RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/764/2022 **ATAS/515/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2023

Chambre 3

En la cause

Madame A_____ recourante
représentée par Me Jacques EMERY, avocat

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1972, originaire du Maroc, est arrivée en Suisse en 2003 et a travaillé durant plusieurs années dans un pressing et pour des entreprises de nettoyage.

b. En mars 2020, l'assurée a été engagée par une entreprise d'intérimaires et affectée à B_____ (ci-après : B_____) pour la désinfection des bureaux.

c. Le 17 juin 2021, l'assurée a été licenciée oralement par son employeur. Le même jour, elle lui a fait parvenir un arrêt de travail. Par la suite, son psychiatre, le docteur C_____, a attesté de l'existence d'un épisode dépressif sévère entraînant une totale incapacité de travail depuis le 17 juin 2021.

B. **a.** Préalablement, en date du 29 janvier 2020 déjà, l'assurée avait déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en invoquant une dépression grave, des douleurs dorsales et cervicales, ainsi qu'une atteinte à l'épaule droite.

b. L'instruction du dossier a permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- un bref certificat de la docteure D_____, psychiatre et psychothérapeute, du 3 septembre 2019, attestant suivre régulièrement l'assurée depuis janvier 2019, pour un trouble dépressif récurrent ayant entraîné un arrêt de travail de quelques mois – avant une reprise, le 1er septembre 2019 –, suite à une décompensation dans un contexte de difficultés psychiques et physiques au travail ;
- un rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, du 14 février 2020, expliquant que la patiente, depuis la pose de prothèses mammaires, en 2012, souffrait de cervicalgies, de dorsalgies, de douleurs thoraciques et d'une tendinopathie de l'épaule droite ; s'y ajoutaient des migraines depuis 2018 ; selon lui, les migraines, les cervicalgies, la tendinopathie de l'épaule droite, l'arthrose du genou gauche et la capsulite de stade IV bilatérale des seins entraînaient une incapacité totale de travail depuis 2018 ; l'assurée pourrait éventuellement exercer à 50% une activité limitant la station debout prolongée, les piétinements ou le travail bras en l'air, soit toute activité permettant d'alterner les positions assise et debout et la marche ;
- un bref certificat du docteur F_____ confirmant que l'assurée souffrait de douleurs lombaires et thoraciques, suite à la pose de deux implants mammaires en 2012 ; une opération médicale était nécessaire pour enlever les implants ;

- un avis émis le 2 février 2021 par le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), constatant que l'assurée, employée de pressing, était en incapacité de travail depuis le 26 avril 2019 pour des raisons à la fois psychiatriques et somatiques ; au niveau somatique, le docteur G_____, dermatologue, mentionnait des douleurs mammaires en lien avec une capsulite bilatérale des seins consécutive à la pose de prothèses, en 2012 ; le Dr E_____ faisait mention de migraines et de cervicalgies avec amélioration progressive depuis l'instauration d'un traitement devant être augmenté ; le docteur H_____, médecin traitant généraliste, faisait mention quant à lui d'une tendinopathie du membre supérieur droit, de gonalgies, de cervicalgies, et de dorsalgies, sans se prononcer sur la capacité de travail ; le docteur I_____, rhumatologue, faisait état d'une chondropathie des genoux, de lombalgies chroniques mécaniques et d'une tendinopathie de l'épaule droite, avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée dès le 14 mai 2019 (sans port de charges de plus de 5 kg, évitant les positions bras au-dessus de l'horizontale, le travail en hauteur et toute activité surchargeant le rachis cervical et lombaire) ; au niveau psychiatrique, le Dr C_____ mentionnait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques apparu en 2012, avec les douleurs, entraînant une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une capacité de 40 à 50% dans une activité adaptée ; la Dre D_____, attestait d'une rémission des symptômes et d'une capacité de travail de 100% dès le 1er septembre 2019 ; enfin, une expertise psychiatrique réalisée le 27 mai 2019 à la demande l'assurance perte de gain par le docteur J_____ concluait à un trouble de l'adaptation avec une capacité de travail de 100% dès le 1er juin 2019 et mention de facteurs extra-médicaux (un fils atteint de mucoviscidose, un conjoint sans emploi, un manque de soutien et une incompréhension au travail) susceptibles de péjorer le pronostic de retour à l'emploi ;
- un rapport du Dr E_____ du 1er mars 2021 concluant à une tendinopathie de l'épaule droite et migraine épisodique depuis 2018, à une totale incapacité de travail dans l'activité de repasseuse (impliquant une position debout constante) depuis décembre 2018 et répétant, comme dans son précédent rapport, que l'assurée pourrait exercer une activité adaptée à 50% ;
- un rapport de la docteure K_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique du 24 mars 2021, concluant à une capsulite au niveau des implants mammaires ayant entraîné une dépose de ceux-ci en novembre 2020, sans répercussion sur la capacité de travail ;

