

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2262/2019

ATAS/546/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1981, de nationalité suisse, mère de trois enfants nés en 2014, 2016 et 2018 (décédé en mai 2019), a exercé une activité d'éducatrice de la petite enfance à un taux de 100 % du 16 août 2010 au 31 décembre 2011 et de 80 % dès le 1^{er} janvier 2012 pour B_____, pour un salaire annuel en 2013 de CHF 63'635.60.
2. Selon un courrier de B_____ du 24 novembre 2011, la demande de la recourante de diminuer son taux d'activité à 80 % pour raison familiale était acceptée.
3. Le 18 décembre 2012, le docteur C_____, FMH rhumatologie, a diagnostiqué des lombo-sacralgies aiguës sur troubles statique et fonctionnel du rachis et une discopathie L5-S1. L'incapacité de travail était totale du 20 septembre au 31 octobre 2012, de 50 % du 1^{er} novembre au 6 novembre 2012 et totale dès le 7 novembre 2012.
4. Le 5 mars 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
5. Le 18 mars 2013, B_____ a rempli le questionnaire pour l'employeur en mentionnant un salaire de CHF 63'635.60 dès le 1^{er} mars 2013 pour une activité à 80 %. A l'engagement le 16 août 2010, le salaire était de CHF 74'750.- pour un taux d'activité de 100 %.
6. Le 25 mars 2013, le docteur D_____, FMH médecine physique et réadaptation, a rempli un rapport médical AI, attestant d'un suivi depuis le 22 novembre 2012 pour un diagnostic de lombalgies chroniques sur discopathie et hernie discale médiane L5-S1, depuis 2011. Dès septembre 2012, les douleurs étaient devenues invalidantes. L'incapacité de travail était totale depuis septembre 2012. L'amélioration était très lente.
7. Le 16 avril 2013, le Dr C_____ a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) que la dernière consultation de l'assurée remontait au 29 novembre 2012.
8. Le 8 mai 2013, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 28,8 % (revenu sans invalidité de CHF 74'750.- et revenu d'invalidité de CHF 53'218.- correspondant à celui issu de l'ESS 2010, TA1, femme, total, niveau 4, pour 41,6 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2013).
9. A la demande d'AXA Winterthur assurances, assureur perte de gain maladie, le docteur E_____, FMH rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise le 5 juillet 2013. Il a posé les diagnostics de lombalgie chronique dans un contexte d'une petite hernie discale L5-S1 et tendinobursite trochantérienne bilatérale prédominant à gauche. Elle devait pouvoir reprendre son emploi dans un délai d'environ deux mois à 50 % puis un mois plus tard à 100 %. Il y avait toutefois un risque de récurrence de lombalgies sévères conduisant à des épisodes répétés d'incapacité de travail. Il fallait cependant avoir à l'esprit qu'il n'y avait pas objectivement de lésion permettant de retenir une incapacité de travail définitive. Dans un emploi

adapté à ses rachialgies et à ses douleurs du bassin, tel qu'un emploi dans un bureau, dans la vente, comme réceptionniste, la capacité de travail de l'assurée était complète dès maintenant.

