RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2186/2021 **ATAS/1008/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 décembre 2023

Chambre 3

En la cause

Madame A_____ représentée par CARITAS GENEVE, soit pour elle, Monsieur Alexis PREITNER, mandataire	recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY , Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1977 au Portugal, vit en Suisse depuis juin 2011. Elle est divorcée et mère de deux enfants nés en 1995 et 2005, dont le plus jeune vit avec elle. Depuis la fin de sa formation scolaire obligatoire, l'assurée a travaillé au Portugal comme aide à la personne dans une clinique, puis comme maman de jour. En Suisse, elle a travaillé dans la restauration, jusqu'en 2017, avant de se retrouver au chômage.

b. Le 11 avril 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en indiquant être en incapacité totale de travail depuis juin 2018, date à laquelle une spondylarthrite ankylosante a été diagnostiquée par le docteur B_____, rhumatologue.

c. Ont été versés au dossier, notamment, les documents médicaux suivants :

- Dans un rapport du 17 avril 2019, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et fait état des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements répétés du rachis, nécessité de changer de position toutes les heures. Selon lui, d'un point de vue strictement rhumatologique, sa patiente n'était pas en mesure d'exercer la moindre activité. Au réveil, elle était confrontée à deux ou trois heures de raideur matinale ; elle devait se faire aider pour les courses et le ménage. Son état était stationnaire sous traitement.

- Le 13 mai 2019, le docteur C_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a confirmé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, y ajoutant celui d'état anxieux ayant une incidence sur la capacité de travail. Selon lui, la capacité de travail de sa patiente était nulle dans l'activité habituelle, compte tenu de la nécessité d'éviter tout effort physique. Le pronostic était réservé. Les douleurs et raideurs faisaient obstacle à une réadaptation. L'assurée rencontrait également des difficultés dans l'accomplissement des tâches ménagères.

- Après avoir fait état d'une évolution favorable dans un rapport du 14 mai 2019 à l'attention du Dr C_____, le Dr B_____, dans un rapport du 5 juillet 2019, a qualifié l'évolution de sa patiente de stationnaire : elle demeurait dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité et avait toujours de la difficulté à s'occuper de son ménage (elle devait se reposer après 30 minutes d'efforts). Les limitations fonctionnelles restaient les mêmes, sous réserve du fait que l'intéressée devait désormais changer de position toutes les 45 minutes.

- Le 17 septembre 2019, le Dr B_____ a à nouveau qualifié l'état de santé de sa patiente de stationnaire. Les limitations fonctionnelles demeuraient identiques, l'assurée étant cependant en mesure de porter désormais des poids jusqu'à

10 kg. La capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle. Il n'était pas possible de se prononcer sur la capacité à exercer une activité adaptée.

- Le 10 décembre 2019, l'assurée a été examinée par le docteur D_____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation, auprès du service médical régional de l'AI (SMR), qui a estimé que les critères d'une spondylarthropathie n'étaient pas réunis. Ce médecin a retenu en lieu et place les diagnostics de cervicalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusion latérale à droite en C5-C6 (M54.2), avec incidence sur la capacité de travail, et de fibromyalgie, sans incidence sur la capacité de travail. Il a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : pas de rotations rapides de la nuque, pas de travail prolongé bras au-dessus de la tête, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure. En découlaient une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, mais une capacité totalement préservée en tant qu'aide personnelle ou dans toute autre activité adaptée.

d. Le 1er septembre 2019, l'assurée a commencé une nouvelle activité d'aide à domicile auprès d'une personne en situation de handicap à raison de deux, puis trois demi-journées hebdomadaires.

e. Par décision du 18 février 2020, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

f. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans l'a partiellement admis en date du 20 mai 2020 (ATAS/427/2020) et, sur proposition de l'OAI, a renvoyé la cause à ce dernier pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En effet, le 11 mai 2020, le SMR avait convenu que les éléments avancés par le Dr D_____ pour infirmer le diagnostic de spondylarthropathie n'étaient pas suffisants. Quant à l'aspect psychiatrique, il n'avait pas été évalué par un spécialiste. Même s'il semblait fort probable, à la lumière de l'analyse structurée des indicateurs, que l'assurée ne présentait pas d'atteinte somatique ou psychiatrique active et sévère justifiant une incapacité totale de travailler, il convenait de procéder à une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie.