- un avis du SMR du 22 avril 2021 constatant que le psychiatre traitant se prononçait sur des limitations d'ordre somatique sortant de son domaine de compétence, que le Dr E_____ se prononçait sur le plan rhumatologique exclusivement – et non sur le plan neurologique –, alors même que le rhumatologue traitant, le Dr I_____, avait retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 14 mai 2019, enfin, que le neurologue retenait toujours le diagnostic de capsulite mammaire incapacitant contrairement à la spécialiste en chirurgie reconstructive ; pour le SMR, il était clair que l'activité habituelle n'était plus exigible, en particulier en raison des atteintes rhumatologiques ; une expertise était nécessaire pour se prononcer sur la possibilité d'exercer une activité adaptée.

c. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Les docteurs L_____, rhumatologue, M_____, spécialiste en médecine générale, N_____, neurologue, et O_____, psychiatre-psychothérapeute, ont rendu leur rapport le 27 octobre 2021, en posant plusieurs diagnostics, notamment ceux de cervicalgies et lombalgies chroniques, de céphalées probablement mixtes migraineuses et de trouble dépressif récurrent en rémission. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité d'alterner les positions, d'éviter la position statique assise tête penchée en avant, le port itératif de charges supérieures à 5-10 kg portées près du corps et le soulèvement itératif depuis le sol de charges supérieures à 2,5 kg, le travail des membres supérieurs dans le plan horizontal, le travail avec des engins avec vibrations à basse fréquence, les positions prolongées et/ou les mouvements itératifs en flexion, extension, rotation, inclinaison de la nuque, respectivement du tronc, les horaires réguliers, les machines dangereuses, les activités nécessitant une vigilance constante (telle que la surveillance de sécurité) et d'importantes capacités de concentration. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité de blanchisserie depuis le 31 août 2019 en raison d'une périarthrite scapulo-humérale droite et d'une gonarthrose bilatérale. Dans une activité adaptée telle que celle de désinfection des bureaux, la capacité de travail était de 100%, avec une perte de rendement de 15% en raison de la fatigue consécutive au syndrome d'apnées du sommeil et des céphalées d'origine mixte.

d. Le 8 novembre 2021, le SMR a retenu à titre d'atteintes principales des cervicalgies et lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, une périarthrite scapulo-humérale droite avec conflit sous acromial et tendinopathie du sus-épineux, des gonalgies sur gonarthrose bilatérales ; il a également mentionné, à titre d'atteinte supplémentaire, un syndrome d'apnée du sommeil de degré modéré à sévère appareillé, des céphalées probablement mixtes migraineuses et de tensions de faible prévalence (un à trois jours par semaine), un trouble dépressif récurrent initialement sévère et en rémission depuis mars 2020 ; se ralliant aux conclusions de l'expertise, il a admis une capacité de travail de 0% dès le 26 avril 2019, mais de 85% (100% avec une baisse de rendement de 15%) dès le

16 mars 2020 dans une activité adaptée permettant de respecter les limitations fonctionnelles énumérées dans l'expertise.

e. Par décision du 1er février 2022, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

Si l'assurée avait certes été totalement incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 26 avril 2019, elle avait conservé en revanche recouvré, dans une activité adaptée à son état de santé, une capacité de travail de 100% dès le 16 mars 2020, avec une baisse de rendement de 15% seulement.

Comparant le revenu que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à sa santé, soit CHF 43'080.-, à celui qu'elle aurait pu obtenir malgré celle-ci, soit CHF 47'364.-, l'OAI a obtenu un degré d'invalidité de 0%.

C. **a.** Par écriture du 7 mars 2022, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans en concluant à la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire comportant des volets neurologique, psychiatrique et rhumatologique et, quant au fond, à ce que soit recalculé son degré d'invalidité.