10. Le 26 août 2013, B_____ a mentionné une incapacité de travail totale de l'assurée dès le 10 septembre 2012 et un salaire de 13 x CHF 4'749.20 + 12 x CHF 158.-.
11. Le 30 septembre 2013, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI qu'il avait examiné l'assurée le 19 septembre 2013, que l'état de santé de celle-ci s'était amélioré depuis fin août 2013, avec une capacité de travail totale dans l'activité d'éducatrice de la petite enfance, laquelle pouvait être tentée en octobre-novembre 2013 (mais dépendante de la grossesse de l'assurée).
12. Le 18 novembre 2013, le Docteur F_____ du Service Médical Régional AI (ci-après : le SMR), a constaté que la capacité de travail de l'assurée était totale, sous réserve de la grossesse, comme l'attestait le Dr D_____ le 30 septembre 2013. L'incapacité de travail était totale du 20 septembre au 30 octobre 2012, de 50 % du 1^{er} au 6 novembre 2012, totale du 7 novembre 2012 au 18 septembre 2013 et nulle dès le 19 septembre 2013.
13. Le 21 novembre 2013, le service de la réadaptation de l'OAI a conclu à un accompagnement professionnel, au besoin, si l'assurée n'arrivait pas à se réintégrer dans une classe d'enfants plus grands.
14. Par projet de décision du 29 novembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité, au motif que du 20 septembre 2012 au 30 octobre 2012, l'assurée était totalement incapable de travailler, puis capable à 50 % du 1^{er} au 6 novembre 2012 puis à nouveau en incapacité de travail totale du 7 novembre 2012 au 18 septembre 2013. Dès le 19 septembre 2013, l'assurée était totalement capable de travailler dans toute activité.
15. Le 19 décembre 2013, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle ne pouvait exercer comme éducatrice de la petite enfance en raison de ses limitations fonctionnelles.
16. Le 17 février 2014, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'ancienne activité et totale dans une activité adaptée.
17. Le 17 février 2014, le docteur G_____, FMH rhumatologie et médecine interne, a indiqué que bien qu'il n'y ait pas d'élément décisif objectivable, l'assurée présentait des risques de récurrence et de chronicisation de ses troubles en lien avec les efforts et les postures inhérents à son poste de travail. Une affectation à un poste mieux adapté permettrait de limiter les risques.
18. A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué le 16 juin 2014 qu'elle avait diminué en 2012 son taux d'activité à 80 % en raison de ses affections au dos ainsi que de la dégradation de l'état de santé de son père.
19. Par communication du 23 février 2015, l'OAI a pris en charge une formation de trois jours (dynamiques relationnelles).

20. Par communication du 27 mars 2015, l'OAI a pris en charge les coûts de la formation CAS « Approche centrée sur la solution » du 14 mars 2015 au 11 mars 2016.
21. Le 29 juillet 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle accoucherait fin janvier 2016.
22. Par communication du 29 juillet 2015, l'OAI a pris en charge un stage de formation pratique (H_____) comme stagiaire dans le secteur socio-éducatif du 14 juillet 2015 au 11 mars 2016, parallèlement à ses études du CAS.
23. Selon un courriel des Etablissements Publics pour l'Intégration (EPI) du 26 novembre 2015, l'assurée avait modifié ses horaires et travaillait tous les mardis et quatre heures deux dimanches par mois. Dès le 1^{er} janvier 2016, l'assurée avait été en arrêt maladie, jusqu'à son accident.
24. Le 21 mars 2016, les EPI ont rendu un rapport suite au stage de l'assurée du 14 juillet 2015 au 20 janvier 2016, en tant qu'animatrice auprès de personnes dépendantes. Une reprise de la mesure, interrompue le 20 janvier 2016, était envisagée pour septembre 2016. L'assurée avait travaillé en moyenne trois demi-journées par semaine. La formation CAS se déroulait sur un an, deux jours par mois. L'assurée estimait son temps global pour la formation à 50 %. Son taux d'activité à H_____, dès le 14 juillet 2015, était limité à deux demi-journées par semaine et un colloque de deux heures le mardi matin.
25. Par communication du 12 juillet 2016, l'OAI a pris en charge les frais de dossier en constatant que l'assurée avait réussi le CAS « Approche centrée sur la solution ».
26. Le 30 août 2016, le Dr D_____ a attesté d'une capacité de travail maximum de l'assurée de 10 heures par semaine.
27. Le 14 novembre 2016, le Dr D_____ a attesté d'une aggravation des phénomènes inflammatoires sur le dernier bilan IRM du 28 octobre 2016, en comparaison à celui de 2012. Il y avait des limitations au port de charge, des positions statiques assises ou debout prolongées et des mouvements en porte-à-faux. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 30 % dans une activité adaptée.
28. Par communication du 16 décembre 2016, l'OAI a pris en charge un stage de formation pratique auprès de l'équipe sociale du centre de formation - Intégration et formation professionnelle (ci-après : l'ORIF) du 8 décembre 2016 au 31 janvier 2017. L'horaire était de 12 heures par semaine.
29. Par communication du 17 janvier 2017, l'OAI a pris en charge un stage de formation pratique auprès de I_____ du 7 février au 30 juin 2017, à un taux de 30 %.
30. Le 17 novembre 2017, le docteur J_____, FMH neurochirurgie, a conclu à des lombalgies mécaniques sur incompétence discale L5-S1. L'indication opératoire allait dépendre essentiellement de l'impact des symptômes sur la qualité de vie de

l'assurée. L'évolution naturelle se ferait vraisemblablement vers une stabilisation spontanée.

