

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3033/2023

ATAS/208/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mars 2025

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Christine
LUZZATTO, juges assesseures**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1977. Elle s'est mariée en 2000 et a divorcée 2015. Elle est mère d'une fille, née le _____ 2000.
- b.** Elle a suivi une formation d'aide-soignante et a travaillé en tant que telle par le biais de One Placement du 10 février au 1^{er} juillet 2005.
- B.** **a.** Elle a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 22 décembre 2006, suite à une incapacité de travailler depuis le 8 août 2005. Elle souhaitait obtenir une orientation professionnelle rapidement afin de réfléchir à une future nouvelle formation professionnelle.
- b.** Selon un courrier adressé le 21 mars 2007 par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine, à la docteure C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée souffrait d'un trouble développemental traumatique en raison de deux viols subis à l'âge de 13 et 15 ans, du décès par overdose de deux compagnons lorsqu'elle avait 17 ans, d'un abus sexuel incestueux intrafamilial et de l'appartenance à une famille à multiples problèmes. Depuis plusieurs années, l'assurée était en conflit avec le père de sa fille, dont elle assumait seule l'éducation. Il était antillais, âgé de 35 ans et son comportement était passablement dyssocial. L'assurée subissait un harcèlement avec d'importantes menaces physiques et des manipulations majeures et traumatisantes. Elle présentait une émotionnalité labile forte avec une tendance à l'hyperactivité anxieuse dysthymique, à la dispersion de la pensée, une tendance à l'agir, une anxiété avec des attaques de panique et des somatisations multiformes, donc une personnalité de type état limite avec importante impulsivité. Il y avait en outre certainement chez elle une tendance dépressive significative. Elle était en arrêt de travail complet depuis le 8 août 2005. Sa formation scolaire avait été catastrophique au niveau du cycle d'orientation, en raison d'une polytoxicodépendance et s'était terminée en deuxième année de l'ECG, suite aux décès consécutifs de deux compagnons par overdose. Elle avait fait une formation d'aide-soignante d'une année et avait travaillé par l'intermédiaire d'entreprises d'emplois temporaires. Le Dr B_____ demandait à la psychiatre de faire quelques consultations psychiatriques avec l'assurée afin de préciser les diagnostics et lui permettre de faire valoir ses droits auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).
- c.** Le 28 novembre 2007, l'assurée a retiré sa demande de prestation, précisant qu'elle n'avait jamais donné son consentement à la demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) qui avait été fait par le Dr B_____. Son projet était de reprendre une activité professionnelle par le biais d'une formation ou en tant qu'aide-soignante, ce qu'elle avait fait le 3 septembre 2007.

- C.**
- a.** Le 21 avril 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande à l'OAI, en raison de problèmes de dos, qui étaient présents depuis 2013 et qui s'étaient aggravés récemment. Elle indiquait travailler à 80% comme aide en soins pour l'IMAD depuis le 1^{er} août 2008.
 - b.** Le 14 mars 2016, le docteur D_____, du service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé les diagnostics de spondylolisthèse de grade I de L5/S1 sur spondylolyse L5 bilatérale et discopathie dégénérative, sous forme de disque noir, L3-L4 et L4-L5. Il proposait une intervention de fusion L5-S1. L'assurée souffrait de longue date de lombagos chroniques qui étaient dernièrement en ré-exacerbation avec une nette limitation de ses activités sportives et de loisirs. Elle décrivait des douleurs dans le bas du dos qui dépendaient de certains mouvements. Une prise en charge chirurgicale était préconisée.
 - c.** Pour favoriser la reprise d'une activité adaptée, diminuer le stress ressenti et la gestion des symptômes par l'assurée, l'OAI a pris en charge, un programme de Pleine conscience du 1^{er} novembre 2016 au 31 mars 2017.
 - d.** Le 6 janvier 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure de placement à l'essai en qualité d'assistante socio-éducative au E_____ du 23 janvier au 21 juillet 2017. Elle avait droit aux indemnités journalières pendant cette mesure.
 - e.** L'assurée a informé l'OAI le 6 janvier 2017 qu'elle avait dû être hospitalisé en urgence le jour précédent suite à une fracture de la malléole, qui devait être opérée rapidement. Elle ne pouvait en conséquence pas commencé son stage au E_____ le 23 janvier.
 - f.** Selon une note de travail de l'OAI, l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis son intervention chirurgicale du 9 janvier 2017 était très lente. Elle devait marcher avec des béquilles avec une longue période en décharge. Elle avait été fragilisée psychologiquement et s'inquiétait pour son avenir. Sa chute était due à son frère, qui avait des troubles du comportement et qui l'avait poussée violemment. Un stage n'était pas possible pour le moment.
 - g.** Selon une note de travail du 31 mai 2017, l'assurée ne se sentait pas capable de faire un stage au E_____ du fait qu'elle avait beaucoup d'angoisses.
 - h.** Le 30 juin 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée la prise en charge de la suite du programme de Pleine conscience.
 - i.** Dans un courriel du 12 avril 2018, l'assuré a informé l'OAI qu'elle avait trouvé un emploi aux F_____ (ci-après : F_____) en remplacement d'un congé maternité de mars à juillet 2018.
 - j.** Le 18 avril 2018, l'OAI a pris en charge une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation « Oghams » à l'Institut de médecine naturelle du 7 mai au 11 juin 2017.

