

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2140/2024

ATAS/539/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 juin 2026

Chambre 2

En la cause

A_____
représentée par Me Alix JOB, avocate

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Le 28 octobre 2014, A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1966, divorcée depuis 2010 et mère d'une fille née en 1999, de langue maternelle française – à côté d'une autre langue non européenne – ou à tout le moins ayant un excellent niveau oral en français, et alors de profession aide-soignante (notamment en établissement médico-social [EMS]), a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), mesures professionnelles et/ou rente, en raison d'une « maladie des épaules » existant depuis 2012.

Au titre de ses formations, elle avait suivi l'école obligatoire et deux ans de collège dans son pays d'origine puis, en Suisse – dont elle avait obtenu la nationalité par naturalisation –, une formation d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge (2012) et une formation professionnelle – aide en soins et accompagnement (ci-après : ASA) – B_____ (2013-2014).

b. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI, l'office ou l'intimé) a reçu des renseignements, notamment des rapports médicaux, parmi lesquels plusieurs rapports de radiologues faisant suite à des imageries.

Le 17 décembre 2014, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin généraliste traitant depuis 2009, a posé les diagnostics (maladie) d'« omarthrose dans un contexte d'hyperplasie glénolidienne et rétroversion de la glène » ainsi que de « douleur importante de l'épaule droite », douleur « au moindre effort », l'exercice d'une activité adaptée dans le sens d'une protection de l'épaule étant exigible.

Le 26 février 2015, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide-soignante dès le 30 mai 2014.

Le 1^{er} juillet 2015, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante à partir du 30 mai 2014 mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui étaient « pas de travail de force sollicitant les épaules, pas d'abduction des bras au-delà de 90°, pas de port de charges lourdes ».

Le 17 septembre 2015, le docteur E_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), consulté pour un avis concernant les deux épaules, a relevé que l'assurée, dans le cadre d'une « omarthrose centrée avec rétroversion très marquée, bilatérale », présentait des douleurs qu'elle évaluait à 8/10 avec une fonction de l'épaule gauche, la plus atteinte, évaluée à 10% d'une épaule normale. Ce spécialiste a posé le diagnostic d'omarthrose

centrée sur glène dysplasique avec ténosynovite du long chef du biceps, et a estimé que la symptomatologie douloureuse pourrait être améliorée par une ténotomie du long chef du biceps.

c. En novembre 2015, l'OAI, relevant notamment que l'assurée avait terminé sa formation d'ASA « qualifiée » sans pouvoir toutefois exercer son nouveau métier en raison de ses problèmes de santé, lui a reconnu le droit à un reclassement professionnel et a décidé – dans un premier temps – de prendre en charge un stage d'orientation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 14 décembre 2015 au 20 mars 2016.

Dans leur rapport établi le 27 avril 2016 à l'issue de ce stage, les EPI ont relevé, comme « atouts », le caractère volontaire de l'intéressée et un fort engagement en termes de réinsertion, de bonnes capacités d'apprentissage malgré quelques lacunes sur le plan scolaire (français et mathématiques essentiellement), ainsi que sa facilité à entrer en relation avec autrui et son attitude bienveillante, et, comme « difficultés », les limitations fonctionnelles, l'assurée étant quasiment monomanuelle et ne pouvant donc pas raisonnablement prétendre à un poste dans l'industrie, de même qu'une certaine fatigabilité, due selon elle à une mauvaise qualité de sommeil (douleurs positionnelles) et à la prise de médicaments anti-douleur, enfin son manque de connaissance dans l'utilisation de l'outil informatique et en langues étrangères ainsi que son faible niveau en français écrit qui la privaient d'un accès aux métiers de secrétariat. Au vu de l'engagement et de l'intérêt à découvrir de nouvelles choses dont avait fait preuve l'intéressée « durant toute la première partie de l'observation », les EPI ont retenu l'orientation d'assistante socio-éducative (ci-après : ASE), un stage interne à leur « Résidence du Train bleu » pour des personnes présentant des troubles psychiques ayant confirmé cette piste professionnelle.

d. Au titre de reclassement professionnel, l'office a, en juin 2016, pris en charge un cours d'initiation à l'informatique du 20 juin au 1^{er} juillet 2016 et, en octobre 2016 (à la suite d'un « rapport de surveillance – MOP » du 12 octobre 2016), la poursuite du reclassement professionnel en tant qu'ASE sous forme d'une formation B_____ au sein de la « Résidence F_____ » – également pour des personnes présentant des troubles psychiques – du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2017.

e. Il ressort d'un « rapport de surveillance – MOP » de l'OAI du 5 octobre 2017 que ce stage au sein de la « Résidence F_____ » a été émaillé de certaines difficultés, en particulier une absence de trois semaines entre fin mai et début juin 2017 en raison de l'apparition d'un diabète de type II (*recte* : I), actuellement non insulino-dépendant. Néanmoins, l'intéressée donnait entière satisfaction et était bien intégrée dans l'équipe, mais elle devait encore développer des compétences organisationnelles comme l'anticipation au niveau de la planification et encore améliorer la distance professionnelle, des manques en matière d'initiative et de communication écrite ayant en outre été relevés par son équipe.

Selon une attestation des EPI du 21 janvier 2020 – sans appréciation du travail –, l'assurée a effectué ce stage d'ASE jusqu'au 30 juin 2018.

Pour la suite, il ressort, au plan factuel, notamment ce qui suit du « rapport final – MOP » de la division réadaptation professionnelle de l'office du 25 février 2021 : au printemps 2018, la situation au niveau de l'épaule droite de l'assurée s'est dégradée, et l'opération proposée (prothèse) a été réalisée après la fin du dernier module théorique B_____ en mai 2018 et a amené une nette diminution des limitations fonctionnelles et des douleurs de cette épaule ; au terme de la convalescence, des démarches entreprises par l'office en début 2019 en vue d'un stage partiellement rémunéré n'ont pas abouti ; toutefois, l'intéressée a trouvé deux emplois à temps partiel : d'abord dès le 1^{er} juillet 2019 en tant que veilleuse à 25% en contrat à durée déterminé (ci-après : CDD) pour la Fondation G_____, puis dès la rentrée scolaire en tant qu'animatrice parascolaire au H_____ (ci-après : H_____) à 24% ; néanmoins, les démarches de l'OAI pour un stage ou un emploi ayant finalement abouti, l'intéressée a commencé un stage à l'« Appartement I_____ » des EPI à 80% dès le 12 mai 2020, mesure dans le cadre de laquelle elle a obtenu le CFC d'ASE ; du bilan de fin de mesure ayant eu lieu le 24 août 2020, il était ressorti que l'assurée maîtrisait bien les gestes professionnels et avait un bon contact avec les résidents – des personnes souffrant de troubles psychiques – mais pas assez de distance avec les résidents à risque, mais que son intégration au sein de l'équipe s'était moins bien passée, notamment en raison d'un manque d'expérience avec les personnes souffrant de tels troubles ; la poursuite de ce stage avait été couronnée de succès et avait abouti à un engagement en CDD à 80% en qualité d'ASE qualifiée, pour un remplacement de congé maternité du 1^{er} février au 30 juin 2021. Selon l'appréciation de l'office, alors qu'elle avait une pleine capacité de travail, c'était par choix que l'intéressée mettait en valeur sa capacité de travail de manière partielle, à 80%, « pour des raisons économiques, sans lien avec son atteinte à la santé » ; alors qu'avant le début des mesures professionnelles, l'assurée était en incapacité totale de travail « dans le milieu économique normal », au terme du reclassement, il n'y avait plus d'invalidité.

f. Par projet de décision du 26 février 2021, l'OAI a envisagé de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, aux motifs que l'intéressée avait une capacité de travail résiduelle de 100% et que, le métier d'ASE étant mieux rémunéré que celui d'ASA, le degré d'invalidité à l'issue des mesures de réadaptation était de 0%.

g. Après avoir transmis le 5 mars 2021 le dossier de l'assurée à celle-ci (à sa demande), l'office a, par décision du 26 avril 2021, rejeté la demande de rente d'invalidité, pour les motifs énoncés dans son projet de décision précité.

- B.** **a.** Par acte du 25 mai 2021 rédigé par elle-même et complété le 28 mai suivant, l'assurée a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière,

subsidiairement à l'octroi de nouvelles mesures de réadaptation qui lui permettraient de se diriger vers « un poste plus administratif en position assise ».

Selon ses allégations, alors que « ça allait la plupart du temps », malgré les douleurs, à la « Résidence F_____ », spécialisée dans le handicap psychique d'adultes autonomes, son activité auprès de l'« Appartement I_____ » des EPI s'était révélé très inadapté à son état de santé, car, s'agissant « d'une unité d'accueil fermée pour des patients souffrant de handicap mental sévère dont la prise en charge [excédait] nettement un accompagnement psychique » (vu notamment l'absence d'autonomie), cette activité l'avait sollicité beaucoup trop au plan physique, avec une augmentation des douleurs, et au plan psychique, avec « angoisse, peur d'être bousculée par les patients ou agressée, etc. ». Elle avait « finalement fait le pas » en consultant une psychiatre, la docteure J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et elle était en arrêt de travail depuis le 17 mai 2021, comme attesté par cette psychiatre traitante dans un certificat médical émis à cette même date.

À teneur d'un certificat du 20 mai 2021 du docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et nouveau chirurgien orthopédiste traitant, l'état de santé (prothèse totale de l'épaule droite mise par ce spécialiste) de la recourante nécessitait un changement de poste adapté à sa condition physique. En effet, son poste d'ASE n'était plus adapté du fait des ports de charges et des contacts et immobilisations parfois violents avec certains patients adultes. Une « reconversion professionnelle pour un poste administratif ou physique léger » était recommandée.