B. **a.** L'OAI a dès lors saisi le Bureau d'expertises médicales Riviera Sàrl (ci-après : le BEM).

b. L'expertise a été effectuée le 20 janvier 2021 par les docteurs E_____, rhumatologue, et F_____, psychiatre et psychothérapeute.

Les experts ont retenu à titre de diagnostic invalidant des cervico-dorso-lombalgies.

Étaient aussi mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail, les diagnostics de fibromyalgie, de possible spondylarthropathie non radiologique et d'état dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.0).

Selon les experts, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, mais en revanche entière, depuis septembre 2019, dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges de plus de 5 kg, la surcharge du rachis cervico-dorso-lombaire, les montées et descentes d'échafaudages.

c. Par décision formelle du 25 mai 2021, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, faute d'invalidité.

L'OAI a considéré que si la capacité de l'assurée était certes nulle dans son activité habituelle, elle restait entière dans une activité adaptée.

Le revenu pouvant être obtenu dans une activité simple et répétitive (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2018, TA1, niveau 1 [tous secteurs confondus, tâches physiques ou manuelles simples] actualisé pour 2019), pouvait être évalué à CHF 52'461.-, après réduction de 5% tenant compte des limitations fonctionnelles. Le revenu avant invalidité réactualisé s'élevant pour sa part à CHF 46'034.- par an, il n'y avait pas de perte de gain.

C. **a.** Le 28 juin 2021, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Elle soutient que l'expertise médicale du BEM n'est pas probante, dans la mesure où, d'une part, elle ne retient pas de spondylarthrite ankylosante incapacitante et, d'autre part, minimise ses douleurs et limitations réelles.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 juillet 2021, a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 29 octobre 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Aux griefs déjà soulevés à l'encontre de l'expertise du BEM, elle ajoute le fait que le rhumatologue n'a pas pris en compte ses douleurs rachialgiques inflammatoires et qu'il a indiqué, à tort, qu'elle effectue des ménages pour plusieurs employeurs, alors qu'en réalité, elle n'a qu'un employeur dont elle s'occupe de la fille adulte handicapée. Elle peine déjà, malgré l'aide de son fils, à entretenir son propre foyer. L'expert a également négligé le fait qu'après ses demi-journées de travail, elle doit se coucher entre 30 et 60 minutes avant de pouvoir reprendre une quelconque activité. Les lendemains, lorsqu'elle ne travaille pas, elle doit se recoucher plusieurs heures pour récupérer des efforts consentis la veille ou l'avant-veille.

Les douleurs, la fatigue chronique et les autres limitations qu'elle rencontre sont telles que, depuis l'expertise, elle a été contrainte de réduire son taux d'activité et ne travaille désormais plus que les lundis, de 15h00 à 18h00, et les vendredis, de 08h30 à 12h00.

Sur le plan psychique, la recourante reproche à l'expert de lui avoir reconnu une pleine capacité, tout en admettant qu'après ses demi-journées de travail, elle doit se reposer l'après-midi. Selon elle, c'est également à tort qu'il qualifie ses chances de guérison d'excellentes.

Pour le surplus, la recourante rappelle qu'elle n'a que peu d'expérience professionnelle, un faible degré de formation et s'étonne qu'au vu de son état de santé, de son âge et du spectre restreint des activités compatibles avec ses limitations fonctionnelles, on lui reconnaisse une pleine capacité de travail.