31. Le 28 février 2018, l'OAI a clos le mandat de réadaptation professionnelle.
32. A la demande de l'OAI, la doctoresse K_____, FMH médecine physique rééducation, rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise le 13 mai 2019.

Des radiographies de la colonne lombaire et une IRM du rachis lombaire avaient été pratiquées le 13 mai 2019 (recte : le 9 mai 2019). L'assurée se plaignait de douleurs surtout aux positions statiques, avec nécessité de s'allonger, marcher et faire de l'autohypnose (douleurs lombaires, sous le nombril, aux hanches). La Dresse K_____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de discopathie L5-S1 avec pincement subtotal avec effet MODIC I des plateaux vertébraux adjacents sur l'IRM de 2016 et mai 2019 (régression de la protrusion manifeste comparativement à l'IRM de 2012, augmentation du MODIC I et du pincement discal déjà prononcé en 2012), sans répercussion sur la capacité de travail, de douleurs abdominales transversales sous-ombilicales sans substrat anatomique. Douleurs rétro-trochantériennes sans substrat anatomique (mis à part le signalement de douleurs).

La capacité de travail en tant qu'éducatrice de la petite enfance était nulle en raison des mouvements répétitifs en flexion/extension du rachis, la nécessité de se mettre accroupie ou à genoux et de soulever les enfants lors des soins à apporter (habillage, change, etc). L'incapacité de travail était de 100 % du 20 septembre au 31 octobre 2012, de 50 % du 1^{er} au 6 novembre 2012, nulle dès le 7 novembre 2012 et totale dès le 19 septembre 2013. Si l'assurée avait effectué des exercices de reconditionnement musculaire entre et après ses trois accouchements, elle aurait pu travailler (en pouvant faire varier les positions alternativement assises et debout et la marche), à au moins 70 % dès septembre 2013 et à 80 % dès la fin de sa réadaptation professionnelle, soit dès le 30 juin 2017, sans diminution de rendement. Elle ne s'expliquait pas du tout le taux de travail de 30 % qui semblait être le taux maximal pour le Dr D_____, qui mentionnait une aggravation de l'état de santé au cours de l'année 2017. Aucun status médical ne venait corroborer cette aggravation. Elle préconisait un reconditionnement musculaire et l'application de cures de Dexaméthasone.

33. Le 21 mai 2019, le Dr F_____, du SMR, a estimé qu'il fallait s'en tenir aux conclusions du SMR de 2013 et 2014 pour la capacité de travail dans l'ancienne activité d'éducatrice de la petite enfance et considérer que, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du dos (selon l'avis du SMR du 18 novembre 2013), la capacité de travail était de 80 %, comme actuellement, depuis, au moins, le 2 juillet 2013.
34. Par décision du 27 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité était de 28 %. L'assurée était incapable de travailler à 100 % dans son activité habituelle dès le 20 septembre 2012, mais capable de travailler

dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 80 % dès le 2 juillet 2013. Elle présentait un statut de 80 % active et 20 % ménagère. Le revenu sans invalidité était de CHF 79'541.- et le revenu d'invalidité de CHF 51'793.-, soit un degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 34,89 %. Une enquête à domicile n'était pas effectuée car le degré d'empêchement dans les travaux habituels n'avait pas d'influence sur l'échelle de rente.

35. Le 13 juin 2019, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée, en relevant qu'elle avait été en arrêt de travail total (hormis une tentative de reprise) jusqu'en avril 2015 ; par la suite, elle s'était inscrite au chômage à un taux de 20 %. La formation d'éducatrice sociale avait été possible car elle était de deux jours par mois et les stages à temps partiel, avec des arrêts en raison de douleurs insupportables ; elle ne s'était pas sentie écoutée avec la Dresse K_____ ; les images radiologiques montraient une augmentation de l'inflammation ; la Dresse K_____ était partielle, en écartant les avis des différents spécialistes rencontrés auparavant.