D'après un certificat du 21 mai 2021 du docteur L_____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, l'intéressée souffrait d'un diabète de type I traité à l'insuline, actuellement mal équilibré, et, afin de lui assurer les meilleures conditions pour son traitement, il était recommandé qu'elle puisse bénéficier d'une activité professionnelle avec des horaires réguliers et sans être exposée à des stress physiques ou psychologiques qui contribuaient à déséquilibrer sa maladie.

b. Le SMR et l'intimé ont maintenu leurs positions.

Dans le cadre de l'échange d'écritures, dans un rapport du 6 août 2021, la Dre J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante depuis le 10 mai 2021, a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (après une agression sur le lieu de travail par un résident le 13 mai 2021) ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, étant précisé que la symptomatologie dépressive s'était progressivement installée dès 2019, « en fin de CFC », « et ceci dans le contexte d'un épuisement professionnel, difficultés à apprendre lors de son CFC et des problèmes familiaux préexistant à l'agression [...] et aggravé après [celle-ci] ». Figurait une description des symptômes psychiques et des traits de personnalité, lesdits traits consistant en une incapacité à

dire « non » et en une volonté de « se battre pour réussir et travailler ». Selon l'anamnèse, la capacité de travail du point de vue psychiatrique était nulle dans toute profession au moins depuis septembre 2020.

Selon un rapport du 6 septembre 2021 du médecin généraliste traitant C_____, l'intéressée souffrait des troubles suivants : - trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques ; - trouble de la personnalité, émotionnellement labile, type borderline ; - diabète de type I mal équilibré ; - douleurs importantes de l'épaule gauche en augmentation sur hypoplasie glénoïdienne et rétroversion glénoïdienne ; - douleurs persistantes de l'épaule droite « avec S/P prothèse totale de l'épaule droite » ; - douleurs cervico-dorso-lombaires sur trouble statique. La patiente souffrait d'un ensemble de troubles somatiques et psychiques ainsi que d'un surmenage sévère chronique, raison pour laquelle une rente AI à 100% lui était nécessaire.

D'après un rapport du 8 septembre 2021 du Dr K_____, la recourante avait bénéficié d'une « prothèse totale d'épaule inversée à droite » et s'apprêtait à subir une intervention chirurgicale similaire à gauche ; des mesures, relatives notamment à la douleur, étaient notées.

Le 21 octobre 2021, le SMR, suivi par l'intimé le 1^{er} novembre 2021, a proposé une reprise de l'instruction médicale.

À teneur d'un écrit du 4 octobre 2021 de l'Hospice général, l'assurée bénéficiait de ses prestations d'aide sociale depuis le 1^{er} septembre 2021.

c. Par arrêt du 30 novembre 2021 (ATAS/1232/2021, cause A/1898/2021), la chambre de céans, statuant d'accord entre les parties, a pris acte, pour valoir jugement, de la transaction intervenue en novembre 2021 entre la recourante et l'intimé, à teneur de laquelle la décision rendue le 26 avril 2021 par celui-ci était annulée et la cause lui était renvoyée pour instruction complémentaire, ce dans le sens des considérants, la cause étant ainsi rayée du rôle.

Selon ladite chambre, l'aggravation de l'état de l'épaule gauche, de même que l'existence et l'évolution d'éventuelles atteintes psychiques invalidantes apparaissaient ne pas avoir été instruites jusqu'à présent, de sorte qu'un renvoi à l'office pour instruction médicale à tout le moins sur ces points, voire sur tous autres problèmes de santé pertinents – et ce, par économie de procédure, aussi jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui serait prononcée –, s'avérerait justifié en droit.

C. a. Après le retour de la cause pour instruction complémentaire, l'OAI a reçu plusieurs rapports.

Le Dr K_____ a résumé une intervention chirurgicale, sous forme de « prothèse totale d'épaule inversée » et « ténodèse du long chef du biceps », réalisée le 5 octobre 2021, dont les suites avaient été selon lui simples, et, le 21 janvier 2022, il

a attesté une capacité de travail nulle de l'assurée dans son activité habituelle mais a considéré que, « si activité adaptée, le 100% pourrait être possible ».

Le 27 janvier 2022, le Dr L_____ a pour l'essentiel confirmé le contenu de son certificat du 21 mai 2021 et, du fait qu'il n'avait pas revu la patiente depuis août 2021, n'a pas répondu aux questions relatives à la capacité de travail.

Le 9 février 2022, la Dre J_____ a maintenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique (après l'agression sur le lieu de travail par un résident le 13 mai 2021 ; CIM-10, F43.1) ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2). Les limitations fonctionnelles au plan psychique étaient la fatigue, l'irritabilité, des troubles de l'attention, concentration et mémoire, une faible résistance au stress, ainsi qu'une anxiété avec hypervigilance. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité. Le traitement consistait en de la psychothérapie de type TCC hebdomadaire jusqu'à l'intervention chirurgicale puis plus espacée depuis lors, les médicaments prescrits étant la fluoxétine 20 mg et le « Trittico 50 mg puis 100 mg depuis novembre 2021 ».

Le 1^{er} mars 2022, le Dr C_____ a fait état d'une évolution de l'état de santé de la patiente défavorable, de limitations psychiques et physiques, à savoir « port de charge lourd, abduction à 70% et dépression », ainsi que d'une absence de capacité de travail même dans une activité adaptée, pour cause d'« état dépressif moyen à sévère » et de « douleur de l'épaule gauche et droite malgré deux opérations », avec comme traitement des AINS et du Tramal. En copie était joint un rapport du 11 octobre 2021 du radiologue M_____ à la suite d'une échographie des parties molles de l'épaule gauche réalisée le même jour.

b. Sur demande formulée le 19 avril 2022 par le SMR, une expertise pluridisciplinaire aux plans de la médecine interne, l'orthopédie et psychiatrie avec bilan neuropsychologique a été mise en œuvre par l'unité d'expertises médicales (DVMS) N_____ à O_____ (ci-après : N_____), plus précisément par le docteur P_____, spécialiste en médecine interne générale (examen le 4 juillet 2023 avec le rhumatologue Q_____, médecin superviseur), le docteur R_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et expert SIM (examen orthopédique du 3 août 2023), la neuropsychologue FSP et experte SIM S_____ (examen neuropsychologique du 22 août 2023), la docteure T_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et experte SIM (examen psychiatrique du 29 août 2023), ainsi que la psychologue FSP U_____ (examen psychologique du 8 septembre 2023), qui ont rendu leur rapport d'expertise – avec en particulier les rapports séparés par spécialité et une évaluation consensuelle – le 4 janvier 2024.

Dans l'évaluation consensuelle, ces experts ont retenu les diagnostics de :
1. omalgies gauches persistantes dans un contexte d'omarthrose bilatérale centrée, hypoplasie de la glène des deux côtés, rétroversion exagérée de la glène des deux côtés, traitée d'une part par arthroplastie totale de l'épaule droite par prothèse

inversée le 18 juin 2018, d'autre part par arthroplastie totale de l'épaule gauche par prothèse inversée le 5 octobre 2021 ; 2. status après fracture du 5^{ème} métatarsien du pied droit peu déplacé, traitée conservativement le 5 septembre 2020 ; 3. retard mental léger et acquis scolaires de faible niveau avec QI total de 67 (F70). « Concernant les appréciations antérieures », les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline n'étaient pas retenus (p. 3).

Des incohérences anamnestiques, qui pouvaient être expliquées dans le cadre du retard mental léger, de même que l'absence de cause précise par rapport aux douleurs de l'épaule gauche ne mettaient pas en doute l'authenticité des plaintes de l'expertisée (p. 3).

S'agissant des « limitations fonctionnelles pour chaque diagnostic », était écrit : « En raison de douleurs de l'épaule gauche et le status post arthroplastie des épaules des deux côtés, l'expertisée est limitée pour toutes activités physiquement lourdes avec sollicitation des épaules, pour les activités qui impliquent le port ou soulèvement de charges de plus de 5 kg et les mouvements répétés des deux épaules surtout au-delà de l'horizontale. [À la ligne] En raison du retard mental léger, l'expertisée est limitée partiellement dans la planification et structuration des tâches, la flexibilité-adaptabilité, la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, la capacité d'endurance et de résistance et la capacité d'affirmation de soi comme détaillé par l'expert psychiatre. Les troubles exécutifs de l'assurée sont susceptibles notamment de limiter l'autonomie, les initiatives, la capacité à opérer des choix, prendre des décisions et comprendre des situations complexes. Le trouble mnésique antérograde limite l'acquisition de nouvelles connaissances et les souvenirs et induit alors des vérifications qui potentiellement ralentissent l'exécution des tâches. Les perturbations dans la sphère praxique pourraient avoir un impact sur les activités nécessitant une vision en 3D et activités gestuelles complexes ». (p. 3 et 4).