À l'appui de ses dires, elle produit :

- un rapport du Dr B_____ du 22 octobre 2021, faisant part de sa « complète opposition » avec l'avis du Dr E_____ : sa patiente ne souffre pas d'une fibromyalgie, mais bien d'une spondylarthrite ankylosante HLA B27 négative ; sa capacité de travail est nulle en tant qu'aide de cuisine et de 30% au maximum dans un poste adapté ; le traitement (Erelzi [etanercept]) empêche l'évolution de la maladie, mais n'agit que peu sur les douleurs, raison pour laquelle elle doit également prendre des anti-inflammatoires ;
- un rapport non daté de la docteure G_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui suit l'assurée depuis le 1er juin 2021 et diagnostique un épisode dépressif moyen (F33.1) induisant les limitations fonctionnelles suivantes : manque d'endurance, anxiété, perte d'estime de soi, perte de poids, troubles du sommeil ; la capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide de cuisine et de 30% au maximum dans une activité adaptée ; le pronostic est médiocre.

d. Par écriture du 8 décembre 2021, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il produit un nouvel avis du SMR, qui relève que l'expert en rhumatologie n'a pas exclu le diagnostic de spondylarthrite, mais a retenu, tout comme le Dr D_____ en 2019, celui de fibromyalgie. Les deux diagnostics ne sont pas incompatibles et ce désaccord entre les experts et le rhumatologue traitant n'a pas d'incidence sur l'évaluation de la capacité de travail, qui a été appréciée sur la base de critères objectifs. Le SMR souligne que tant l'activité de femme de ménage que celle d'aide à une personne en situation de handicap – que la recourante elle-même décrit comme difficile sur le plan physique – ne respectent pas les limitations fonctionnelles et ne peuvent donc être considérées comme adaptées. Quant au diagnostic posé par la psychiatre traitante, il n'est pas objectivé et ne correspond pas aux constatations ressortant du dossier, notamment l'absence de limitations dans les activités quotidiennes.

e. Le 12 octobre 2022, la Cour de céans, considérant que l'expertise du BEM ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante, a ordonné une expertise judiciaire bidisciplinaire (ATAS/913/2022), qu'elle a confiée aux docteurs H_____, rhumatologue, et I_____, psychiatre.

La Cour de céans, après avoir relevé que tant l'expert en rhumatologie que le Dr D_____ n'avaient pas retenu formellement le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, vu l'absence de signes radiologiques, a souligné que cette question pouvait rester ouverte dans la mesure où la qualification exacte de l'atteinte somatique – non contestée – n'avait pas d'incidence sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, objet de la procédure.

Cela étant, elle a constaté que l'expert rhumatologue n'avait procédé à aucun nouvel examen radiologique, alors même que la dernière imagerie au dossier remontait à avril 2018, soit près de trois ans avant l'expertise.

Par ailleurs, l'expert n'avait pas pris en considération les plaintes de la patiente (douleurs, sommeil non réparateur, fatigue, raideur matinale de plus d'une heure), dont il avait pourtant indiqué qu'elles étaient cohérentes et compatibles avec le tableau clinique (expertise BEM p. 22 et 23), ni les avis du rhumatologue et du généraliste traitant quant à la capacité de travail.

Pour le surplus, l'expert n'avait pas non plus évalué la capacité de travail sur la base de la méthode préconisée par le Tribunal fédéral. En effet, si les termes de « capacités, ressources et difficultés » étaient bien mentionnés formellement dans l'expertise (p. 29), ils étaient uniquement suivis de la mention : « il n'y a pas de limitation du point de vue rhumatologique », sans la moindre explication complémentaire, notamment en lien avec la fibromyalgie, pourtant admise. L'indicateur des comorbidités n'était pas non plus examiné, ni même abordé, malgré trois diagnostics retenus par l'expert rhumatologue et celui admis par l'expert psychiatre.

En substance, l'expert rhumatologue semblait avoir basé son évaluation de la capacité de travail essentiellement sur le fait, rappelé à trois reprises (expertise BEM, p. 13, p. 14 et p. 29), que la recourante n'était pas limitée, puisqu'elle était en mesure de faire des ménages et d'assurer une activité d'aide à une personne handicapée à raison de 16 heures par semaine, et ce alors même que l'assurée avait expliqué qu'elle n'effectuait en aucun cas des ménages mais se contentait de servir d'assistante personnelle à une personne en situation de handicap (activité consistant à faire les repas et seulement quelques tâches ménagères, dans un cadre de travail très favorable et sans stress, à raison de trois demi-journées par semaine espacées au minimum d'une journée entière de congé lui permettant de récupérer [taux d'activité d'ailleurs réduit par la suite à 6h30 hebdomadaires, réparties sur deux demi-journées]).