En substance, la recourante soutient qu'il existerait des contradictions manifestes entre les avis de ses médecins traitants et celui des experts, auxquels elle reproche de n'avoir tenu compte ni de ses troubles anxieux et dépressifs, ni de son trouble somatoforme douloureux persistant.

À l'appui de sa position, elle produit, notamment :

- divers certificats d'arrêt de travail délivrés par le Dr C_____ faisant état d'une incapacité de travail de 100% depuis le 17 juin 2021 ;
- un rapport du Dr E_____ du 22 septembre 2021, faisant état d'un épisode dépressif sévère depuis février 2021 et d'une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée à l'état de santé ;
- un rapport du Dr F_____ du 16 septembre 2021, faisant état de lombalgies, de problèmes articulaires, de problèmes anxio-dépressifs, ainsi que de problèmes respiratoires et concluant à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et à une possible capacité de travail – non chiffrée – dans une activité adaptée, si une amélioration devait survenir ;
- une brève attestation du Dr F_____ du 7 octobre 2021 indiquant que les nombreuses pathologies de sa patiente (tendinopathie à l'épaule droite, arthrose du genou droit, troubles du sommeil, hépatite B, céphalées, dépression) « touche son aptitude de travailler à un pourcentage indéterminée » (sic) ;
- un certificat du Dr C_____ du 27 octobre 2021 attestant que l'assurée bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique depuis 2018

et qu'elle souffre d'un épisode dépressif sévère évoluant de manière chronique et entraînant une incapacité de travail à 100% ;

- une brève attestation de la docteure P_____, neurologue, du 25 novembre 2021, attestant qu'elle suit l'assurée en raison de céphalées et de troubles de la concentration sans autre précision ;
- un rapport de la Dre Q_____, neurologue, du 11 janvier 2022 suite à une évaluation électro-physiologique, concluant à un syndrome du canal carpien bilatéral à prédominance droite et recommandant d'éviter les mouvements répétitifs des poignets, le port de charges lourdes, les mouvements d'hyper-flexion ou d'hyper-extension des poignets, ainsi que les appuis prolongés sur les mains, préconisant pour le surplus une consultation auprès d'un chirurgien de la main en cas de persistance des symptômes.

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

Selon l'intimé, le rapport d'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

c. Dans sa réplique du 6 mai 2022, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

Elle considère que le seul fait que quatre médecins différents concluent à une incapacité de travail, contrairement aux experts, suffit à lui seul à jeter le doute sur les conclusions de ces derniers.

Elle maintient que lui reconnaître une capacité de travail de 100% tout en admettant de nombreuses limitations fonctionnelles incompatibles avec une activité manuelle est contradictoire.

Elle argue que, puisqu'elle ne peut ni s'asseoir, ni conserver une position statique, ni soulever des charges, ni se concentrer, aucune activité n'est plus envisageable, d'autant qu'elle ne sait ni lire, ni écrire, élément dont elle reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte à titre de réduction supplémentaire à appliquer au revenu d'invalide.

d. Dans sa duplique du 24 mai 2022, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.

Il rappelle que le manque de connaissances en français et le manque de formation constituent des facteurs étrangers à l'invalidité qui ne sauraient être pris en compte dans le cadre de la réduction supplémentaire à appliquer au revenu d'invalide.

Quant à l'existence d'une activité adaptée, il produit une note de son service de réadaptation du 17 mai 2022 indiquant que l'assurée pourrait prétendre de nombreux emplois tels que, par exemple : patrouilleuse scolaire – activité qui n'implique aucun port de charges –, surveillante de cantine scolaire et surveillante

d'études, démarcheuse téléphonique – activité impliquant une position assise, mais permettant des alternances et d'éviter tant la marche que le port de charges –, huissière dans un musée, employée dans un centre d'appels, agente d'accueil chargée de renseigner oralement les visiteurs.

D. **a.** Parallèlement à la procédure engagée en matière d'assurance-invalidité, l'assurée a également saisi la Cour de céans d'une demande en paiement visant à obtenir le versement, par l'assureur perte de gain de son employeur, d'indemnités journalières dès le 1er septembre 2021 (la fin des rapports de travail lui ayant été signifiée avec effet au 31 août 2021), demande que la Cour de céans a rejetée par arrêt du 28 septembre 2022 (ATAS/848/2022).