Sous le point « évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, des facteurs de surcharge et des ressources », était noté : « Comme détaillé par l'expert psychiatre, un diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, qui est mentionné par le Dr C_____ dans son rapport du 06.09.2021, n'est pas retenu dans le cadre de la présente expertise. Par ailleurs, un trouble de la personnalité n'est pas retenu par le Dr J_____, psychiatre de l'assurée, entre 2021 et été 2023. L'assurée ayant pu vivre 7 ans avec un compagnon et en l'absence d'autres éléments en faveur d'un tel trouble, il n'y a pas suffisamment de critères pour retenir un trouble de la personnalité chez cette assurée. [À la ligne] Concernant les ressources, l'assurée a un petit niveau sur le plan scolaire. Malgré cela, elle a de bonnes ressources notamment au niveau de la persévérance, ayant réussi à obtenir un CFC d'assistante

socio-éducative ASE, bien qu'avec beaucoup de difficultés. Par ailleurs, elle a obtenu son permis de conduire et elle se déplace par elle-même en voiture ou en transports publics. Après avoir réussi son CFC, l'assurée a été confrontée à la réalité d'un tel travail sur le terrain en tant que personne formée, mais sans avoir les ressources cognitives pour faire face aux difficultés. Elle se retrouve ainsi coincée entre le fait qu'elle a obtenu un CFC mais que sur le terrain, elle n'a pas le niveau pour gérer seule la situation. Ne sachant pas comment faire face à cette situation, ses ressources psychiques s'épuisent, elle s'exprime par des plaintes de type douleur. [À la ligne] Les ressources cognitives sont médiocres (scolarité marquée par d'importantes difficultés se manifestant également dans les formations successives entreprises). Le retard mental léger, associé au contexte susmentionné, un retrait et un isolement social, démontre un épuisement progressif des ressources adaptatives et de mobilisation sur le plan cognitif parallèlement. Elle paraît soutenue essentiellement par sa fille avec laquelle elle partage un logement et qui l'aide pour les activités de la vie quotidienne, la gestion des tâches administratives et les médicaments. La situation financière est difficile avec des dettes importantes. Dans ce contexte, les ressources de l'expertisée semblent fragilisées ». (p. 4).

À la question « Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée ? », était répondu : « Sur le plan orthopédique, une activité adaptée serait toute activité physiquement légère, sans port ou soulèvement de charges de plus de 5 kg, mouvements répétés des deux épaules surtout au-delà de l'horizontale. En raison des limitations psychiatriques et neuropsychologiques, une activité adaptée serait toute activité simple, répétitive, avec des consignes simples sans schémas visuels avec une supervision régulière. Il convient d'éviter un traitement visuo-constructif complexe (dessin, lecture de plans, schémas), possibilité de faire des pauses. L'activité d'animatrice parascolaire semble adaptée à ses limitations ». (p. 5).

De manière stable, la capacité de travail de l'expertisée était nulle dans les activités exercées dans le passé d'aide-soignante, d'assistante socio-éducative (ASE) et de veilleuse au moins depuis la première arthroplastie en juin 2018, en raison principalement de limitations orthopédiques et partiellement en raison de limitations cognitives, mais entière dans une activité adaptée, telle que celle d'animatrice parascolaire (exercée – selon les experts – à 50% entre août 2019 et décembre 2020), avec toutefois une baisse de performance de 30 à 40%. Ainsi, dans une activité adaptée, probablement depuis le début de l'âge adulte au vu du retard mental léger, la capacité de travail de l'intéressée était stable à 60-70% (« 100% horaire avec baisse de rendement de 30%-40% »), y compris probablement dans le futur, même avec des mesures médicales (p. 5 et 6).

Le traitement psychothérapeutique (de type TCC) et médicamenteux (fluoxétine) prescrit par la Dre J_____ avait été arrêté vers juin 2023, arrêt coïncidant avec le changement de psychiatre traitante. Les experts précisaient en outre : « Il n'y a

pas de traitement permettant d'améliorer le retard mental. Toutefois la poursuite d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique peut aider l'assurée à mieux comprendre son fonctionnement et ses difficultés et à développer des stratégies pour mieux faire face aux aléas de la vie » (p. 6). À cet égard, le retard mental léger pourrait être un obstacle à une telle thérapie (*ibidem*).

c. Dans un rapport du 30 janvier 2024, le SMR a retenu les conclusions des experts N_____, dans le sens d'une capacité de travail nulle dès le 30 mai 2014 dans l'activité habituelle, c'est-à-dire « dans les dernières activités de serveuse, aide-soignante, assistante socio-éducative, veilleuse » (capacité de travail nulle comme ASE « depuis le début de l'âge adulte »), mais de « 100% avec baisse de rendement de 30% dès le début de l'âge adulte » dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles indiquées par lesdits experts, ce de manière stable, et il a répondu négativement à la question de savoir si on pouvait raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle se soumette à un traitement médical susceptible d'améliorer significativement sa capacité de travail.

d. Dans un rapport « mandat de réadaptation » établi le 14 février 2024, la division réadaptation professionnelle – ou gestion – de l'OAI a considéré qu'actuellement, des mesures professionnelles n'étaient plus de nature à réduire le dommage, faute d'être simples et adéquates, et n'étaient donc plus indiquées. Dès lors, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrait le marché primaire et équilibré de l'emploi, on devait admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée, à titre d'exemples des tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle, ou encore des activités d'accueil et, en complément, l'activité d'animatrice parascolaire. Puis : « Toutefois, nous convenons tout de même de procéder à une évaluation théorique de la perte de gain sur la base d'une capacité de travail de 100%, avec diminution de rendement de 30%, dans une activité adaptée (ESS total, niveau 1). [À la ligne] Dès 2015, considérer un degré d'invalidité de 42%. [À la ligne] Dès 2024, considérer un degré d'invalidité de 50% ».

Dans un document « détermination du degré d'invalidité » du 15 février 2024, la division gestion de l'office est parvenue, pour 2015 (année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité), sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2014, tableau « TA1_tirage_skill_level, total », pour une femme, activité de niveau 1, salaire mensuel brut de CHF 4'300.-, et après correction de heures de travail hebdomadaires (41.7 au lieu de 40), multiplication par 12, indexation et diminution de rendement de 30%, à un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 37'838.-, à comparer avec un revenu annuel sans invalidité de CHF 65'000.- (« Dans son métier d'aide-soignante, elle pourrait prétendre en 2015 à un salaire annuel brut de CHF 65'000.- selon le rapport des conseillers du 17.11.2015 »), d'où une perte de gain de CHF 27'162.- correspondant à un degré d'invalidité de 41.79%.

e. Par projet de décision du 1^{er} mars 2024, l'OAI a envisagé de reconnaître à l'intéressée, qui avait le statut d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle, le droit à un quart de rente AI basé sur un degré de 42% à partir du 1^{er} mai 2015 (échéance du délai d'attente d'un an), des mesures professionnelles n'étant quant à elles pas nécessaires dans sa situation.

f. Le 13 mars 2024, l'assurée, agissant seule, a formé opposition contre ce projet de décision, en faisant valoir un traitement pour une dépression sévère, un diabète de type I insulino-dépendant non équilibré mais avec suivi régulier, ainsi que sa problématique ostéo-musculaire, qui se compliquait, et en produisant un certificat d'arrêt de travail à 100% pour cause de maladie du 1^{er} au 31 mars 2024 émis le 13 mars 2024 par sa nouvelle psychiatre traitante, la docteure V_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

g. Par décision du 23 mai 2024, fondée sur la même motivation que celle du projet de décision du 1^{er} mars 2024, la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse de compensation), compétente, a octroyé à l'assurée un quart de rente AI pour elle-même et – un quart – de « rente complémentaire pour enfant liée à la rente AI de la mère » pour sa fille, avec des paiements rétroactifs pour les périodes comprises entre le 1^{er} mai 2015 et le 30 avril 2024, sauf du 1^{er} juillet 2020 au 31 août 2020 et du 1^{er} janvier au 31 janvier 2021.

- D.** **a.** Par acte du 24 juin 2024, l'assurée, désormais représentée par un avocat, a, auprès de la chambre des assurances sociales, interjeté recours contre cette décision, concluant, préalablement, à son audition, puis, au fond, à l'annulation de la décision querellée en tant qu'elle retenait le droit à un quart de rente seulement et, cela fait, principalement, à l'octroi et à la fixation d'une rente d'invalidité entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% à compter du 1^{er} mai 2015, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office pour nouvelle décision au sens des considérants, plus subsidiairement, à « revoir les montants retenus pour le calcul du taux d'invalidité ».

Selon elle, son droit d'être entendu avait été violé, faute de motivation suffisante de la décision attaquée qui tienne compte des griefs de son opposition.

Par ailleurs, son état psychique, psychologique et psychiatrique était « en chute libre, notamment en raison des violences qu'elle [avait]vécues lors de son premier mariage, mais aussi la récente agression dans son activité de réinsertion imposée par l'office ».

Enfin, si l'on suivait l'analyse de l'intimé, son salaire mensuel brut – avec invalidité – devait s'élever à CHF 3'153.-, selon l'ESS, tableau « TA1_tirage_skill_level », secteur privé, total, pour une femme, activité de niveau 1.

b. Par ordonnance du 11 juillet 2024 du juge présidant la composition, la chambre de céans a, d'office ordonné la jonction des causes nos A/2140/2024, A/2141/2024, A/2143/2024 et A/2144/2024 – qui avaient été ouvertes par le

greffe en fonction des différentes périodes visées par la décision de la caisse de pension du 23 mai 2024 susmentionnée – sous la cause – unique – n° A/2140/2024.

c. Par réponse du 8 août 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Conformément à un nouveau document « détermination du degré d'invalidité » établi le 8 août 2024, pour 2015, le salaire mensuel brut se montait à CHF 4'191.- avant correction de heures de travail hebdomadaires, multiplication par 12, indexation et diminution de rendement de 30%, ce qui donnait un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 36'879.-, à comparer avec un revenu annuel sans invalidité de CHF 65'242.-, d'où une perte de gain de CHF 28'363.- correspondant à un degré d'invalidité de 43.47%, ce qui ne modifiait toutefois pas le droit à un quart de rente.