Quant au volet psychique de l'expertise, il n'était pas non plus convaincant, l'expert se contentant de retenir un diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F31.0), non invalidant, sans se prononcer sur les interactions avec les diagnostics retenus par son confrère rhumatologue.

Enfin, la Cour de céans a relevé l'absence d'analyse commune de la situation médicale, chaque expert s'étant essentiellement prononcé du point de vue de sa spécialisation.

Les rapports du rhumatologue et du psychiatre traitants, attestant d'atteintes à la santé et d'une capacité de travail maximale de 30% dans une activité adaptée, ne suffisaient pas non plus à trancher la cause.

f. L'expert rhumatologue a rendu son rapport en date du 1er février 2023.

De son rapport extrêmement détaillé, il ressort en substance qu'il retient à titre de diagnostics des dorso-lombalgies communes et des discopathies lombaires – dont il précise qu'elles sont sans relation causale avec les premières. Les dorso-lombalgies communes sont présentes depuis 2017 (cf. rapport du Dr B_____ du 28 juin 2018).

Sont mentionnés à titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail : un conflit sous-acromial à l'épaule droite avec entésopathie modérée des tendons sus-épineux et sous-épineux et épaississement de la bourse sous-acromiale depuis au moins trois ans (problème réversible sous traitement, étant précisé que la fonction spontanée de l'épaule droite paraît normale), une périarthrite de hanche bilatérale douloureuse à droite depuis fin 2022 (problème réversible sous traitement, lui aussi), un hallux valgus droit (problème banal sans gravité), un tunnel carpien discret à droite et très discret à gauche (pathologie bénigne, très fréquente, entièrement réversible après une opération locale courante si nécessaire).

L'expert précise que les dorso-lombalgies communes ne sont pas une pathologie grave : il s'agit d'un problème fonctionnel réversible sous traitement approprié. Quant aux autres diagnostics mentionnés comme non invalidants, ils sont tous de gravité faible.

N'en résultent pas moins les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges répétitif, le port de charges de plus de dix kilos, même occasionnel, les positions statiques debout ou assise, les rotations du tronc, la position statique penchée en avant, en arrière ou de côté, la nécessité de pouvoir alterner les positions toutes les heures.

Les dorso-lombalgies communes contre-indiquent totalement et de manière définitive l'activité d'aide de cuisine, les traitements nécessaires n'ayant pu ou ne pouvant pas être mis en place. Dans la mesure où l'activité d'accompagnement de personnes âgées respecte les limitations fonctionnelles décrites, elle est éventuellement possible, à évaluer en fonction du cahier des charges. Est exigible à plein temps toute activité adaptée aux limitations rhumatologiques et ce, depuis toujours, par exemple, une activité dans l'administration ou l'industrie légère, avec une possible baisse de rendement de 10% pour respecter les changements de position.

g. L'expert psychiatre a quant à lui rendu son rapport en date du 12 février 2023, avec l'aide d'une psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, Madame J_____.

Il retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) depuis 2021 et de syndrome douloureux somatoforme (F45.4) persistant dès 2018, induisant les limitations fonctionnelles suivantes : pour le syndrome douloureux somatoforme : focalisation sur le sentiment d'être bloquée, avec abandon des tâches, repli sur soi, vision pessimiste de l'avenir, désinvestissement de la vie sociale et affective ; pour l'épisode dépressif moyen : aboulie, anhédonie, faible estime de soi, tendance à éviter toute exposition, irritabilité, idées noires occasionnelles, baisse significative des fonctions instinctuelles ayant un impact majeur dans la vie affective, sociale, mais aussi sur la capacité d'adaptation professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, l'expert retient une totale incapacité de travail dans un milieu usuel compétitif depuis la fin de l'année 2018. En milieu adapté, avec une faible exigence de rendement et d'efforts physiques, la capacité de travail a été de 70% jusqu'à la fin de l'année 2020, en lien avec la péjoration progressive du syndrome douloureux somatoforme, mais en tenant compte de la capacité de l'assurée à conserver deux emplois et son activité à domicile. La survenue de l'épisode dépressif moyen a diminué la capacité de travail en milieu adapté (accompagnement de personnes âgées) à 50% dès le début de l'année 2021.

h. Dans leur appréciation consensuelle du cas, les experts retiennent les diagnostics incapacitants de dorso-lombalgies communes, d'épisode dépressif moyen et de syndrome douloureux somatoforme.