Elle a communiqué :

- Un rapport du docteur L_____, FMH neurologie, du 30 septembre 1998 attestant d'une suggestion de minime lésion radiculaire S1 à gauche.
- Un courrier du Dr D_____ à ASSURA du 19 mai 2017 contestant la décision de celle-ci de limiter les séances de physiothérapie, laquelle permettait de stabiliser et de rendre supportables les douleurs.
- Un rapport du Dr D_____ à ASSURA du 20 août 2017 attestant d'une aggravation des lombalgies depuis 2011, lesquelles étaient devenues invalidantes depuis septembre 2012. L'IRM de 2016 montrait une aggravation des phénomènes inflammatoires, par rapport à 2012 ; les limitations fonctionnelles étaient : limitation des positions statiques assises prolongées et debout et de port de charge.
- Une attestation de Monsieur M_____, physiothérapie-acupuncture, du 8 août 2019, selon laquelle il suivait l'assurée depuis janvier 2016 ; elle souffrait de douleurs lombaires chroniques avec des épisodes de dorsalgie et de cervicalgie récurrents. Les douleurs lombaires pouvaient s'expliquer notamment par une raideur sacro-iliaque constatée du côté droit. La discopathie L5-S1 reflétait une surcharge de la charnière lombo-sacrée. La musculature du dos était plutôt hypotone mais sensible à la palpation.
- Un certificat du Dr D_____ du 9 août 2017 attestant d'une incapacité de travail totale du 3 avril au 24 juillet 2017 et de 80 % dès le 25 juillet 2017.
- Un certificat du Dr D_____ du 9 juin 2019 attestant qu'elle présentait une aggravation de son atteinte lombaire depuis 2016, confirmée par l'IRM lombaire du 9 mai 2019.

36. Le 11 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que le rapport d'expertise de la Dresse K_____ était probant et s'est référé à l'avis du SMR du 11 juillet 2019 (Dr N_____).

Selon cet avis, malgré le fait que l'IRM de 2019 montrait une aggravation de la discopathie par rapport à 2016, un pincement articulaire plus sévère avec une inflammation MODIC I plus importante des plateaux vertébraux, l'experte K_____ n'avait pas retrouvé de corrélation radio-clinique ; il n'y avait pas non plus de corrélation entre les plaintes et l'examen clinique ; elle relevait un déconditionnement physique qui n'était pas du ressort de l'AI ; l'assurée ne prenait aucun traitement antalgique et ne faisait que de la physiothérapie passive ; l'experte ne retenait donc pas d'aggravation clinique ; le Dr D_____ relevait une aggravation confirmée par IRM mais l'experte en avait tenu compte.

37. Le 12 août 2019, l'assurée a répliqué que tous les médecins consultés (Drs D_____, O_____, G_____, E_____ et J_____) avaient souligné sa difficulté à rester en positions statiques et que les traitements effectués étaient suffisants ; elle ne supportait pas les traitements antalgiques ; M. M_____ ne s'était pas senti écouté non plus par la Dresse K_____ lors de leur contact ; il n'était pas étonnant que l'experte ne retienne pas d'aggravation, car depuis le début elle avait considéré qu'elle n'avait rien et que les spécialistes se trompaient sur son cas. Il lui était difficile en raison de sa situation familiale d'aller nager trois à quatre fois par semaine comme préconisé par la Dresse K_____ mais elle marchait beaucoup ; la Dresse K_____ avait à plusieurs reprises fait part du fait qu'avoir des enfants était incompatible avec des douleurs, alors qu'il s'agissait de son droit personnel, même si cela maintenait ses difficultés ; son habitation et l'organisation de la famille étaient pensées en fonction de son dos et des enfants.

38. Le 30 septembre 2019, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « J'ai en permanence de fortes douleurs aux jambes, au bassin, au ventre et au dos. Pour les diminuer je dois être beaucoup en mouvement mais aussi m'allonger. Mon mari m'aide beaucoup avec les enfants, il les amène à l'école. Nous sommes beaucoup aidés par ma maman chez qui nous habitons et aussi par ma belle-mère qui habite Prevechin. Je prépare les repas à midi. Tous les jours je vais marcher. J'ai envie de retravailler mais je ne peux pas le faire à plein temps. J'ai réussi à tenir lors de mes stages deux fois quatre heures par semaine. J'avais tenté d'augmenter les heures de stage à deux fois six heures puis deux fois cinq heures mais cela n'a pas joué car mes douleurs augmentaient et devenaient handicapantes.