Était également jointe une lettre adressée le 6 août 2024 par la caisse de compensation à l'OAI, apportant des précisions concernant une suspension de rente du 1^{er} juillet au 31 août 2020 et du 1^{er} janvier au 31 janvier 2021 (compte tenu du versement d'indemnités journalières de l'AI du 16 mars au 24 septembre 2020 et du 30 septembre 2020 au 1^{er} février 2021), et recommandant à l'office d'inviter la chambre de céans à rejeter le recours, ce courrier étant accompagné d'un chargé de pièces.

d. Par réplique du 2 décembre 2024, la recourante a sollicité l'audition également de la Dre V_____ en qualité de témoin et a persisté dans les conclusions de son recours.

À teneur d'un rapport du 4 novembre 2024 de la Dre V_____, qui suivait l'intéressée depuis le 16 juin 2023 au plan psychiatrique, avec un suivi hebdomadaire régulier et comme traitement médicamenteux du Cipralex 20 mg une fois par jour et de la Quetiapine 25 mg quatre fois par jour, les diagnostics invalidants étaient un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3), un retard mental léger (F70) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). La patiente présentait, de manière persistante, des attitudes et des comportements nettement dysharmonieux dans plusieurs secteurs de son fonctionnement, notamment au niveau de l'affectivité et des relations interpersonnelles (tendance souvent à agir avec impulsivité et à souffrir d'instabilité de l'humeur, capacités d'anticipation réduites, difficulté à maintenir des relations durables, entrée facile en conflit et absence de communication avec la moitié de sa fratrie, sentiments de vide importants et efforts démesurés pour éviter l'abandon, etc.). Elle présentait en outre une anosognosie concernant sa problématique psychiatrique profonde. La psychiatre traitante n'avait aucun doute quant à véracité des expériences de violences sexuelles vécues dans l'enfance ainsi que de la négligence et l'abandon dont elle avait alors souffert de la part des adultes référents, vécus qui avaient fracturé de façon permanente son développement et la construction de son identité. Si le discours différait entre

l'expert principal et la psychiatre lors de l'expertise, cela était principalement dû à la dynamique de l'entretien et à l'instauration de la relation thérapeutique. En conclusion, l'assurée souffrait d'une psychopathologie grave et invalidante ; elle était principalement isolée et pouvait rapidement être dépassée par certains événements ; sa seule relation stable était celle avec sa fille, qui était parfois surinvestie et idéalisée ; le pronostic était très réservé et la capacité de travail, d'un point de vue psychiatrique, nulle.

e. Par duplique du 17 décembre 2024, sur la base notamment d'un avis du même jour du SMR qui considérait que ses précédentes conclusions restaient valables en dépit du rapport de la Dre V_____ précité, l'intimé a persisté dans sa conclusion en rejet du recours et, comme demandé par la recourante, a remis à la chambre des assurances sociales le CD-Rom des enregistrements sonores relatifs à l'expertise N_____.

f. Selon un courrier du 28 février 2025 de la recourante, à laquelle ledit CD-Rom avait été transmis, il y manquait l'enregistrement sonore de son entretien avec la psychologue FSP U_____.

g. Le 13 mars 2025, l'intimé a expliqué qu'un enregistrement sonore de l'entretien avec cette psychologue n'avait pas été effectué, car il n'avait pas lieu d'être étant donné que l'examen psychologique avait été effectué pour les besoins de l'expertise neuropsychologique.

h. Par écriture du 17 mars 2025, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours.

Par ailleurs, une activité adaptée était, vu les nombreuses limitations dont certaines se contredisaient, impossible à trouver.

Enfin, si par impossible la chambre de céans retenait une capacité de travail dans une activité adaptée, le degré d'invalidité devrait être revu à la hausse.

Étaient produits une offre d'emploi du H_____ du 6 février 2025 dont les exigences n'étaient d'après l'intéressée pas compatibles avec sa situation, de même qu'un – nouveau – rapport de la Dr V_____ du 13 février 2025, ladite psychiatre traitante y confirmant les diagnostics qu'elle avait précédemment posés, notamment la compatibilité – contestée par le SMR – entre le trouble de la personnalité borderline et le retard mental.

i. Le 1^{er} juillet 2025 s'est tenue devant la chambre de céans une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes.

Notamment, une juriste représentant la caisse de compensation, présente, a rappelé qu'il y avait eu une suspension de rente du 1^{er} juillet 2020 au 31 août 2020 et du 1^{er} janvier au 31 janvier 2021. En effet, il y avait eu des indemnités journalières versées par l'AI durant les mesures de réadaptation, et un cumul entre lesdites indemnités et une rente AI n'était pas possible au-delà de trois mois.

D'après le conseil de l'assurée, une activité adaptée était absolument exclue au plan somatique.

La recourante a déclaré en particulier : « Sur question du Président, je suis fatiguée, je ne me sens pas bien. J'ai mal aux deux épaules ainsi que dans tout mon corps, je ne dors pas bien, étant précisé que je dois prendre un somnifère pas fort à cause de mon diabète (risque de ne pas se réveiller en cas d'hypoglycémie. J'ai beaucoup de fatigue. J'ai essayé la réadaptation proposée par l'AI mais à la fin j'étais trop fatiguée. Je suis triste, parce que je ne peux pas travailler alors que c'était vraiment mon souhait et que j'ai le sentiment de ne servir à rien et de ne pas pouvoir aider les autres. Il n'y a pas tellement de choses qui me font plaisir. J'essaie d'exister, de vivre, mais je n'ai plus de relations avec mes amies ni avec personne. J'essaie d'exister uniquement quand ma fille est avec moi. J'ai des idées noires depuis environ 2 ans/2ans ½ ; en juillet 2023 alors que ma fille était absente pendant quelques jours, j'ai arrêté de prendre l'insuline et j'ai enlevé le capteur de mesure du diabète dans l'idée de mourir, alors que c'est interdit par ma religion musulmane ; après 4 à 5 jours d'arrêt de l'insuline, ne me sentant pas bien je suis allée aux urgences des HUG où j'ai été hospitalisée pendant 2 jours ; depuis lors il n'y a pas eu d'autres tentatives de suicide ; depuis le début du suivi auprès de la [Dre] V_____ je n'ai plus envie de suicide, mais cette idée est toujours là ». Puis, un peu plus tard : « Sur question du Président, concernant mon évolution d'état de santé, j'ai l'impression qu'il y a une péjoration surtout avec mon épaule gauche, alors que cela est stable avec l'épaule droite. Concernant l'évolution au plan psychique, je ne dors pas bien. Je n'ai pas d'envie particulière de voir des gens ou de faire des choses mais je vois les médecins qui sont tout près de chez moi, et, quand je reviens, je fais parfois quelques petites courses. Je ne peux plus soulever le container pour y mettre les poubelles, ni passer l'aspirateur, à cause des épaules ». Enfin, encore après : « Sur question de [mon avocat], je dors mal à cause des douleurs à mes deux épaules. En effet, un moment pendant la nuit je dois bien me retourner durant mon sommeil (sans le vouloir) et c'est très douloureux à gauche alors que c'est supportable à droite. [À la ligne] Malgré la durée de vie limitée des prothèses, j'ai quand même décidé de me les faire poser, par le Dr K_____ (un nouveau type de prothèse appelée prothèse inversée), parce que j'avais trop mal des deux côtés. Je reste limitée au niveau de ces épaules. Par exemple, suivant ma position assise je ne peux pas mettre mes coudes sur une table mais j'ai besoin d'être assise sur un coussin afin d'être plus haute (ce que je fais chez moi). [À la ligne] J'ai beaucoup de mal à gérer mon diabète sans que ce soit ma responsabilité. J'ai su que j'étais diabétique en 2016. [À la ligne] D'après ce que je sais, il faut soigner mon cholestérol car celui-ci est dangereux avec mon diabète de type I (risque d'AVC ou de crise cardiaque). D'après la docteure W_____, le diabète et le cholestérol sont comme le feu et l'essence. Je vois la Dre W_____ aujourd'hui pour le diabète et la hyperthyroïdie. [À la ligne] Sur question du Président, je ne conduis plus du tout à cause du stress causé par les autres usagers de la route depuis 2022, alors qu'avant ce stress venait surtout

lorsque j'allais sur l'autoroute. [À la ligne] Je ne vais jamais au tea-room ou au restaurant, je reste tout le temps à la maison à part pour aller chez les médecins ».

1h20 après le début de l'audience, la recourante est sortie pendant quelques minutes pour reprendre de l'insuline (comme requis par son capteur avec notification sur téléphone), 4 unités.