Ils concluent à une totale incapacité de travail dans un milieu usuel compétitif et ce dès 2017. Dans un milieu adapté avec faible exigence de rendement et d'efforts physiques, la capacité de travail a été de 70% jusqu'à la fin de l'année 2020, en lien avec la péjoration progressive du syndrome douloureux somatoforme (mais en tenant compte de la capacité de l'intéressée à assumer deux emplois et son ménage). La survenue de l'épisode dépressif moyen a diminué la capacité de travail en milieu adapté (accompagnement de personnes âgées respectant les limitations rhumatologiques) à 50% dès le début de l'année 2021 et depuis lors. Ces taux s'entendent d'un point de vue global psychiatrique et rhumatologique.

i. Dans ses conclusions du 20 mars 2023, la recourante a indiqué avoir soumis le rapport d'expertise à son psychiatre traitant, le docteur K_____, lequel a dit partager les conclusions de l'expert psychiatre quant aux diagnostic, pronostic et capacité résiduelle de travail.

En revanche, sa rhumatologue, la docteure L_____, si elle partage l'avis de l'expert quant aux diagnostics retenus, souligne, s'agissant de la capacité de travail résiduelle de sa patiente, que celle-ci travaille actuellement pour un employeur très compréhensif qui la laisse ne venir travailler que les jours où elle

se sent mieux et rester chez elle lorsqu'elle se sent trop fatiguée ou algique et que, malgré cet environnement professionnel bienveillant, son rendement reste faible.

La Dre L_____ ajoute avoir diagnostiqué chez sa patiente, début 2023, une chondropathie de stade 2 du compartiment fémoro-tibial externe du genou droit, pathologie qui n'a pu être prise en compte dans l'expertise.

La recourante demande dès lors qu'il soit tenu compte, pour évaluer sa capacité de travail résiduelle, de son faible rendement, même dans une activité adaptée exercée pour un employeur compréhensif et lui permettant des horaires qu'elle peut adapter elle-même librement en fonction de ses douleurs.

Elle demande également qu'il soit tenu compte de limitations fonctionnelles supplémentaires au niveau de son genou droit.

j. L'intimé s'est déterminé à son tour par écriture du 27 avril 2023 après avoir consulté le SMR.

D'un point de vue rhumatologique, l'intimé considère que l'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. En revanche, il estime ne pas pouvoir se rallier aux conclusions de l'expert psychiatre.

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

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans pour connaître du litige et la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance du 12 octobre 2022 (ATS/913/2022), il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

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

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 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).

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, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6.1 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être

surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.2 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'assurance-invalidité, 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2 et la référence).

6.3 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle

appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

7. 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).

8. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un

point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

9. Le Tribunal fédéral a considéré par le passé que des dépressions légères à moyennes n'étaient invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour lui nier un caractère invalidant ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Cela étant, 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).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part –, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

10.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

10.2 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en

pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 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).

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

10.5 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détail aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degré léger à modéré qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte – à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité – des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

11. En l'espèce, il convient de rappeler que, dans la décision litigieuse du 25 mai 2021, l'intimé a nié à l'assurée le droit à toute prestation, faute d'invalidité. Se basant sur l'expertise du BEM, l'intimé a considéré que l'intéressée, certes incapable d'exercer son activité habituelle, restait apte à travailler à plein temps dans un poste adapté, décrit comme devant lui permettre d'alterner les positions, d'éviter le port de charges de plus de 5 kg et de préserver son rachis cervico-dorso-lombaire.

La recourante, quant à elle, estime avoir droit à une rente d'invalidité. On comprend implicitement de ses explications qu'elle n'estime être capable de travailler qu'au taux qu'elle occupe désormais en tant que dame de compagnie, à raison de 6 heures et demie par semaine.