En substance, la Cour de céans, amenée à examiner la valeur probante de l'expertise du CEMEDEX, a considéré que celle-ci répondait aux critères posés par la jurisprudence, qu'il convenait de s'y rallier et de retenir une capacité de 85% dans le dernier emploi.

b. Saisi à son tour d'un recours de l'assurée, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 26 janvier 2023 (ATF 4A_490/2022).

Le Tribunal fédéral a rappelé que la Cour cantonale avait considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 85% dans l'activité habituelle, que son incapacité de travail n'était donc que de 15%, taux insuffisant pour ouvrir droit aux indemnités journalières sollicitées. Les juges cantonaux avaient expressément relevé que l'activité exercée précédemment par l'assurée respectait ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'un changement d'activité n'était pas nécessaire.

Le Tribunal fédéral a écarté l'argumentation de l'assurée, qui reprochait aux juges de la Cour de céans de s'être fondés exclusivement sur une expertise réalisée dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité, alors que tous les certificats médicaux qu'elle avait produits attestaient d'une incapacité de travail de 100%. Le Tribunal fédéral a jugé qu'il s'agissait-là d'une pure question d'appréciation des preuves, dont il ne pouvait s'écarter qu'en cas d'arbitraire, ce que n'invoquait pas l'intéressée. Cette dernière se limitait à relever que les certificats médicaux produits par ses soins attestaient tous d'une incapacité de travail de 100%, sans discuter l'appréciation des juges cantonaux, qui avaient pourtant expliqué avec soin les raisons pour lesquelles ils s'étaient ralliés à l'expertise et s'étaient écartés des rapports médicaux des médecins traitants. Quant à la seule affirmation de l'assurée selon laquelle l'estimation de sa capacité de travail présupposait un marché équilibré du travail, alors que celui-ci était en réalité déséquilibré, elle ne suffisait pas non plus pour lui donner gain de cause. Le Tribunal fédéral concluait que la Cour de céans avait retenu, sans arbitraire, une capacité de travail de 85% dans l'activité habituelle.

c. 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 de 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.

7.

7.1 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).

7.2 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).

7.3

7.3.1 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 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.

7.3.2 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).

7.3.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

7.3.4 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).

7.3.5 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).

8. 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).

9. 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).

10. 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 travail de 85% dans une activité adaptée, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu n'entraînant aucune perte de gain, ce que que la recourante conteste en arguant que ses médecins traitants, eux, lui reconnaissent une incapacité de travail, d'une part, que l'expertise est contradictoire en tant qu'elle retient un certain nombre de limitations fonctionnelles tout en lui reconnaissant une capacité de travail de 85%, d'autre part.

On rappellera que la Cour de céans a déjà eu l'occasion de se pencher sur la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire (cf. consid. 5 de l'arrêt du 28 septembre 2022 op. cit.), dans une procédure ne relevant certes pas de l'assurance-invalidité, mais dans laquelle la recourante faisait valoir les mêmes arguments que présentement.

La recourante a été examinée le 11 août 2021 par l'experte psychiatre O_____ qui, si elle a admis l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte, d'un trouble dépressif récurrent en rémission et d'un trouble somatoforme douloureux, ne leur a pas reconnu de caractère invalidant au sens de la jurisprudence topique. L'experte a relevé que l'assurée était bien structurée et soignée, sans traits de caractères dysfonctionnels. En 2013-2014, elle avait souffert d'un état dépressif qualifié de sévère et réactionnel à une situation familiale complexe, qui avait mené à un divorce et à la perte de la garde de son fils cadet. Depuis 2016, elle bénéficiait d'une prise en charge et son état s'était suffisamment amélioré pour reprendre le travail en mars 2020, après une période de chômage. En janvier 2020, le Dr C_____ avait fait état d'une rechute de l'état dépressif en lien avec une intensification des douleurs. Cependant, en mars 2020, l'assurée avait pu reprendre le travail chez son dernier employeur. Ses plaintes étaient essentiellement d'ordre somatique. Les douleurs la handicapaient dans les tâches

ménagères lourdes ; son arrêt de travail était motivé par les douleurs et une fatigue avec troubles du sommeil, lesquels s'étaient amendés avec le port d'un appareil CPAP [Continuous Positive Airway Pressure]. S'il y avait certes une lassitude et un manque d'élan vital, la capacité de travail sur le plan psychique était entière.