La Dre V_____, entendue comme témoin, a quant à elle notamment exposé ce qui suit : « Au plan psychique, l'évolution de l'état de santé de Mme A_____ est, depuis 4 mois lentement favorable (reprise de l'antidépresseur, absence d'idées suicidaires, amélioration de l'état thymique), mais cela est très fragile et en lien avec les événements externes. En cas de problèmes relationnels avec des membres de sa famille ou d'autres personnes son état pourrait se dégrader rapidement. Depuis le début de mon suivi en juin 2023, il y a eu une évolution lentement favorable, mais cela va nettement mieux seulement depuis 4 mois. [À la ligne] (...) L'épisode dépressif est moyen depuis le début de mon suivi et n'est en tant que tel pas incapacitant actuellement, mais il était invalidant depuis le début de mon suivi jusqu'à tout le moins mon rapport du 4 novembre 2024, l'amélioration n'étant apparue qu'il y a 4 mois grâce à la reprise du traitement médicamenteux et à la poursuite du suivi psychothérapeutique. Le diagnostic actuellement le plus handicapant selon moi est le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. En effet, il impacte sur son fonctionnement général, notamment sur le plan relationnel, à cause de la labilité thymique, des conflits relationnels et de l'impulsivité qui le caractérise. Au travail les relations humaines sont partout et je vois mal comment elle pourrait les éviter. Elle sera donc dans tous les cas impactée dans sa vie professionnelle et sociale, dans son quotidien, car on ne peut pas exclure des interactions. Pour qu'un trouble de la personnalité puisse être retenu, il faut que le fonctionnement soit altéré sur différents plans, professionnel, social et relationnel, comme l'exige la CIM-10. À cause de ce trouble, elle a très peu de relations à long terme, ses relations avec sœurs sont très sporadiques (uniquement téléphone) et elle a surtout des relations avec sa fille qui habite chez elle. [À la ligne] (...) Il y a des difficultés sur le plan cognitif, qui ont été vérifiées dans les tests neuropsychologiques N_____, et qui dans ce que j'observe impliquent beaucoup d'oublis, en particulier des rendez-vous médicaux, à tel point qu'elle doit être rappelée par téléphone par le centre médical où je travaille par les secrétariats des autres spécialistes qui la suivent la veille et le matin même (un cadre spécial uniquement pour cette patiente). Pour mes rendez-vous elle reçoit des notifications SMS le jour d'avant, étant précisé qu'il s'agit d'un suivi hebdomadaire toujours le même jour et la même heure. [À la ligne] (...) C'est pour moi un important dysfonctionnement que ma patiente soit toute la journée seule, dans un isolement complet au plan relationnel. [À la ligne] (...) Concernant le pronostic, le trouble borderline tend à s'améliorer un peu avec l'âge, mais seulement dans le cadre d'un suivi très régulier et en l'absence de facteurs de crises. Elle est très compliant avec son suivi chez moi et les autres spécialistes. Je

ne la vois toutefois pas travailler dans le futur. J'ai du mal à me l'imaginer exercer une activité professionnelle dans le futur, vu le degré sévère de son trouble borderline et le fait qu'elle commence à peine à entrer en thérapie et que des certains événements de sa vie commencent seulement à surgir dans ce cadre ».

j. Dans un rapport du 25 septembre 2025, le docteur X_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin généraliste traitant depuis octobre 2024, a répondu à des questions que la chambre des assurances sociales lui avait posées, concernant l'état de santé de l'assurée, son traitement, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail. Selon son appréciation, une éventuelle activité professionnelle ne demandant pas de travail de force dans les bras/épaules serait éventuellement possible sous réserve des pathologies psychiatriques (retard mental léger, trouble borderline, dépression récurrente), lesquelles empêchaient de se projeter dans une activité fonctionnellement adaptée.

Le 26 septembre 2025, le Dr E_____ a indiqué avoir vu l'intéressée en consultation les 31 août 2015 et 21 juin 2023 et plus jamais depuis lors, l'ensemble du traitement étant à sa connaissance effectué par le Dr K_____.

Dans un rapport du 14 octobre 2025, la docteure W_____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie ayant repris le suivi diabétologique de la recourante dès le 24 mai 2023, a répondu à des questions posées par la chambre de céans. Outre le diabète de type I, la patiente présentait une hypothyroïdie subclinique ainsi qu'une hypercholestérolémie. Depuis qu'elle la connaissait, l'évolution était globalement stable mais très fragile sur le plan psychique avec des oublis très fréquents des consultations, ce qui nécessitait de l'appeler afin qu'elle ne les oublie pas. L'appréciation de la Dre W_____ était la même que celle du Dr X_____ concernant la capacité de travail dans une activité adaptée. L'assurée n'était pas gênée dans les tâches ménagères par rapport à son diabète, mais elle devait anticiper, comme lors d'un effort physique, les hypoglycémies en ayant toujours sur elle du sucre et en prenant 15 grammes de sucre lorsque la glycémie capillaire et/ou sur capteur de glycémie en continu était inférieure à 4 mmol/l. Le diabète n'était « pas une contre-indication pour le travail d'aide-soignante/socio-éducative » si le patient se prenait bien en charge et qu'il ressentait bien les symptômes d'hypoglycémie ; un travail en équipe serait à privilégier dans ce cas et des horaires réguliers avec des pauses pour les injections d'insuline ; « par rapport au diabète, travail en équipe, horaires réguliers et des pauses pour les injections d'insuline et repas ».

k. Le 6 novembre 2025, l'intimé s'est exprimé sur ces derniers rapports médicaux et a produit un avis du 4 novembre 2025 du SMR à leur sujet.

l. Le 10 novembre 2025, la recourante, désormais représentée par une nouvelle avocate, a souhaité que des questions soient posées au Dr K_____.

m. Dans un rapport du 9 janvier 2026, le Dr K_____, chirurgien orthopédiste traitant depuis le 16 novembre 2017 et ayant vu l'intéressée le 17 novembre 2025

pour la dernière fois, le suivi étant toujours en cours, a répondu à des questions que la chambre des assurances sociales lui avait posées. Le diagnostic était une dysplasie de glène bilatérale. À la suite des arthroplasties par prothèse totale d'épaule inversée le 18 juin 2018 à droite et le 5 octobre 2021 à gauche, l'évolution avait été très satisfaisante à droite avec une épaule fonctionnelle, mais plus mitigée du côté gauche avec la persistance de douleurs et d'une limitation plus marquée de la mobilité. Vu en particulier la gêne tant au niveau des capacités fonctionnelles que des douleurs occasionnées, la patiente serait limitée dans des activités nécessitant l'utilisation des deux mains, en particulier avec de la force ou pour un port de charges, et elle serait incapable de réaliser des activités avec les mains au-dessus de la tête ; ces limitations avaient toujours été présentes bien que sérieusement améliorées à la suite des interventions, sans qu'on puisse espérer une amélioration notable à l'avenir. Les douleurs résiduelles du côté gauche pouvaient avoir une influence sur l'intensité et la capacité de travail dans la durée. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, une capacité de travail pourrait être envisageable. Des mesures de réadaptation professionnelle pourraient le cas échéant être utiles.

n. Selon des observations du 2 février 2026 de la recourante, il paraissait inenvisageable que celle-ci exerce une quelconque activité professionnelle, à plus forte raison dans le domaine social, qui impliquait de nombreux échanges et contacts avec des tiers.

o. Par écriture du 3 février 2026, l'intimé a maintenu sa position.

p. Les parties ne se sont pas manifestées à la suite des lettres de la chambre de céans selon lesquelles, sans éventuelles nouvelles de leur part d'ici au 3 mars 2026, la cause pourrait être gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, comme cela est reconnu par la décision querellée, le droit à une rente d'invalidité est né en mai 2015, compte tenu des délais des art. 28 al. 1 let. b et art. 29 al. 1 LAI, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur (jusqu'au 31 décembre 2021).

3. L'objet du présent litige porte de prime abord, conformément aux conclusions de recours, sur le droit éventuel de la recourante à la reconnaissance d'un droit à la rente d'invalidité supérieur au quart de rente déjà octroyé, ce depuis le 1^{er} mai 2015.

Il est à cet égard rappelé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au

moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

4.

4.1 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021, la version antérieure indiquant « dans son domaine d'activité » plutôt que « qui entre en considération »). 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 1^{er} janvier 2008).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

4.2 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).

À cet égard, conformément à l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité (cf. art. 8 al. 1 LPGA), 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.

4.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon 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.

4.4 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'AI, 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 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

4.4.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (CIM) ou le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

4.4.2 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur

une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

4.5 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).

4.5.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

4.5.2 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 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. 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 (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).

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).

4.6 Cela étant, il sied de rappeler que l'incapacité de travail constitue une notion juridique indéterminée de la loi (art. 6 LPGa). L'évaluation médicale ne constitue pas une décision définitive sur les conséquences des atteintes à la santé constatées. Elle doit au contraire être appréciée par les autorités d'application du droit dans le cadre des dispositions légales (ATF 140 V 193 consid. 3.1 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2). Étant donné que la définition légale de la capacité de travail n'est pas purement médicale, il peut se présenter des constellations dans lesquelles il faut s'écarter de l'incapacité de travail constatée dans l'expertise médicale, sans que celle-ci perde sa valeur probante (arrêts du Tribunal fédéral 9C_128/2018 précité consid. 2.2 ; 8C_842/2011 consid. 4.2.2, *in* SVR 2013 IV n° 9 p. 21 ; *cf.* aussi ATF 130 V 352 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_651/2014 du 23 décembre 2014 consid. 5.1).

En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise

(cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

4.7 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 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).

5.

5.1 En l'espèce, tout d'abord, selon un grief énoncé par l'assurée dans son recours, son droit d'être entendu a été violé, faute de motivation suffisante de la décision attaquée qui tienne compte des griefs de son opposition.

5.1.1 Le droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), implique notamment pour l'autorité l'obligation de motiver sa décision. La motivation d'une décision est suffisante, au regard du droit d'être entendu garanti par ladite disposition constitutionnelle, lorsque l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 142 II 154 consid. 4.2 ; 139 IV 179 consid. 2.2 ; 138 I 232 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_333/2019 du 3 juin 2019 consid. 5.1). L'autorité n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision. En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel

prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_877/2014 du 5 mai 2015 consid. 3.3 et les références ; ATAS/298/2024 du 30 avril 2024 consid. 6 ; ATAS/421/2021 du 4 mai 2021 consid. 5).

La violation du droit d'être entendu, droit de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 124 V 180 consid. 4a et 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

5.1.2 Dans le cas présent, à la lecture de la décision de l'intimé querellée, on comprend que celui-ci a, à tout le moins implicitement, considéré que les allégations formulées par l'intéressée dans son opposition, qui ne critique aucun point précis du rapport d'expertise N_____, n'est susceptible de remettre en cause la pleine valeur probante de ce rapport d'expertise, dont les conclusions (capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 30% – à 40% – dans une activité adaptée depuis mai 2015) sont reprises dans la décision pour déterminer le degré d'invalidité.