11.1 La Cour de céans, considérant que l'expertise du BEM ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante, pour les raisons développées dans l'ordonnance du 12 octobre 2022, a mis sur pied une expertise bidisciplinaire.

L'intimé indique se rallier aux conclusions de l'expert rhumatologue, contrairement à la recourante, qui, si elle partage les conclusions de l'expert quant aux diagnostics retenus, souligne, s'agissant de sa capacité de travail résiduelle, qu'elle travaille actuellement pour un employeur très compréhensif, qui la laisse ne venir travailler que les jours où elle se sent mieux et rester chez elle lorsqu'elle se sent trop fatiguée ou algique ; or, malgré cet environnement professionnel bienveillant, son rendement reste faible.

Cela étant, la recourante n'amène aucun élément médical objectif permettant de s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire, auxquelles il convient de se rallier, dans la mesure où elles sont cohérentes et convaincantes.

L'expert explique que les dorso-lombalgies objectivables au status clinique (limitation de la mobilité du rachis lombaire et contractions des muscles du rachis lors de l'examen fonctionnel), sont un problème fonctionnel habituellement réversible avec de la rééducation du rachis en physiothérapie. Quant à la douleur de la périhanche, elle correspond à une tendinite visible à l'imagerie, mais, là encore, il s'agit d'un problème réversible, tout comme celui constitué par les tendinites visibles à l'échographie de l'épaule droite. Sur le plan rhumatologique, l'état de l'assurée est resté stable depuis avril 2019. Les dorso-lombalgies n'ont pas diminué car l'assurée n'a pas bénéficié du bon diagnostic ni, par conséquent, du traitement approprié (il aurait fallu – selon l'expert – mettre en œuvre des séances de physiothérapie actives de reconditionnement musculaire). Aucun des diagnostics rhumatologiques évoqués n'est susceptible de limiter la vie quotidienne.

Les dorso-lombalgies communes apparues fin 2017 contre-indiquent totalement et de manière définitive l'activité d'aide de cuisine. En revanche, dans la mesure où l'activité d'accompagnement de personnes âgées respecte les limitations fonctionnelles décrites, cette activité est possible, à évaluer en fonction du cahier des charges, étant rappelé que certains postes de surveillant de maison de retraite nécessitent une bonne forme physique pour pouvoir gérer les cas d'urgence (chute d'une personne âgée qu'il faut pouvoir relever, etc.). D'un point de vue strictement rhumatologique, est exigible à 100% toute activité adaptée aux limitations somatiques, et ce depuis le début des dorso-lombalgies en 2017 (par exemple, une activité administrative ou certaines activités de l'industrie légère), avec une baisse de rendement de 10% pour tenir compte de la nécessité de pouvoir alterner les positions. On relèvera que l'expert a longuement et de manière convaincante expliqué les raisons pour lesquelles il s'éloigne de l'avis du Dr B_____.

Pour le reste, la Dre L_____ ajoute avoir diagnostiqué chez sa patiente, début 2023, une chondropathie de stade 2 du compartiment fémoro-tibial externe du genou droit, pathologie qui n'a pu être prise en compte dans l'expertise. On relèvera à cet égard que cette atteinte étant postérieure à la décision litigieuse du

25 mai 2021, il n'y a pas lieu d'en tenir compte à ce stade. Il est loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de ce fait si elle l'estime nécessaire.

11.2 Sur le plan psychique, la recourante se rallie aux conclusions de l'expert judiciaire, alors que l'intimé les conteste.

L'expert retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) 2021 et de syndrome douloureux somatoforme (F45.4) persistant dès 2018. Il explique que l'épisode dépressif a oscillé entre léger et moyen dès sa première description, en 2021. Les premiers symptômes remontent à 2018, mais l'affection a pris un caractère invalidant seulement en 2021.

Les douleurs dorsales, puis diffuses dans les articulations, ont fait leur apparition de manière significative en 2017, suite à l'arrêt de l'activité dans la restauration. Ces douleurs ont pris un caractère invalidant « pour le milieu usuel » dès la fin de l'année 2018, mais n'ont pas empêché l'assurée d'exercer une activité dans un milieu plus adapté, comme aide-soignante d'une personne handicapée, mais aussi accompagnatrice de personnes âgées.

