà du 28 février 2018, la recourante alléguant que sa capacité de travail est restée diminuée d'au moins 50%.

8.1 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, 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

8.2 En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

8.3

8.3.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

8.3.2 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.3.3 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).

8.3.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

10. 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).

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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'occurrence, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire à laquelle il reconnaît pleine valeur probante, considère que la recourante a recouvré une capacité de 100% dans une activité adaptée à compter de novembre 2017, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu n'entraînant aucune perte de gain, ce que la recourante conteste en arguant que ses médecins traitants, eux, lui reconnaissent une incapacité de travail. Elle conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au motif que, selon lesdits médecins, elle est incapable de travailler à plus de 50%.

L'expertise administrative remplit à la forme les principes jurisprudentiels développés par le Tribunal fédéral pour que lui soit reconnue une valeur probante (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). En effet, elle a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes de l'assurée, repose sur un examen clinique approfondi et contient des conclusions motivées et convaincantes.

Les experts ont confirmé, au plan somatique, un syndrome cervical sur uncodiscarthrose (C4-C5 et C5-C6), mais ont expliqué les raisons pour lesquelles ils considéraient qu'il n'entraînait aucune incapacité de travail depuis le 15 novembre 2017 et en ont dûment tenu compte dans leur description d'une activité adaptée. Ils n'ont retenu aucun diagnostic d'ordre psychiatrique.

L'assurée n'apporte aucun élément objectif permettant de faire douter des conclusions des experts. Certes, le Dr E_____, psychiatre traitant, conclut à une incapacité totale de travail, mais sans retenir le moindre diagnostic psychiatrique. Quant au Dr C_____, il évalue la capacité de travail de sa patiente à 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne des membres supérieurs et du dos, mais sans expliquer les raisons pour lesquelles il considère que cette capacité resterait diminuée dans une telle activité. Il en va de même du Dr D_____.

Il apparaît donc que ces médecins ont simplement une autre appréciation que celle des experts de la capacité de travail de leur patiente, sans amener d'élément objectif à l'appui de leur position, qui aurait été ignoré lors de l'expertise.

Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimé de s'être rallié aux conclusions de cette dernière.

Quant au calcul du degré d'invalidité, il n'est pas contesté en tant que tel et n'apparaît pas critiquable.

Au vu des considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
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
Christine RAVIER	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