Cette motivation, certes relativement succincte, apparaît juste suffisante, comme elle l'est également concernant les mesures professionnelles.

Au demeurant, même dans l'hypothèse – non réalisée ici – où il y aurait eu une violation du droit d'être entendu, celle-ci, de peu de gravité, aurait été réparée dans le cadre de la présente procédure de recours, la recourante ayant pu consulter le dossier via son avocat et prendre connaissance de motivations plus approfondies de l'OAI de même que du SMR émises dans leurs écritures devant la chambre de céans.

5.1.3 Le grief de violation du droit d'être entendu est dès lors écarté.

5.2 Ensuite, le rapport d'expertise N_____, constitué par les rapports d'expertise consensuel et par spécialité – médecine interne, orthopédie ainsi que psychiatrie avec bilan neuropsychologique – répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. En effet, cette expertise pluridisciplinaire a été conduite par des médecins et psychologue et neuropsychologue spécialisés dans les domaines concernés, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement eu des entretiens avec la recourante préalablement à l'établissement de leurs rapports respectifs, et ils ont

consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assurée et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et ont répondu à toutes les questions posées, les appréciations de l'experte psychiatre reposant en outre sur la grille d'évaluation normative et structurée (indicateurs) développée par le Tribunal fédéral. Enfin, les conclusions des experts sont claires et bien motivées.

5.3 Il est – à juste titre – incontesté que, conformément aux conclusions des experts N_____ – non remises en cause par le chirurgien orthopédiste traitant K_____ dans ses réponses écrites du 9 janvier 2026 –, la capacité de travail de l'intéressée est entière, avec une certaine baisse de rendement – dont les causes somatiques et psychiques sont difficiles à séparer –, dans une activité adaptée, laquelle, en raison de douleurs de l'épaule gauche et du status post arthroplastie des épaules des deux côtés, exclurait toutes activités physiquement lourdes avec sollicitation des épaules, en particulier les activités qui impliquent le port ou soulèvement de charges de plus de 5 kg et les mouvements répétés des deux épaules surtout au-delà de l'horizontale.

5.4 La recourante fait valoir plusieurs griefs contre ledit rapport d'expertise N_____ essentiellement au plan psychiatrique, qu'il convient de décrire puis d'examiner ci-après.

5.4.1 Notamment, selon elle, les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline ont été écartés par ce rapport d'expertise en raison d'informations insuffisantes recueillies par l'experte psychiatre, qui aurait dû prendre contact avec les Drs V_____, J_____ et C_____, concernant entre autres la prise de Quetiapine quatre fois par jour.

Toutefois, selon la jurisprudence, dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert. Dans ce contexte, une prétendue courte durée de l'entretien entre la personne assurée et le médecin ou la non-prise de contact de ce dernier avec un confrère ne permettent pas de dénier toute force probante à une expertise psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2 et la référence) ; une divergence de diagnostic ne suffit pas à elle seule à rendre indispensable l'obtention de renseignements complémentaires auprès du psychiatre traitant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_69/2025 du 22 décembre 2025 consid. 4.2 la référence).

Au demeurant, après l'audition des enregistrements sonores, l'intéressée ne confirme pas avoir informé l'experte psychiatre (entretien du 19 août 2023) de la reprise d'un suivi au plan psychiatrique par une nouvelle psychiatre traitante, la Dre V_____ (suivi depuis seulement le 16 juin 2023), mais uniquement l'expert en médecine interne (entretien du 4 juillet 2023 ; rapport d'expertise de médecine interne, p. 14).

Toujours d'après l'assurée, et après audition des enregistrements sonores de l'expertise pluridisciplinaire, c'est lors du changement de psychiatre traitante que les modifications de son traitement (auparavant, depuis 2021, Fluoxetine et Trittico) sont intervenues, en raison d'effets indésirables (bouche sèche, fatigue), de son diabète de type I ainsi que de son taux de cholestérol, l'intéressée prenant en outre quotidiennement un médicament anxiolytique (Temesta) et un analgésique (Tramal) qui avaient un fort effet sur le moral ; ainsi, selon la recourante, comme reproche à l'experte psychiatre, il ne se justifie pas d'utiliser l'absence de prise de traitement antidépresseur à proprement dit comme argument en défaveur du diagnostic de trouble dépressif récurrent.

Cela étant, l'experte psychiatre a simplement écrit, après un long développement au sujet de la question du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère : « Quoi qu'il en soit, l'assurée ne prend plus d'antidépresseur depuis environ 2 mois avant l'évaluation psychiatrique actuelle et elle ne présente pas suffisamment de critères lors de l'évaluation pour retenir un épisode dépressif en cours » (p. 9).

L'expertisée ne semble du reste pas avoir parlé aux experts d'une prise de Quetiapine. À cet égard, entendue en qualité de témoin en audience, la Dre V_____ indique avoir prescrit le Cipralex à partir de deux à trois mois après le début de son suivi, donc à partir de mi-août 2023 tout au plus, et la Quetiapine dès une date non précisée.

5.4.2 De surcroît, les experts n'ont, d'après l'intéressée, pas suffisamment pris en considération son tentamen et ses idées noires et suicidaires, ni les agressions physiques et sexuelles dont elle avait été victime dès son plus jeune âge ainsi que de la part de son premier époux, ni ses « difficultés interpersonnelles ».

Tant l'expert en médecine interne que l'experte psychiatre ont mentionné un tentamen (sous forme d'arrêt d'insuline pendant dix jours) commis en 2022, avec un but « suicidaire » selon le premier (p. 11), comme geste manifestant plutôt un « ras-le-bol » qu'un processus suicidaire selon la seconde – qui a lu ce qu'écrit l'expert en médecine interne –, ce d'après ce que lui a décrit l'expertisée (p. 8). Par ailleurs, l'experte psychiatre indique « non » sous « idées suicidaires » (p. 5).

Au regard notamment du grand nombre d'éléments pris en compte par les experts N_____, une petite divergence entre les deux experts relativement à la question d'intentions suicidaires ne saurait remettre en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire. Les propos de la recourante en audience selon lesquels elle a enlevé le capteur de mesure du diabète « dans l'idée de mourir » ne change rien sur ce point.

À cet égard, selon la Dre V_____ entendue en audience, le fait que le discours diffère entre l'expert principal et l'experte psychiatre lors de l'expertise est principalement dû à la dynamique de l'entretien et à l'instauration de la relation thérapeutique, l'expertisée s'étant sentie plus encline à partager certains

événements avec un médecin plutôt qu'avec l'autre, comme fréquemment remarqué dans la pratique médicale.

Quoi qu'il en soit, il ressort des déclarations de la recourante elle-même qu'hormis cet épisode d'arrêt d'insuline en 2022 (NDR : 2023 selon ses propos en audience, année manifestement indiquée par erreur), elle n'a pas commis d'autres tentatives de suicide. Certes, elle déclare avoir encore des idées noires, dans le sens d'une idée de mourir, mais ceci n'est en soi pas suffisant pour s'écarter de l'appréciation de l'experte psychiatre, en particulier concernant la question d'un éventuel trouble dépressif récurrent.

5.4.3 Pour le reste, s'agissant du reproche général fait au rapport d'expertise et à l'intimé de ne pas avoir retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3) et de trouble dépressif récurrent (F33.1), posés par la nouvelle psychiatre traitante V_____, il y a lieu de rappeler que le fait que des médecins traitants énoncent des appréciations différentes de celles des experts ne saurait à lui seul remettre en question la valeur probante de l'expertise.

Au demeurant, concernant la question du diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'épisode actuel est moyen (F33.1) dès le début du suivi par ladite psychiatre traitante selon ses propres déclarations formulées en audience, et, d'après celle-ci, ledit trouble serait moins handicapant que le trouble de la personnalité susmentionné. Du reste, le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références). Certes, l'experte psychiatre a considéré comme non totalement exclue l'existence éventuelle d'un épisode dépressif entre mai 2021 et le rapport du 9 février 2022 de la Dre J_____, mais, même si ce diagnostic était retenu, il ne serait en tout état de cause pas établi qu'il se serait agi d'un épisode sévère (F33.2). Enfin, il découle des déclarations faites par la recourante en audience que son sentiment de tristesse a pour une part importante des causes extérieures à son psychisme, à savoir la non-réalisation de son souhait de travailler et le sentiment de ne servir à rien et de ne pas pouvoir aider les autres, ainsi que le peu de relations avec d'autres personnes, et qu'elle n'a pas perdu tout plaisir (« Il n'y a pas tellement de choses qui me font plaisir »).