Il a été relevé que l'expertisée a perdu le premier de ses emplois à cause d'une aggravation de ses douleurs en 2020, mais qu'elle a poursuivi le second. L'adaptation nécessaire pour continuer une activité lucrative est devenue nettement plus nécessaire à partir de 2020.

Au niveau des activités de la vie quotidienne l'impact des pathologies reste modeste. L'assurée est capable de voyager dans son pays d'origine, s'occupe de l'ensemble des tâches ménagères pour son fils et elle-même, et assume l'éducation de son fils sans aide externe. Les diagnostics retenus influencent néanmoins la vie sociale (évitement des contacts, repli sur soi, réactions d'irritabilité et d'agacement) et affective de l'expertisée. Une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques est évidente et a été documentée. Toutefois, cette majoration est pour l'essentiel inconsciente chez une femme peu expressive, aboulique, repliée sur elle-même, ne faisant pas volontiers référence à ses douleurs, qui alimentent un fort sentiment de honte, très peu démonstrative et sans allégation de lourd handicap. Elle accepte de pouvoir assumer une série de tâches, mais le sentiment d'échec et d'impasse existentielle prévaut, et limite toute possibilité de se projeter dans l'avenir. La majoration observée doit ainsi être prise en considération dans la fixation du degré d'invalidité, mais ne suffit absolument pas à exclure l'atteinte significative sur la santé.

Les limitations fonctionnelles retenues sont les suivantes : pour le syndrome douloureux somatoforme : focalisation sur le sentiment d'être bloquée, avec abandon des tâches, repli sur soi, vision pessimiste de l'avenir, désinvestissement de la vie sociale et affective ; pour l'épisode dépressif moyen : aboulie, anhédonie, faible estime de soi, tendance à éviter toute exposition, irritabilité, idées noires occasionnelles, baisse significative des fonctions instinctuelles ayant un impact

majeur dans la vie affective, sociale mais aussi sur la capacité d'adaptation professionnelle.

L'expert a retrouvé des limitations significatives au niveau de l'endurance et de la résistance, de l'intégration dans un groupe, de la mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles, de l'affirmation de soi et de la proactivité. En revanche la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, l'adaptabilité, la planification des tâches, la flexibilité, la capacité de contacts et de conversations avec des tiers et la prise en charge personnelle sont préservées. L'activité sociale est très limitée, principalement en raison du sentiment de honte que l'état de l'assurée lui inspire. Après la péjoration de 2021, ses rapports sociaux se sont trouvés très limités.

L'expert a écarté toute accentuation de traits de personnalité ou trouble de la personnalité franc. Le tableau des ressources est en revanche négatif, avec un désinvestissement social et une souffrance psychique significative et en voie de chronicisation. Les ressources psychiques sont donc limitées par l'épisode dépressif moyen.

L'expert constate que le traitement entrepris est approprié. Les conclusions des psychiatres traitants sont adéquates et les efforts d'instauration d'un traitement antidépresseur corrects. L'adhésion au suivi psychiatrique est authentique, avec une demande de soins véritable. Néanmoins le dosage plasmatique de Duloxétine montre des taux infra thérapeutiques, ce qui suggère une mauvaise compliance ou un métabolisme rapide. Dans les deux cas de figure, il ne s'agit pas d'une incapacité à reconnaître la maladie, car l'expertisée est consciente de la dégradation de son état psychique. Selon l'expert, il existe une marge importante d'amélioration sur le plan pharmacologique, qui doit être exploitée attentivement par le psychiatre traitant.

L'expert judiciaire explique pourquoi il estime que l'épisode dépressif est de gravité moyenne – et non légère, comme retenu dans l'expertise du docteur F_____. Il s'éloigne de l'appréciation faite par ce dernier, surtout à cause de la présence d'un syndrome douloureux somatoforme, déjà présent en 2018, qui influençait de manière significative la capacité de travail de l'assurée en milieu adapté. La survenue de l'épisode dépressif péjore l'état clinique de l'assurée et ne permet de retenir qu'une capacité de travail de 50% dès le début de l'année 2021.