A 13 ans j'ai eu un accident de gym. Depuis là on m'a trouvé une hernie discale et j'ai toujours eu des douleurs au dos. Au début elles étaient gérables puis quand j'ai commencé à travailler en crèche j'ai souffert de blocage ce qui m'a décidé à demander une diminution de mon taux de travail de 100 % à 80 %. En 2014 on m'a

trouvé une discopathie laquelle engendre des inflammations et qui s'est aggravée selon l'IRM de 2019. J'ai demandé une diminution de mon taux de travail aussi en raison de la maladie de mon père, pour l'accompagner dans sa maladie et dans ses soins. Si je n'avais pas eu de problème de santé, j'aurais pour des raisons financières continué à travailler à 100 %. J'ai obtenu un CAS "l'Approche centrée sur la solution". Il s'agit d'une thérapie brève. J'ai le titre de travailleuse sociale HES. J'ai fait une période de chômage en recherchant une activité à 20 % mais je n'ai pas trouvé car avec ce taux d'activité il est difficile d'être engagée. Cette activité de travailleuse sociale me convient et je souhaite l'exercer mais pas à plus de 20 %.

L'expertise avec la Dresse K_____ ne s'est pas très bien passée, elle était fouillée et on a souvent été interrompues pendant notre entretien. Elle a considéré que j'étais molle et que j'avais peur du mouvement, que cela me créait mes problèmes. Elle a indiqué que les médecins que j'avais consultés étaient incompetents, dont les radiologues de l'Hôpital de la Tour, qui ne savaient pas lire les images. Tout en estimant que je pouvais travailler à 80 % elle m'a dit d'aller nager une heure quatre fois par semaine alors que je dois encore m'occuper de mes enfants. Je ne me suis pas sentie écoutée ni comprise. Elle a également nié mes tensions dans mon corps en m'examinant. En 2011 j'ai eu des problèmes de dos plus aigus avec plus de blocages et c'est pour cette raison que j'ai demandé dès janvier 2012 une diminution de mon taux d'activité. Et dès septembre 2012 j'ai dû totalement arrêter de travailler en raison de mes problèmes de dos. Mon mari est fonctionnaire de police et travaille à plein temps. Je ne touche plus de prestation du chômage. Nous vivons uniquement avec le revenu de mon époux et des allocations familiales ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « La capacité de travail retenue par l'AI est de 80 % dans une activité adaptée, laquelle peut être celle d'éducatrice spécialisée. Je me réfère à la pièce 117. Je confirme le calcul qui a été effectué sur cette pièce et qui prend en compte un revenu avec invalidité de CHF 51'793.-. Je ne peux pas vous dire exactement comment ce revenu a été calculé. Il n'y a pas d'atteinte à la santé qui explique une baisse du taux d'activité en 2012. Je me fonde sur l'expertise du Dr E_____ de juillet 2013. Nous maintenons donc le statut de 80 % active, 20 % ménagère. Nous avons estimé qu'une enquête ménagère, quelles que soient ses conclusions, ne pouvait pas ouvrir le droit à une rente ».

39. A la demande de la chambre de céans, la Dresse K_____ a indiqué le 8 mai 2020 qu'elle confirmait une capacité de travail de l'assurée de 70 % dans une activité adaptée du 1^{er} septembre 2013 au 31 mai 2017 (recte : 30 juin 2017) et de 80 % ensuite. Le Dr E_____ avait affirmé le 5 juillet 2013 que l'assurée présentait une capacité de travail totale mais même si son examen clinique était superposable au sien, il n'avait pas donné suffisamment de détails concernant les tendino-bursites trochantériennes, il n'y avait pas d'examen palpatoire des masses fessières et elle ne pouvait donc présager si dans les trois mois consécutifs à l'expertise du Dr E_____, l'assurée aurait été en mesure de travailler à 100 %. C'était une prévision de la part du Dr E_____.

40. Les parties ont été invitée à se déterminer dans un délai fixé au 5 juin 2020.
41. La recourante n'a pas formulé d'observations.
42. Le 25 mai 2020, le SMR a rendu un avis selon lequel, si les conclusions de l'experte sur l'analyse de la situation médicale et sur les capacités de travail étaient parfaitement claires et logiques, il ne pouvait les suivre en ce qui concernait les dates. En effet, l'experte estimait que son examen clinique était dans l'ensemble superposable à celui du Dr E_____ du 3 juillet 2013, confirmant l'absence d'aggravation objective sur le plan clinique. Par ailleurs, l'experte n'expliquait pas pourquoi la capacité de travail était limitée à 70 % durant la réadaptation, et n'avancait aucun élément objectif pour retenir ce taux. Ainsi, le SMR reconnaissait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, mais depuis juillet 2013, date de l'expertise du Dr E_____, de manière continue.