Pour ce qui est de la question du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3) posé par les Drs C_____ et V_____, le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) est décrit ainsi par la CIM-10 : « Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. Deux types peuvent être distingués : le type impulsif, caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions, et le type borderline, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement auto-destructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires » (CIM-10-GM 2022, Index systématique – Version française, publié par l'Office fédéral de la statistique [OFS], accessible sur internet sous « file:///C:/Users/paganb/Downloads/1188-2212.pdf »). L'experte psychiatre (cf. son propre rapport, p. 10) et l'ensemble des experts (cf. évaluation consensuelle, p. 4) exposent que, l'assurée ayant pu vivre sept ans avec un compagnon et en l'absence d'autres éléments en faveur d'un tel trouble, il n'y a pas suffisamment de critères pour retenir un trouble de la personnalité chez l'expertisée. Les explications de la Dre V_____ ne permettent pas de mettre en doute cette conclusion. Ce d'autant moins au regard de ce qui suit : s'il est possible que la recourante présente, comme évoqué en audience par la psychiatre traitante, une certaine labilité thymique et une certaine impulsivité, il n'apparaît pas établi qu'elles auraient une intensité aussi forte que ce qui est requis pour la reconnaissance d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile ; au contraire, il ressort des faits que l'assurée a pu interagir avec d'autres personnes, y compris dans des cadres professionnels difficiles du point de vue interpersonnel (résidences pour personnes souffrant de troubles psychiques) jusqu'en 2021, à l'âge de 55 ans, et qu'il n'est nulle part fait mention d'une éventuelle possibilité de modification durable de la personnalité (F62). Il n'est pour le surplus pas démontré que ses manques de relations interpersonnelles, en particulier avec sa famille et des amis, soient dus à des troubles psychiques, ces difficultés pouvant être dues à une situation douloureuse ou à des souffrances réelles mais non constitutives d'une atteinte à la santé psychique en tant que telle ; il est au demeurant relevé que la recourante n'a pas contesté les constatations, tirées de l'anamnèse selon ses propres déclarations devant les experts, qu'elle voit son frère vivant à Genève deux fois par mois (rapport d'expertise en médecine interne, sous « anamnèse psychosociale », p. 12), en plus de la relation continue avec sa fille.

5.4.4 En définitive, il n'y a aucun motif de remettre en cause la pleine valeur probante du rapport d'expertise N_____.

5.5 Étant donné que la définition légale de la capacité de travail n'est pas purement médicale, il peut se présenter des constellations dans lesquelles l'office AI ou le tribunal doit s'écarter de l'incapacité de travail constatée dans l'expertise médicale, sans que celle-ci perde sa valeur probante (*cf.* la jurisprudence résumée au consid. 4.6 ci-dessus).

Il convient à cet égard d'émettre les précisions qui suivent.

5.5.1 Premièrement, à teneur des déclarations faites en audience par la psychiatre traitante V_____, « il y a des difficultés sur le plan cognitif, qui ont été vérifiées dans les tests neuropsychologiques N_____, et qui dans ce que j'observe impliquent beaucoup d'oublis, en particulier des rendez-vous médicaux, à tel point qu'elle doit être rappelée par téléphone par le centre médical où je travaille par les secrétariats des autres spécialistes qui la suivent la veille et le matin même (un cadre spécial uniquement pour cette patiente). Pour mes rendez-vous elle reçoit des notifications SMS le jour d'avant, étant précisé qu'il s'agit d'un suivi hebdomadaire toujours le même jour et la même heure ». De tels oublis sont confirmés par le médecin généraliste traitant X_____ et l'endocrinologue et diabétologue traitante W_____, qui exercent dans ledit centre médical, dans leurs réponses écrites.

Ce type d'oublis est mentionné par l'experte psychiatre N_____, sous « troubles actuels, apparition et évolution des limitations » (p. 4) : « Oublis : Elle a tendance à oublier les rendez-vous. Ainsi, elle a demandé à la psychiatre que la secrétaire la contacte 30 minutes avant chacun de ses rendez-vous ». Ladite experte semble néanmoins avoir sous-estimé l'importance et la fréquence de tels oublis et leurs effets négatifs sur l'exercice d'une activité professionnelle.

Ledit type d'oublis, compatible avec les constatations et appréciations des experts, en particulier neuropsychologue et psychologue, doit être considéré comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, et il a en l'occurrence pour effet principal d'être incompatible avec une activité professionnelle qui comporterait des changements de lieux et d'horaires, le lieu de travail devant ainsi être toujours fixe et l'horaire de travail régulier.

5.5.2 Deuxièmement, la recourante doit relativement fréquemment prendre de l'insuline à cause du diabète de type I, de sorte que, d'après la Dre W_____, un travail en équipe et des horaires réguliers avec des pauses pour les injections d'insuline seraient à privilégier.

Ces limitations fonctionnelles se superposent à celles déjà retenues, non seulement en lien avec les oublis, mais aussi en lien avec certaines limitations fonctionnelles retenues par les experts N_____, à savoir comme compensation aux limites en matière d'autonomie, initiatives, capacité à opérer des choix ainsi

qu'à prendre des décisions et comprendre des situations complexes, de même que comme correspondant au besoin d'une supervision régulière.

Ainsi, l'assurée a le besoin de la présence régulière pas forcément de plusieurs personnes mais au moins d'une personne pour l'aider ou suppléer si besoin durant les moments où elle doit impérativement procéder à une injection d'insuline, d'autant plus s'il s'agit de tâches, par exemple de contrôle, qui requièrent une présence constante.

5.5.3 Il se justifie par ailleurs de relever les plaintes de l'assurée relatives à une fatigue apparemment constante et non négligeable (cf. notamment PV de comparution personnelle des parties, p. 2 ; rapport d'expertise en médecine interne, sous « symptômes psychiatriques », p. 11 ; rapport d'expertise psychiatrique, sous « troubles actuels, apparition et évolution des limitations », p. 4).

Il est toutefois déjà tenu compte de la fatigue dans la fixation par les experts des limitations fonctionnelles et de la baisse de rendement.

5.6 Au regard de l'ensemble des présentes circonstances, notamment de l'ampleur et de l'intensité des difficultés et limitations auxquelles doit faire face l'intéressée – dont les efforts en vue de recouvrer une pleine capacité de travail et un emploi apparaissent méritoires –, il n'y a aucune raison de retenir, comme le font le SMR et l'OAI, une baisse de rendement de seulement 30% plutôt que de 40%, les experts admettant une telle diminution entre 30 et 40%.

En conséquence, conformément aux conclusions des experts N_____, doivent être retenues une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de serveuse, aide-soignante, assistante socio-éducative (ASE), veilleuse, et une incapacité de travail, sous forme de diminution de rendement, de 40%, dans une activité adaptée.

Est adaptée une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « Sur le plan orthopédique, une activité adaptée serait toute activité physiquement légère, sans port ou soulèvement de charges de plus de 5 kg, mouvements répétés des deux épaules surtout au-delà de l'horizontale. En raison des limitations psychiatriques et neuropsychologiques, une activité adaptée serait toute activité simple, répétitive, avec des consignes simples sans schémas visuels avec une supervision régulière. Il convient d'éviter un traitement visuo-constructif complexe (dessin, lecture de plans, schémas), possibilité de faire des pauses » (rapport d'expertise, évaluation consensuelle, p. 5). À ces limitations fonctionnelles retenues par les experts s'ajoutent celle d'un lieu de travail unique et toujours fixe ainsi que d'un horaire de travail régulier, avec la présence d'au moins un autre collaborateur qui serait d'autant plus nécessaire si les tâches requièrent une présence constante de travailleurs.

Comme le fait valoir la recourante et contrairement à ce que considèrent les experts N_____, l'activité d'animatrice parascolaire ne serait pas compatible

avec une activité adaptée telle que précisée ci-dessus. En effet, une telle activité impliquerait d'encadrer et accompagner plusieurs enfants (*cf.*, à titre d'exemple, l'offre d'emploi du H_____ produite le 17 mars 2025 par l'assurée), ce qui requiert entre autres une énergie non négligeable et une capacité d'adaptation et d'initiative qui ne correspondent pas avec l'état de santé de l'intéressée.

5.7 Selon la recourante, il est impossible de trouver une activité professionnelle qui soit adaptée à l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues par N_____ puis le SMR et l'OAI, étant donné qu'une telle activité devrait être simple et répétitive tout en évitant les mouvements répétitifs, et, pour qu'elle soit compatible avec une déficience intellectuelle, devrait être plus manuelle qu'intellectuelle tout en épargnant les épaules et, par extension, les bras.

5.7.1 En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a, dans un cas, jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (*cf.* RCC 1991 p. 329 ; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (*cf.* art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de

l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

5.7.2 Certes, il est probable dans le cas présent qu'au regard notamment de l'évolution économique et de l'automatisation de plus en plus fréquente de certaines tâches simples, il soit de plus en plus en plus difficile de trouver un emploi avec des tâches physiquement légères et avec peu de mouvements amples et répétitifs impliquant les épaules, tout en étant devant en même temps, du point de vue intellectuel, être simples et répétitives, avec de surcroît une performance nettement diminuée. Le travail adapté à l'intéressée devrait à la fois impliquer un lieu de travail unique et toujours fixe ainsi qu'un horaire de travail régulier et à la fois la possibilité de faire des pauses relativement fréquentes et importantes, à des moments pas toujours précisément prévisibles à l'avance vu la question des prises d'insuline en cas de besoin, exigences d'autant plus compliquées à concilier qu'il faudrait de surcroît la présence d'au moins un autre collaborateur qui serait d'autant plus nécessaire si les tâches requièrent une présence constante de travailleurs.

Cependant, il n'apparaît actuellement pas impossible de trouver, dans un marché du travail équilibré au sens de la jurisprudence, un emploi qui soit compatible avec l'ensemble des limitations fonctionnelles retenues pour l'assurée, consistant par exemple en des tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle, ou encore des activités d'accueil (comme énoncé par la réadaptation professionnelle – ou gestion – de l'office), sans stress notable.

5.8 Chez les assurés actifs – comme la recourante –, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGa).

5.8.1 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

Selon la jurisprudence, 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. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

5.8.2 L'intimé a corrigé le revenu d'invalidité dans sa réponse au recours. D'après lui désormais, conformément à un nouveau document « détermination du degré d'invalidité » établi le 8 août 2024, pour 2015, le salaire mensuel brut se monte à CHF 4'191.-, selon l'ESS 2014, tableau « TA1_tirage_skill_level, total », pour une femme, niveau de compétence 1 (« tâches physiques ou manuelles simples »), ce qui, après correction des heures de travail hebdomadaires (41.7 au lieu de 40), multiplication par 12, puis indexation – mais sans diminution de rendement à ce stade –, donnerait un revenu annuel brut de CHF 52'684.-.

