

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4322/2011

ATAS/1081/2012

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 août 2012**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame D\_\_\_\_\_, domiciliée au Petit-Lancy, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Pascal PETROZ

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame D\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1952, d'origine albanaise, a exercé l'activité de laborantine en Albanie. Arrivée en Suisse en 1992 avec son mari, l'assurée a travaillé comme employée dans un pressing, à plein temps.
2. Souffrant de divers problèmes de santé et notamment de lombalgies, l'assurée a été en arrêt de travail dès le 12 février 2002. Elle a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 21 février 2005.
3. Dans un rapport d'expertise du 13 novembre 2002 à l'attention de l'assureur perte de gain en cas de maladie, le Prof. L\_\_\_\_\_, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques apparues dans le courant de l'année 2001, une cervicobrachialgie droite depuis le début 2002 et une surcharge fonctionnelle avec signes de non-organicité. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics suivants : une obésité morbide depuis une dizaine d'années, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie traitées, une parésie faciale droite transitoire et un adénome surrénalien gauche non sécrétant. L'expert a conclu qu'une reprise de travail à 50 % dans l'activité habituelle était possible, respectivement à 100 % d'ici trois à quatre mois, avec les mesures médicales habituelles, un régime approprié et des exercices physiques réguliers. Dans une activité adaptée, sans soulèvement de charges lourdes et avec moins d'heures à passer debout, la capacité de travail pourrait osciller entre 80 et 100 %. Des mesures de réadaptation professionnelle pouvaient être mises en œuvre immédiatement.
4. Dans son rapport du 28 juillet 2005 à l'attention de l'OAI, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant depuis le 22 février 1996, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle instable, une obésité morbide, des discopathies étagées C4-C7 et L3-L5 sur troubles dégénératifs, une lithiase rénale multiple et un état dépressif. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont les suivants ; suspicion d'un adénome surrénalien, polykystose ovarienne et status après probable AVC transitoire en 2002. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 10 février 2002. Dans une activité adaptée, par exemple de laborantine, la capacité de travail serait de 50 %.
5. Dans un rapport intermédiaire du 9 octobre 2006, le Dr M\_\_\_\_\_ atteste que l'état de santé était resté stationnaire depuis 2002.

6. Le SMR, dans son rapport du 9 novembre 2006, retient une capacité de travail de 50 % depuis le début 2002 dans l'activité habituelle et de 80 à 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.
7. Par courrier du 17 avril 2007, l'assurée informe l'OAI que son état de santé s'est aggravé.
8. Interpellé par l'OAI, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué en date de 19 avril 2007 que l'état de santé de sa patiente n'était pas stabilisé, malgré le traitement médical, qu'en raison de ses douleurs, elle ne pouvait pas rester assise sur une chaise ou debout plus qu'un quart d'heure, et qu'une réadaptation professionnelle n'était pas possible. Dans son rapport du 28 juin 2007, il a attesté que l'assurée faisait parfois des crises hypertensives et qu'elle pourrait éventuellement travailler à 50 % dans son ancienne activité de laborantine.
9. Le 9 août 2007, le SMR a retenu que l'assurée pouvait être réadaptée dans une activité légère sédentaire. Le degré d'invalidité déterminé alors était de 34,4 %.
10. Par courrier du 20 août 2007, la FONDATION INTEGRATION POUR TOUS a informé l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI de la fermeture du dossier pour inadéquation de la mesure en raison de l'état de santé de l'assurée (fatigabilité importante ; nécessité de position alternée sous de très brefs délais).
11. Le 23 août 2007, le Dr M\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que deux nouvelles pathologies ont été diagnostiquées, à savoir un diabète de type 2 et une toux chronique sur état allergique, avec bronchite hyperactive secondaire.
12. Dans un rapport médical intermédiaire du 30 janvier 2008, le Dr M\_\_\_\_\_ atteste que l'état de sa patiente s'est aggravé, que le diabète était difficile à équilibrer avec un état asthénique chronique, que l'obésité était en pénétration (113 kg), que la patiente était mélancolique ou dépressive mais que cela ne nécessitait pas de traitement psychiatrique, que dans quelques mois, elle pouvait éventuellement travailler à 50 % comme laborantine, mais qu'il avait des doutes. Le 25 juin 2008, le médecin traitant informe l'OAI que sa patiente devait subir une hystérectomie en septembre.
13. En raison de l'état de santé de l'assurée, l'OAI a clôturé le mandat de réadaptation le 30 juin 2008.
14. Par décision du 26 janvier 2009, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée, au motif que sa capacité de travail dans l'activité habituelle est de 50 % mais que dans une activité adaptée, elle est de 80 % compte tenu des limitations professionnelles. Quant au degré d'invalidité, il s'élevait après comparaison des gains à 18,1 % , de sorte qu'il ne donnait pas droit à un reclassement professionnel.