La Dresse K_____, dans son expertise, n'avait pas expliqué pourquoi elle retenait une capacité de travail dans une activité adaptée diminuée à 70 % dès le 1^{er} septembre 2013, puis de 80 % dès le 30 juin 2017, à la fin de sa réadaptation. Le fait de suivre une réadaptation n'était pas un élément objectif permettant de retenir une baisse de la capacité de travail. Aucun autre argument objectif n'était amené par la Dresse K_____.

Ainsi, pour le SMR, ce rapport médical n'amenait pas de nouvel élément médical objectif lui permettant de modifier ses conclusions précédentes. Ainsi, si les constatations cliniques objectives de la Dresse K_____ étaient parfaitement clairement décrites dans son expertise, il ne comprenait toujours pas pourquoi l'assurée devrait avoir, dans une activité adaptée, une capacité de travail limitée à 70 % entre septembre 2013 et le 29 juin 2017, et non à 80 %, comme dès le 30 juin 2017. Le SMR maintenait ses précédentes conclusions.

43. Le 5 juin 2020, l'OAI a observé qu'il convenait, en se ralliant à l'avis du SMR du 25 mai 2020, de s'écarter des appréciations de la capacité de travail de l'experte, sans que l'expertise n'en perde sa valeur probante ; par ailleurs, il a procédé à une nouvelle comparaison des revenus le 3 juin 2020, aboutissant à un degré d'invalidité de 38,33 % (revenu en 2013 sans invalidité, à 100 %, de CHF 79'544.- et revenu d'invalidé, à 80 %, de CHF 41'435.-).
44. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la détermination de son statut et de sa capacité de travail.
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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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 126 V 319 consid. 5a).
8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

-
9. Selon l'art. 27^{bis} RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

10. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en

question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

11. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

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.

b. 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).

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; 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).

f. 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).
14. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).
15. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle

l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

16. En l'espèce, fondée sur les pièces du dossier ainsi que des examens radiologiques récents (du 9 mai 2019), comprenant une anamnèse complète, avec un examen de la recourante, la description des plaintes et d'une journée habituelle de celle-ci, posant des diagnostics clairs et évaluant de façon motivée la capacité de travail de la recourante, l'expertise rhumatologique de la Dresse K_____ du 13 mai 2019, ainsi que son complément du 8 mai 2020, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit accordé une pleine valeur probante, sous réserve de ce qui suit.

L'expertise conclut à une capacité de travail de la recourante, d'une part dans son ancienne activité, qui est nulle du 20 septembre au 31 octobre 2012, de 50 % du 1^{er} au 6 novembre 2012 et nulle dès le 7 novembre 2012 et, d'autre part dans une activité adaptée à son état de santé, qui est de 70 % dès septembre 2013 et de 80 % dès le 30 juin 2017.

Les rapports médicaux des médecins traitants de la recourante et du Dr E_____ ne sont pas à même de mettre en doute les conclusions de l'expertise de la Dresse K_____. Ces rapports, à l'exception de celui du Dr D_____, du 9 juin 2019, et de celui de M. M_____, du 8 août 2019, ont d'ailleurs été établis bien antérieurement à l'expertise de cette dernière.

Le Dr G_____ (avis du 17 février 2014), rapporte une inadéquation du poste de travail comme employée de crèche, ce qui est admis par l'experte. Le Dr D_____ (avis des 19 mai, 20 août 2017 et 9 juin 2019) atteste d'une aggravation de l'atteinte lombaire depuis 2016, confirmée par l'IRM du 9 mai 2019 et de l'exercice effectif par l'assurée d'une activité limitée à un taux de 20 % lors de son placement par l'intimée, mais n'explique pas pour quel motif la recourante serait incapable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à un taux de 70 % ou de 80 %. Enfin, M. M_____ (avis du 8 août 2019) évoque des douleurs persistantes malgré le traitement, mais ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante.