Toujours selon l'office, le revenu annuel brut sans invalidité s'élèverait à CHF 65'242.-, correspondant à la ligne 86-88 (« santé humaine et action sociale »), niveau de compétence 2 (« tâches pratiques telles que la vente/les soins/le traitement de données et les tâches administratives/l'utilisation de machines et d'appareils électroniques/les services de sécurité/la conduite de véhicules ») dudit tableau « TA1_tirage_skill_level, total », salaire mensuel brut de CHF 5'221.- (alors que dans le document « détermination du degré d'invalidité » – initial – du 15 février 2024, il était fait référence au « rapport MOP » du 17 novembre 2015 qui se référait aux salaires annuels d'environ CHF 65'000.- des ASA exerçant aux HUG).

Il sied de relever ici qu'à teneur du compte individuel AVS (CI) de l'assurée au 7 février 2024, elle a reçu des montants de l'ordre de ceux qui suivent depuis 2011 : en 2011 (entre janvier et octobre), CHF 19'000.- d'une société de soins à domicile ; entre 2012 et 2018, CHF 4'700.- par an comme « personne sans activité lucrative » ; en 2019 (de juillet à décembre), CHF 1'500.- du H_____ et CHF 5'900.- de la Fondation G_____ ; en 2020, CHF 2'800.- du H_____ (de janvier à mars), CHF 8'400.- de la Fondation G_____ (de janvier à décembre) et CHF 43'400.- d'« indemnité journalière AI » (de mars à décembre) ; en 2021, CHF 4'700.- d'« indemnité journalière AI » (en janvier uniquement) et CHF 20'800.- des EPI (février à juin) ; en 2022, CHF 4'700.- pour toute l'année comme « personne sans activité lucrative ». Ces revenus ne contredisent pas ceux avec et sans invalidité précités retenus par l'OAI dans son dernier document « détermination du degré d'invalidité ».

5.8.3 Dans son écriture du 17 mars 2025, la recourante ne conteste – à juste titre – pas les montants de revenus avec et sans invalidité susmentionnés en tant que tels,

mais l'absence de réduction du revenu annuel avec invalidité suivant ce qu'elle allègue en termes d'incapacité de travail et d'invalidité.

5.8.4 Comme déterminé plus haut (*cf.* consid. 5.6), le revenu annuel brut avec invalidité de CHF 52'684.- doit être réduit non de 30% mais de 40%, ce qui donne un salaire statistique de CHF 31'610.- (arrondi).

5.9 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

5.9.1 Selon la jurisprudence, les limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement déjà prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail n'ont pas à être retenues une seconde fois lors de la détermination de l'abattement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2020 du 27 août 2021 consid. 6 et la référence).

Lorsqu'une personne assurée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail. Il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 6 et les références).

Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.3 et les références).

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (*cf.* arrêt du

Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Selon la jurisprudence, l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en ce qui concerne le critère de l'âge comme facteur d'abattement du salaire statistique, il y a lieu de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager la personne assurée sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3 et les références).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

5.9.2 En l'espèce, au regard des circonstances particulières du présent cas, et comme vu plus haut (*cf.* consid. 5.7.2), au degré de la vraisemblance prépondérante, il y aura un éventail restreint d'activités accessibles à l'assurée, pour laquelle il sera objectivement difficile de trouver une activité adaptée, et le salaire que l'intéressée pourra espérer sera, pour ce motif et compte tenu de ses handicaps (physiques et mentaux), nettement plus faible que le salaire (statistique) total – ou moyen – du niveau de compétence 1 retenu (CHF 4'191.- par mois).

Ce non en raison de limitations fonctionnelles d'ordre physique importantes ou en grand nombre, mais bien plutôt d'obstacles conséquents pour concilier des exigences découlant des limitations fonctionnelles difficilement compatibles entre elles (d'une part, un emploi avec des tâches physiquement légères et avec peu de mouvements amples et répétitifs impliquant les épaules, tout en étant devant en même temps, du point de vue intellectuel, être simples et répétitives, avec de surcroît une performance nettement diminuée ; d'autre part, à la fois un lieu de

travail unique et toujours fixe ainsi qu'un horaire de travail régulier et à la fois la possibilité de faire des pauses relativement fréquentes et importantes, à des moments pas toujours précisément prévisibles à l'avance vu la question des prises d'insuline en cas de besoin, exigences d'autant plus compliquées à concilier qu'il faudrait de surcroît la présence d'au moins un autre collaborateur qui serait d'autant plus nécessaire si les tâches requièrent une présence constante de travailleurs).

Les difficultés pour trouver un emploi adapté et le montant bas du salaire que l'intéressée pourra obtenir, avec de surcroît la circonstance légèrement défavorable de son âge (environ 58 ans au moment du prononcé de la décision attaquée) dans les circonstances particulières, justifient un abattement – ou réduction supplémentaire – relativement important de 15%.

5.9.3 En conséquence, au salaire statistique annuel de CHF 31'610.- pour un 60% de capacité de travail, il convient encore d'enlever 15%, ce qui donne CHF 26'869.- (arrondi) comme revenu annuel brut d'invalidité.

5.10 De la comparaison des revenus sans invalidité de CHF 65'242.- et avec invalidité de CHF 26'869.- découle le degré d'invalidité de 59% (arrondi), qui ouvre depuis le 1^{er} mai 2015 le droit à une demi-rente (*cf.* art. 28 al. 2 LAI), au lieu du quart de rente admis par l'intimé, dont la décision doit en conséquence être réformée dans ce sens.

Il est au demeurant relevé que, même sans abattement, l'assurée aurait eu droit à une demi-rente, la comparaison entre le revenu sans invalidité de CHF 65'242.- et celui avec invalidité de CHF 31'610.- menant à un degré d'invalidité de 52% (arrondi).

6.

6.1 Si l'on s'en tient uniquement aux conclusions de recours, la recourante ne sollicite pas l'octroi de mesures professionnelles, mais seulement une rente entière d'invalidité.

Cela étant, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, la chambre des assurances sociales n'est pas liée par les conclusions des parties ; elle peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé ; elle doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours.

6.2 En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la

vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle [art. 15 LAI], formation professionnelle initiale – non pertinente ici –, reclassement [art. 17 LAI], placement [art. 18 LAI], aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGa (arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références ; 9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

6.3 En l'occurrence, il convient de relever les circonstances particulières qui suivent.

Premièrement, l'absence de conclusions de l'intéressée en l'octroi de mesures professionnelles peut le cas échéant s'expliquer par le fait que la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité – comme elle y conclut à titre principal – , rendrait sans objet la question d'éventuelles mesures professionnelles, alors que de telles mesures pourraient être utiles en parallèle à l'octroi d'une demi-rente.

Deuxièmement, c'est après avoir retenu l'existence d'un large éventail d'activités simples et répétitives – donc adaptées –, que recouvrerait le marché primaire et équilibré de l'emploi, que l'office a considéré que des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires dans la situation de l'assurée, car elles ne seraient pas en mesure d'améliorer davantage sa capacité de gain. Or, comme déterminé plus haut, la chambre de céans admet certes l'existence d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'intéressée, mais en nombre restreint, ce qui rend beaucoup plus difficile de trouver un emploi et rend ainsi d'autant plus utiles d'éventuelles mesures professionnelles, ce à quoi s'ajoutent des difficultés aujourd'hui différentes de celles connues par la recourante entre 2016 et 2021.

Troisièmement, dans son recours, l'assurée conclut subsidiairement au renvoi de la cause à l'office « pour nouvelle décision au sens des considérants ».

6.4 Dans ces circonstances particulières, qui ne nécessitent pas une interpellation préalable des parties selon l'art. 61 let. d LPGA, il convient d'annuler la décision querellée concernant la question des mesures professionnelles et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il interpelle la recourante si elle souhaite bénéficier de telles mesures et qu'il détermine, en cas de réponse positive de celle-ci et en concertation avec elle, quelles mesures professionnelles pourraient le cas échéant être adéquates dans sa situation, concernant la capacité de travail qui reste à l'intéressée.

7. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision querellée est réformée concernant le droit à la rente, en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente à partir du 1^{er} mai 2015 – avec une suspension de rente du 1^{er} juillet 2020 au 31 août 2020 et du 1^{er} janvier 2021 au 31 janvier 2021 (compte tenu du versement d'indemnités journalières de l'AI du 16 mars au 24 septembre 2020 et du 30 septembre 2020 au 1^{er} février 2021, et vu notamment l'art. 47 al. 1bis let. b LAI) – ; elle est annulée concernant la question des mesures professionnelles, la cause étant renvoyée à l'intimé sur ce point pour instruction et nouvelle décision, au sens des considérants.
8. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est représentée par une avocate, a droit à des dépens légèrement réduits qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de mettre à la charge de l'intimé un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision rendue le 23 mai 2024 par l'intimé concernant le droit à la rente, en ce sens que la recourante a, dès le 1^{er} mai 2015 – et sauf du 1^{er} juillet 2020 au 31 août 2020 et du 1^{er} janvier au 31 janvier 2021 –, droit à une demi-rente.
4. Annule ladite décision concernant la question des mesures professionnelles et renvoie la cause à l'intimé sur ce point pour instruction et nouvelle décision, au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 3'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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