15. L'assuré a interjeté recours en date du 26 février 2009 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent.
16. Par arrêt du 2 juillet 2009, le TCAS a partiellement admis le recours, annulé la décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie/rhumatologie, psychiatrie) et nouvelle décision.
17. L'OAI a mandaté le CENTRE D'EXPERTISE MEDICAL de l'AI de Nyon (ci-après CEMED). L'assurée a été examinée en date des 5 novembre et 17 décembre 2009 par les Drs N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. Sur le plan somatique, les experts ont relevé des douleurs à la palpation paracervicale gauche, de même qu'à celle du rachis dorsal et des articulations chondrosternales. Tous les points de fibromyalgie sont positifs. L'expert relève principalement une obésité. Les différents examens complémentaires montrent uniquement des troubles dégénératifs modérés, compatibles avec l'âge. L'assurée présente comme plainte principale une asthénie et une tendance à la somnolence diurne mise en relation avec un syndrome des apnées obstructives du sommeil. L'hypertension est compensée, de même que le diabète. En raison des douleurs, l'assurée est limitée sur le plan fonctionnel dans les travaux lourds, les positions debout prolongées et le port répété de charges lourdes. Au status psychique, l'assurée ne présente pas de trouble formel de la pensée, elle ne se laisse pas interrompre, de sorte que l'expert relève une certaine force de détermination. Il n'y a pas de trouble de la concentration, de l'attention et de la mémoire. Sur le plan affectif, elle est parfois affectée, notamment en contact avec des sujets où elle s'est sentie blessée ou mal comprise. L'énergie vitale est légèrement diminuée, mais l'expert a l'impression que son ralentissement corporel intervient dans cette appréciation. L'assurée est un peu anxieuse, d'une manière sous-jacente, fluctuante, sans atteindre un niveau clinique significatif, et la personnalité est compensée. Le diagnostic d'état dépressif posé par le médecin traitant ne peut être confirmé, au vu de l'anamnèse, de l'observation et de l'analyse du dossier. Les critères de la CIM-10 pour un état dépressif clinique ne sont pas remplis. Les experts retiennent, avec répercussion sur la capacité de travail, les lombalgies et cervicalgies chroniques sur discopathies étagées, prédominant en C6 - C7 et L5 - S1. Tous les autres diagnostics, notamment le diabète, l'hypertension et l'obésité sont sans répercussion sur la capacité de travail. Selon les experts, la capacité de travail de l'assurée est de 100 %. L'activité antérieure semble être adaptée, dans la mesure où elle respecte les limitations décrites, et est encore exigible, à plein temps et à plein rendement.
18. Dans son avis du 26 février 2012, le SMR relève que le Prof. L\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui avait expertisé l'assurée en 2002 pour l'assureur-maladie, avait constaté l'absence de pathologie organique incapacitante. Il préconisait une

capacité de travail dans l'activité habituelle, avec reprise dans un premier temps à 50 %. Des mesures de réorientation professionnelle ne seraient à envisager qu'au cas où une augmentation à 100 % du taux d'activité dans l'emploi habituel ne serait pas possible avec les mesures médicales habituelles en 3-4 mois. Dans une activité sans charges lourdes, la capacité de travail était de 80 à 100 %. L'expertise pluridisciplinaire confirme ce constat, en particulier l'absence d'aggravation de l'affection rhumatologique ainsi que l'absence d'affection psychique incapacitante. Le SMR retient ainsi une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, ainsi que dans toute activité sans travaux lourds, sans port de charges lourdes, sans station debout prolongée.