L'expert indique se distancer en partie également de l'avis de la docteure G_____, notamment s'agissant de son appréciation de la capacité de travail en milieu adapté, malgré le fait qu'il retienne un diagnostic dépressif moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, l'analyse des indicateurs et du quotidien de l'assurée montre la persistance d'une capacité de travail qui reste significative, d'autant plus qu'un phénomène de majoration symptomatique clair et des doutes sur la compliance pharmacologique sont mis en évidence.

En définitive, sur le plan psychiatrique uniquement, l'expert retient une totale incapacité de travail dans un milieu usuel compétitif depuis la fin de l'année 2018. En milieu adapté, avec une faible exigence de rendement et d'efforts physiques, la capacité de travail a été de 70% jusqu'à la fin de l'année 2020, en lien avec la péjoration progressive du syndrome douloureux somatoforme, mais en tenant compte de la capacité de l'assurée à conserver deux emplois et son activité à domicile. La survenue de l'épisode dépressif moyen a diminué la capacité de travail en milieu adapté (accompagnement de personnes âgées) à 50% dès le début de l'année 2021 et depuis lors. Le suivi psychiatrique est approprié, mais le traitement antidépresseur est sous-dosé. La reprise d'une activité lucrative à un taux supérieur présupposerait dans un premier temps une prise régulière du traitement avec un dosage devant se situer dans les normes. En cas de bonne réponse clinique, on pourrait espérer atteindre une capacité de travail de 70% au maximum à l'avenir. Le pronostic reste toutefois réservé s'agissant d'une assurée apathique, ralentie et sans capacité de se projeter dans l'avenir.

La Cour de céans constate que, tout comme celles de son confrère rhumatologue, les conclusions de l'expert judiciaire psychiatre apparaissent cohérentes, documentées et convaincantes. Les indicateurs jurisprudentiels ont été pris en compte dans son évaluation finale de la capacité de travail.

L'intimé considère pour sa part que l'examen des indicateurs à l'aune de la jurisprudence permet de conclure à une pleine capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Cela étant, il cherche tout simplement à substituer sa propre appréciation à celle de l'expert. Il ne suffit pas d'affirmer que, puisqu'au niveau des activités de la vie quotidienne, l'impact des pathologies reste modeste, il en irait de même dans le cadre de l'activité professionnelle. En effet, les experts, dans leur évaluation consensuelle, tenant compte des interactions entre les atteintes psychiques et physiques ont tenu compte des ressources dont l'assurée a su faire preuve durant un temps. C'est la raison pour laquelle ils ont admis, dans le milieu favorable dans lequel elle a su retrouver une activité adaptée à son état, une capacité de travail de 70% jusqu'à la fin de l'année 2020. Ils ont ainsi pris en considération la capacité de l'intéressée à assumer deux emplois et son ménage. Les experts ont cependant exposé de manière argumentée que la survenue de l'épisode dépressif moyen a diminué cette capacité de travail en milieu adapté (accompagnement de personnes âgées respectant les limitations rhumatologiques) à 50% dès le début de l'année 2021. Le fait qu'une amélioration soit éventuellement envisageable à l'avenir après une adaptation des traitements n'enlève rien à l'incapacité actuelle constatée par les experts.

La Cour se rallie à l'avis de ces derniers et admet donc une capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée à compter de janvier 2021.

Dans la mesure où l'assurée n'exerce pas son activité au taux retenu par les experts mais à un pourcentage bien moindre (6h30 par semaine), il convient de considérer que son poste actuel n'est pas totalement adapté à son état de santé et

de se référer aux statistiques. Si l'on compare le revenu avant invalidité réactualisé en 2021, soit CHF 46'913.-, à celui que l'assurée aurait pu obtenir la même année dans une activité simple et répétitive exercée à mi-temps (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2020, TA1, niveau 1 [tous secteurs confondus, tâches physiques ou manuelles simples] actualisé pour 2021), soit CHF 24'288.-, après réduction de 10% tenant compte du taux d'occupation réduit et des limitations fonctionnelles, on obtient un degré d'invalidité de 48%, ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité à compter de janvier 2021.

En ce sens, le recours est partiellement admis.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité à compter de janvier 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Christine RAVIER	Karine STECK

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