L'avis du SMR du 21 mai 2019 s'écarte de la conclusion de l'expertise de la Dresse K_____, pour retenir une capacité de travail dans une activité adaptée de 80 % dès le 2 juillet 2013 alors que l'experte l'a fixée à 70 % du 1^{er} septembre 2013 au 29 juin 2017 et à 80 % seulement dès le 30 juin 2017. Dans cet avis, le SMR se borne à renvoyer à ses précédents avis de 2013 et 2014, lesquels renaient une capacité de travail de la recourante totale dans toute activité dès le 19 septembre 2013 (avis du 18 novembre 2013), puis totale dans une activité adaptée (avis du 17 février 2014). En revanche, dans son avis du 25 mai 2020, le SMR relève de façon pertinente que la Dresse K_____ n'a pas motivé l'existence d'une capacité de

travail limitée à 70 % du 1^{er} septembre 2013 au 30 juin 2017, soit pendant la période des mesures de réadaptation, en soulignant que le suivi d'une mesure de réadaptation n'est pas, en soi, un élément déterminant pour retenir une diminution de la capacité de travail de la recourante.

A cet égard, la recourante a effectivement suivi un reclassement au cours duquel elle n'a exercé une activité qu'à un taux partiel, soit à environ 50 % (formation CAS et stage EPI), puis à environ 30 % (stage ORIF et chez I_____). La Dresse K_____ relève même que le temps de travail, lors de la reconversion professionnelle, était inférieur, en moyenne de huit heures par semaine (soit un taux de 20 %) ; elle estime cependant que le taux de travail de 30 %, cité comme taux maximum par le Dr D_____, n'est pas expliqué du tout et n'invoque pas que l'activité effectivement exercée par la recourante lors de sa reconversion professionnelle correspondrait au taux maximum exigible. La Dresse K_____ relève par ailleurs que lors de l'examen par le Dr E_____, celui-ci avait préconisé un réentraînement à l'effort et un renforcement de la sangle abdominale et de la musculature lombo-sacrée, reconditionnement qui était exigible (expertise K_____ p. 24, 26 et 27). Elle estime que la recourante aurait pu travailler à un taux de 70 % dès le 1^{er} septembre 2013 et de 80 % dès le 30 juin 2017. Aucun élément médical n'est toutefois avancé par l'experte pour expliquer pour quel motif la capacité de travail de 80 % n'est pas exigible depuis déjà le 1^{er} septembre 2013 et cela nonobstant la demande de précisions du 10 mars 2020 de la chambre de céans, la Dresse K_____ s'étant limitée à répondre qu'elle confirmait une capacité de travail de 70 % (complément d'expertise K_____ du 8 mai 2020). Au vu de ce qui précède, il convient de s'écarter des conclusions de la Dresse K_____ quant à la capacité de travail de la recourante, dans le sens que la recourante est capable, dès le 1^{er} septembre 2013, d'exercer une activité adaptée à un taux de 80 %.

17. La recourante conteste son statut mixte (80 % active et 20 % ménagère), en invoquant le fait que, sans problèmes de dos, elle aurait, pour des raisons financières, continué à travailler à 100 % (procès-verbal d'audience du 30 septembre 2019). La recourante a exercé comme éducatrice de la petite enfance pour B_____, avant d'être mère, à un taux de 100 %, du 16 août 2010 au 31 décembre 2011. Dès le 1^{er} janvier 2012, elle a diminué son taux d'activité à 80 %. Selon un courrier du 24 novembre 2011 de B_____, la demande de diminution du taux d'activité a été formée par la recourante pour des raisons familiales. Entendue en audience, la recourante a confirmé ce fait en déclarant qu'elle avait demandé une diminution de son taux de travail également en raison de la maladie de son père, ce qu'elle a aussi indiqué par courrier à l'intimé le 16 juin 2014. La diminution du taux d'activité de la recourante, depuis le 1^{er} janvier 2012 n'a ainsi pas été motivée officiellement pour des motifs de santé, mais pour des raisons familiales, ce d'autant que la recourante n'a été mise à l'arrêt de travail par son médecin traitant, le Dr D_____, que postérieurement à la diminution de son taux d'activité, soit dès le 20 septembre 2012. Par ailleurs, l'extrait des comptes individuels de la

recourante démontre qu'elle n'a pas exercé d'autres activités à plein temps antérieurement à son engagement auprès de B_____, même s'il est vrai que les années antérieures à son emploi d'éducatrice de la petite enfance ont, en partie, été consacrées à ses études (cf. expertises du Dr E_____ du 5 juillet 2013 et de la Dresse K_____ du 13 mai 2019). Enfin, la recourante n'a pas allégué que, sans ses problèmes familiaux, elle aurait continué d'exercer une activité à 100 % dès le 1^{er} janvier 2012.