19. Par projet de décision du 2 mars 2011, l'OAI informe l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande.
20. L'assurée s'y est opposée le 2 avril 2011, joignant divers documents, notamment un rapport du Dr M\_\_\_\_\_, au terme duquel les douleurs ressenties par la patiente ont une origine organique, à savoir l'arthrose. S'agissant de l'obésité, si la patiente a refusé de prendre des antidépresseurs, c'est en raison du risque d'augmenter encore son obésité. Pour le surplus, elle ne veut pas voir un psychiatre. Selon ce médecin, la patiente devrait bénéficier d'une rente entière d'invalidité et il est illusoire de vouloir lui faire reprendre le travail. Le Dr Q\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et diabétologie, atteste que la patiente souffre de plusieurs affections endocriniennes chroniques invalidantes nécessitant une prise en charge thérapeutique en cours, à savoir un diabète de type 2 compliqué d'une neuropathie périphérique, une obésité morbide et une HTA secondaire sur adénomes surrénaliens bilatéraux.
21. Par décision du 8 novembre 2011, l'OAI a rejeté l'opposition, se référant à l'avis du SMR selon lequel l'assurée présente une capacité de travail de 100 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.
22. Représentée par son mandataire, l'assurée interjette recours le 14 décembre 2011. Elle conteste les conclusions du CEMED, faisant valoir que selon ses médecins, à savoir notamment les Drs M\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_, elle souffre de plusieurs affections invalidantes, notamment d'une dépression moyenne à sévère. Elle fait valoir que ses affections n'ont été abordées que de manière succincte par le CEMED, notamment l'obésité, et considère que le SMR a minimisé la gravité de ses maladies. Elle conclut à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Préalablement, elle a requis un délai pour compléter son recours.
23. Dans ses écritures du 26 janvier 2012, la recourante se réfère aux certificats et rapports de la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de médecine communautaire des HUG, selon lesquels au vu de sa situation physique et

psychique, elle ne peut exercer une activité lucrative à 100 %. En outre, le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté le 30 janvier 2008 que sa santé s'est aggravée depuis environ un an. Elle ne peut plus travailler, même dans une activité adaptée. Elle soutient que les conclusions du SMR sont contradictoires, dans la mesure où il retient qu'elle n'a pas d'incapacité de travail durable, que sa capacité de travail est totale dans l'activité habituelle ainsi que dans toute activité sans travaux lourds, ni ports de charges lourdes, station debout prolongée et sans possibilité d'alterner les positions. Or, l'activité de repasseuse est précisément exercée debout. La recourante souligne encore que les rapports médicaux à l'appui de la décision de l'intimé datent de plus de deux ans, alors que son état de santé n'a cessé de se péjorer.

24. Dans sa réponse du 5 mars 2012, l'intimé relève que selon les médecins du CEMED, les diverses affections dont souffre la recourante ne sont pas invalidantes et que, sur le plan psychique, la dépression - qualifiée par le médecin traitant de modérée à sévère - a été traitée par millepertuis et phytothérapie, ce qui a suffi à amener une amélioration. Enfin, selon le SMR, les échelles d'évaluation de la dépression sont valables pour le suivi du traitement, mais non pour poser un diagnostic. L'intimé conclut au rejet du recours.
25. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 25 avril 2012, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise, rappelant les diverses affections dont elle souffre. Elle a indiqué être suivie par un psychiatre, la Dresse R\_\_\_\_\_, qui lui prescrit un médicament à base de plantes. Elle a expliqué qu'elle refuse de prendre d'autres médicaments et confirmé n'avoir jamais été hospitalisée pour raisons psychiatriques. Elle a précisé que le diabète est mal équilibré et qu'elle souffrait d'apnées du sommeil. A cet égard, elle avait essayé l'appareil pendant un mois, mais elle ne parvenait pas à dormir. Enfin, concernant l'obésité, une opération de l'estomac n'est envisageable qu'en dernier recours.

L'intimé a relevé pour sa part que toutes les affections dont est atteinte la recourante ont été prises en compte par les experts du CEMED et que rien ne permettait de remettre en cause leurs conclusions.

26. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93, consid. 6b, ATF 112 V 360, consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.
6. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA,

est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2)

8. 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). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au

contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1).

A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert,

ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

Enfin, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

9. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. A 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 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. 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 125 V 351, consid. 3b/bb).

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. cc).

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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

10. 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. 28 al. 2 LAI).

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

11. En l'espèce, la recourante souffre de diverses affections entraînant, selon le Dr M\_\_\_\_\_, médecin traitant, une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle depuis le 10 février 2002 et de 50 % dans une activité adaptée. Son état

de santé s'étant encore aggravé en 2007 avec la découverte d'un diabète de type 2 et une péjoration de l'obésité, le médecin traitant a indiqué, le 30 janvier 2008, que l'incapacité de travail est totale dans l'activité de blanchisseuse et que dans une activité adaptée, elle pouvait être éventuellement dans quelques mois à 50 %. En revanche, dans un rapport du 25 juin 2008, il a considéré qu'une reprise de travail dans une activité adaptée n'était plus envisageable, au vu de l'aggravation.

Selon le Prof. L\_\_\_\_\_, qui a expertisé la recourante en date du 13 novembre 2002 pour le compte de l'assureur perte de gain maladie, une reprise de travail à 50 % dans le métier exercé jusqu'alors était possible dans un premier temps, avec une reprise ensuite à 100 %. Au cas où la recourante ne pourrait pas, avec les mesures médicales habituelles (régime approprié, exercices physiques réguliers et traitement médicamenteux) reprendre son activité antérieures à 100 % d'ici 3 à 4 mois, une réorientation professionnelle serait à envisager. Dans une activité adaptée, sans soulèvement de charges lourdes, la capacité de travail pourrait osciller entre 80 et 100 %.

Mandaté par l'intimé, le CEMED a réalisé une expertise pluridisciplinaire. L'assurée a été examinée en date des 5 novembre et 17 décembre 2009 par les Drs N\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 5 février 2010, les experts ont retenu, avec répercussions sur la capacité de travail, les diagnostics de lombalgies et cervicalgies chroniques sur discopathies étagées, prédominant en C6 - C7 et L5 - S1. Les autres diagnostics, en particulier le syndrome douloureux diffus sans substrat organique, le diabète et l'obésité sont sans répercussion sur la capacité de travail, étant précisé qu'aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu. S'agissant des limitations fonctionnelles, les experts ont indiqué que sur le plan rhumatologique, la recourante devait limiter les positions debout prolongées, les travaux lourds et les ports répétés de lourdes charges. Dans l'activité habituelle, qui semble respecter les limitations décrites, la capacité de travail résiduelle est de 100 %, sans diminution de rendement, depuis 2002.

La Cour de céans constate que le rapport d'expertise comporte une anamnèse personnelle, familiale et socioprofessionnelle complète et détaillée, les plaintes de la recourante sont précisément relatées et les experts, après avoir examiné la recourante, ont procédé à une analyse complète des pièces du dossier, ainsi qu'à une appréciation du cas. Les conclusions des experts reposent sur une analyse fouillée, elles sont motivées et convaincantes.

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise, aux motifs que les conclusions des experts sont contredites par ses médecins traitants et que toutes les atteintes à sa santé n'ont pas été prises en compte, notamment l'accident vasculaire cérébral transitoire et la neuropathie périphérique. Enfin, elle conteste que l'activité de repasseuse soit adaptée, dans la mesure où ce métier s'exerce debout.