Sur le plan somatique, les experts du CEMEDEX ont retenu les diagnostics de cervicalgies et lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, de syndrome de l'angulaire de l'omoplate à droite, de périarthrite scapulo-humérale droite sur impingement avec tendinopathie du sus-épineux, de gonalgies sur gonarthrose bilatérale, de céphalées probablement mixtes migraineuses et tension, de syndrome d'apnée du sommeil traité (diagnostiqué en mai 2021), de stéatose hépatique, d'hypercholestérolémie et d'obésité de type I. Les limitations fonctionnelles, nombreuses, interdisaient en particulier le travail dans un pressing et dans le nettoyage.

De façon consensuelle, les experts ont retenu une capacité de travail de 100% avec une perte de rendement de 15% dans la dernière activité exercée (celle d'employée chargée de la désinfection des bureaux) ou toute autre activité adaptée. La diminution de rendement était justifiée par la fatigue consécutive au syndrome d'apnées du sommeil et des céphalées.

Ainsi que la Cour de céans a déjà eu l'occasion de le constater, cette expertise remplit les principes jurisprudentiels développés par le Tribunal fédéral pour la reconnaissance d'une valeur probante dans le domaine de l'assurance sociale (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). En effet, elle a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes de la demanderesse, repose sur un examen clinique approfondi et contient des conclusions motivées et convaincantes.

Certes, sur le plan psychiatrique, l'expertise est en contradiction avec l'appréciation de la capacité de travail par le Dr C_____. Toutefois, au vu de l'examen clinique du 11 août 2021, les évaluations du médecin traitant ne paraissent pas plausibles. En particulier, le diagnostic de dépression sévère (F32.2) ne correspond pas aux symptômes de la Classification internationale des maladies, des troubles mentaux et troubles du comportement (ci-après : CIM-10 ; p. 78). L'experte psychiatre constate en effet que la recourante est bien orientée dans le temps et l'espace, avec une mémoire cliniquement adéquate et une attention bonne et soutenue. L'humeur est majoritairement sur un versant euthymique, même si elle a pleuré à deux reprises durant l'entretien en parlant de son fils cadet. Il n'y a pas de manifestation neurovégétative suggérant une anxiété, ni d'idéation thanatique ou auto-agressive, scénario suicidaire, vision pessimiste de l'avenir, sentiment de culpabilité, émoussement des affects ni ralentissement idéo-moteur. Cela étant, il peut tout au plus être admis que la recourante a souffert d'un épisode dépressif sévère dans le passé. Toutefois, sous traitement, l'épisode dépressif sévère s'est manifestement amélioré. Au demeurant, dans son rapport du 7 septembre 2021, le Dr C_____ ne mentionne que les atteintes somatiques

comme cause de l'incapacité de travail. Enfin, il ne fait pas état d'un élément médical qui aurait été ignoré par l'experte psychiatre. Partant, l'avis contraire du psychiatre traitant n'est pas propre à jeter le doute sur les conclusions de l'expertise.

Le rapport du 22 septembre 2021 du Dr E_____, selon laquelle la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 40% dans une activité adaptée, ne permet pas non plus de douter des conclusions de l'expertise multidisciplinaire, en l'absence d'élément médical nouveau par rapport à celle-ci. Il appert en outre que ce médecin a repris l'évaluation de la capacité de travail par le Dr C_____ dans son rapport du 7 septembre 2021, étant précisé que les deux médecins travaillent dans la même clinique.

Quant au Dr F_____, il n'a pas chiffré la diminution de la capacité de travail.

Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir suivi les conclusions de l'expertise quant à la capacité de l'assurée à exercer une activité adaptée.

Il convient d'ajouter que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un marché équilibré du travail offre une palette suffisamment large d'activités non qualifiées et adaptées aux limitations de l'assurée, sans qu'il soit nécessaire de déterminer précisément lesquelles elle serait capable d'exercer, étant rappelé qu'une formation insuffisante ou des difficultés linguistiques ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Cela étant, l'intimé, au cours de la procédure, a listé un certain nombre d'activités envisageables.

Eu égard aux 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