Compte tenu de ce qui précède, le statut mixte de la recourante, 80 % active et 20 % ménagère, sera confirmé.

18. a. S'agissant du degré d'invalidité de la recourante, l'intimé a procédé à deux calculs distincts, en application des dispositions du RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, d'une part, et dès le 1^{er} janvier 2018, d'autre part.

L'année de référence, non contestée, est l'année 2013, la recourante ayant présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % dès le 20 septembre 2012.

b. Le revenu sans invalidité a été déterminé par l'intimé le 27 mai 2019, sur la base du revenu annoncé par l'employeur (questionnaires pour l'employeur des 18 mars 2013 et 28 août 2013), soit un montant annuel de CHF 63'635.60 (CHF 4'749.20 par mois x 13 + CHF 158.- x 12).

Le revenu sans invalidité, pour l'activité exercée par la recourante à un taux de 80 %, est ainsi de CHF 63'636.- pour l'année 2013 (soit légèrement supérieur à celui de CHF 63'633.- retenu par l'intimé). Pour un taux de travail de 100 %, il est de CHF 79'545.-.

c. Le revenu d'invalidité a été calculé par l'intimé (évaluation du 27 mai 2019) selon l'ESS « annexée au dossier ». A cet égard, les rubriques de l'ESS 2010 prises en compte par l'intimé le 8 mai 2013 sont : tableau TA1, pour une femme, ligne total, activité de niveau 4, pour un horaire hebdomadaire de travail de 41,6 heures, sans déduction. Cependant, l'année de référence étant l'année 2013, il convient de se fonder sur l'ESS plus récent de 2012, rubriques TA1, femme, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail hebdomadaire (comme l'intimé l'a finalement retenu le 3 juin 2020), soit un revenu mensuel brut de CHF 4'286.76.-. Indexé à l'année 2013 ce revenu est, conformément au calcul de l'intimé, de CHF 51'793.-, soit CHF 41'435.- pour un taux de travail de 80 %.

19. a. Dès le 1^{er} septembre 2013, la capacité de travail de la recourante est de 80 % dans une activité adaptée, de sorte que le revenu d'invalidité est de CHF 41'435.- (et non pas de CHF 51'793.- comme retenu initialement par l'intimé mais corrigé ensuite par celui-ci à CHF 41'435.- sur la base d'un taux de 80 %).

Selon le droit applicable jusqu'au 31 décembre 2017, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, au 1^{er} septembre 2013, est ainsi de :

$$\frac{\text{CHF } 63'636.- - \text{CHF } 41'435.-}{\text{CHF } 63'636.-} = 34,8 \%, \text{ arrondi à } 35 \%$$

Appliqué à la part professionnelle de 80 %, il est de 28 %.

b. Selon le droit applicable dès le 1^{er} janvier 2018, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle est de :

$$\frac{\text{CHF } 79'545.- - \text{CHF } 41'435.-}{\text{CHF } 79'545.-} = 47,9 \%, \text{ arrondi à } 48 \%$$

Appliqué à la part professionnelle de 80 %, il est de 38,4 %, arrondi à 38 %.

20. Selon la décision litigieuse, l'intimé n'a pas déterminé l'empêchement dans le ménage de la recourante par le biais d'une enquête à domicile, au motif que l'éventuel degré d'invalidité en résultant n'aurait pas d'influence sur l'échelle de rente. Or, selon les calculs précités, vu en particulier le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 38 % dès le 1^{er} janvier 2018 (admis par l'intimé), ainsi que l'ouverture du droit à une rente d'invalidité dès que le degré d'invalidité atteint un taux de 40 %, le raisonnement de l'intimé ne peut être suivi et une enquête économique sur le ménage s'avère nécessaire.
21. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour effectuer une telle enquête et rendre une nouvelle décision.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

La recourante qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 27 mai 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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