Concernant l'accident vasculaire cérébral (AVC) transitoire, la Cour de céans constate que lors de l'hospitalisation du 15 mai au 28 mai 2002 aux HUG, les médecins ont pu raisonnablement l'exclure après les examens effectués et le diagnostic d'œdème de l'hémiface droite accompagné d'une parésie faciale, régressif a été retenu (cf. rapport des HUG du 6 août 2002). Comme le relève à juste titre le SMR, l'œdème avait été attribué au traitement antihypertenseur et non pas à un AVC. En outre, le rapport des HUG ne fait pas mention d'une quelconque séquelle. Enfin, ces éléments figuraient au dossier, de sorte que la recourante ne saurait raisonnablement soutenir que les experts du CEMED n'en ont pas eu connaissance. S'agissant de la neuropathie périphérique évoquée par le Dr Q\_\_\_\_\_ dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2010, il sied de relever qu'il n'en précise pas la gravité et qu'il n'en fait plus état dans son rapport du 28 août 2011, se bornant à indiquer que la patiente se plaint d'avoir mal aux jambes. Il ne s'est pas prononcé non plus sur la capacité de travail, pas plus que sur les limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, force est de constater que la Dresse R\_\_\_\_\_ a fondé son diagnostic de dépression sévère sur la base de l'échelle de dépression gériatrique. Or, outre le fait que l'échelle d'évaluation ne peut être utilisée pour poser un diagnostic psychiatrique, le traitement antidépresseur a consisté en des prescriptions à base de plantes, traitement qui s'est avéré suffisant. En effet, le 6 juillet 2011, la patiente a exprimé une amélioration de son état dépressif, de ses troubles du sommeil et de son comportement alimentaire. Enfin, la Dresse R\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante.

La Cour de céans constate que les rapports médicaux des médecins traitants ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions claires et motivées du CEMED en ce qui concerne les diagnostics et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante. En effet, aucun d'entre eux ne fait état de nouvelles atteintes, d'aggravation significative de l'état de santé ou d'autres éléments dont le CEMED n'aurait pas tenu compte. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans se ralliera aux conclusions de l'expertise multidisciplinaire qui revêt, à cet égard, pleine valeur probante.

La recourante conteste cependant que l'activité de repasseuse soit adaptée à son état de santé, dès lors qu'elle s'exerce debout. Selon le rapport de l'employeur du 3 mars 2005, la recourante était employée de pressing/repasseuse calandreuse. Or, l'activité de repasseuse calandreuse s'exerce généralement en position assise, devant une machine. Dans son rapport d'expertise du 13 novembre 2002, le Prof. L\_\_\_\_\_ notait que l'assurée s'occupait du repassage, du nettoyage d'habits et de toute la manutention liée à l'entrée et à la sortie des habits des machines de lavage. Il estimait qu'elle pouvait reprendre le travail habituel d'abord à 50 %, puis à 100 % d'ici 3 à 4 mois. Au cas où elle n'y parviendrait pas, une reconversion devait être envisagée dans un travail moins astreignant, où il y a moins de charges

lourdes à soulever et moins d'heures à passer debout. Dans une activité adaptée, la capacité de travail oscillait de 80 à 100 %.

Il apparaît douteux que l'activité habituelle soit totalement adaptée à l'état de santé de la recourante. Cela étant, la Cour de céans retiendra que la capacité de travail résiduelle de travail est de 100 %, mais dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

12. Reste à déterminer le degré d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Le niveau 4 de qualification des ESS s'applique en principe à toutes les assurées qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF non publié 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010, consid. 2.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques.

13. En l'occurrence, la recourante a réalisé en 2002 un revenu annuel de 42'560 fr. Réactualisé à 2003 - année d'ouverture du droit éventuel à la rente - le revenu de valide s'élève à 43'163 fr.

Quant au revenu d'invalidé, il s'élevait en 2002 pour les femmes exerçant des activités simples et répétitives à 3'820 fr. par mois pour 40 heures de travail hebdomadaire (Tables ESS 2002, tableau TA1, niveau 4). Compte tenu d'une durée hebdomadaire normale du travail dans les entreprises de 41,7 heures de travail en 2002, ce revenu s'élève à 3'982 fr. 35 par mois, soit 47'788 fr. par année. Réactualisé à 2003, le revenu d'invalidé est de 48'465 fr. Compte tenu de l'âge de la recourante et des limitations fonctionnelles n'autorisant qu'une activité sans port de charges lourdes et permettant l'alternance des positions, il convient de retenir un abattement de 10 %, de sorte que le revenu d'invalidé s'établit en définitive à 42'618 fr.

En comparant les revenus avec et sans invalidité, force est de constater que la recourante ne présente aucune perte de gain. Partant, elle ne peut prétendre aucun droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

14. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.
15. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RSG E 510.03).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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