k. Il ressort d'un rapport de clôture de l'intervention précoce que l'assurée s'était inscrite au chômage à la fin décembre 2017. Elle avait été engagée en qualité d'assistante socio-éducative dans un centre de jour des F_____, pour des activités légères tout-à-fait adaptées. Selon l'avis final SMR, sa capacité de travail était de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dès le 9 décembre 2015 dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité était en conséquence de 15%.

l. Par décision du 4 juin 2018, l'assurée a été informée qu'elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

D. a. Le 16 avril 2021, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations à l'OAI. Elle avait travaillé comme assistante socio-éducative à 80% du 1^{er} novembre 2019 au 31 mars 2021.

b. Une expertise de l'assurée a été effectuée par le docteur G_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la docteure H_____, spécialiste en psychiatrie, à la demande de la Zurich Compagnie d'Assurance SA, lesquels ont rendu leur rapport le 31 août 2021. L'expert G_____ a posé plusieurs diagnostics suite à son examen clinique, en particulier des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire en L5-S1 sur spondylose bilatérale, des cervico-rachialgies bilatérales prédominant à gauche, des gonalgies gauches sur discrets troubles dégénératifs du compartiment fémoro-interne, tatalgie gauche *sine materia* et un status post fracture de la cheville gauche traitée chirurgicalement. L'expert a déterminé la capacité de travail actuelle raisonnablement admissible de l'assurée en rapport avec la profession exercée d'assistante socio-éducative. Il a relevé que selon le descriptif de la formation pour cette activité, l'assistant socio-éducatif accompagnait des enfants, des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap physique ou mental, qui requéraient une aide particulière dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes. Il les aidait à satisfaire leurs besoins ordinaires (alimentation, soins de base, déplacement), les stimulait à développer leurs relations sociales et à améliorer ou maintenir leur autonomie. Ainsi, la profession d'assistante socio-éducative pouvait être admissible pour l'assurée avec une pleine capacité de travail et un rendement complet si la part des soins au patient était réduite à son strict minimum, ce qui n'était manifestement pas le cas lors de son emploi pour la Fondation I_____. On pouvait raisonnablement estimer que si la part de soins directs de nursing aux résidents était de l'ordre de 20% du temps, la capacité de travail admissible de l'assurée était de 100% avec un rendement complet. Cette capacité était valable dès le jour de l'examen. La capacité de travail actuellement raisonnablement admissible dans une activité adaptée était de 100% avec un rendement complet dès le jour de l'expertise. Les limitations fonctionnelles étaient : le port de charges de plus de 10 kg, le besoin d'alterner les positions, pas de travail en porte-à-faux, ni torsion axiale du tronc et en réclinaison, limiter les positions contraintes avec les bras au-dessus de l'horizontale.

L'experte psychiatre a procédé à une anamnèse et à des constats psychopathologiques. Elle a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), en précisant les critères diagnostiques retrouvés chez l'assurée. On pouvait s'attendre à une amélioration notable de la capacité de travail avec une reprise d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. Une évaluation psychiatrique était conseillée afin d'évaluer la possibilité d'introduire un traitement antidépresseur. Le pronostic dépendrait de la prise en charge combinée (psychothérapeutique et pharmacologique). Actuellement, l'expertisée ne se sentait pas capable de reprendre un poste d'aide-soignante, qui comportait des efforts physiques. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 80 à 100% dans l'activité habituelle, avec une diminution de rendement de l'ordre de 50% jusqu'à la rémission complète de la symptomatologie dépressive. Une durée exacte restait difficile à déterminer avec précision, étant donné que l'épisode dépressif de l'assurée n'avait pas encore été traité pharmacologiquement. Avec l'introduction d'un traitement antidépresseur, une reprise complète était préconisée dans l'activité de l'assuré durant les six à huit prochains mois en cas de bonne réponse pharmacologique et psychothérapeutique. L'introduction d'un traitement anxiolytique ou hypnotique était également envisageable pour diminuer l'insomnie, réduire la fatigue diurne et éviter des complications psychiques en lien avec la privation de sommeil. Les limitations fonctionnelles étaient : fatigue, épuisement, ralentissement psychomoteur, manque de motivation, insomnies et douleurs chroniques.

Actuellement, la maladie n'était pas stabilisée et l'assurée présentait des limitations fonctionnelles importantes. La reprise de travail serait graduelle durant les six mois après la stabilisation clinique et la rémission complète de la symptomatologie dépressive. En attendant la rémission complète, un poste plus adapté était souhaitable pour garantir la stabilisation et éviter une dégradation de l'état psychique. L'activité adaptée devait permettre un aménagement des horaires et des temps de pause et ne pas comporter des situations de stress ou d'efforts physiques importants. Sous autres remarques, l'experte a indiqué que la plupart des épisodes dépressifs durait moins de six mois. Lors du traitement, on assistait à une rémission, c'est-à-dire à la disparition progressive des symptômes jusqu'à la guérison (disparition complète des symptômes pendant plus de six mois). Cependant, sans une prise en charge adéquate, la maladie pouvait aller de quelques semaines à plusieurs mois, voire plusieurs années.

c. Le 7 avril 2022, l'office cantonal de l'emploi a informé l'OAI que l'assurée avait eu droit aux indemnités du chômage du 16 janvier 2018 au 15 janvier 2022 puis du 1^{er} mars 2022 au 29 février 2024. Elle recherchait une activité à 80%. Elle n'avait pas touché de PCM durant le délai cadre actuel. Elle avait eu des cours de coaching du 12 avril au 12 juillet 2022.

d. Dans un avis du 16 septembre 2022, le SMR a retenu qu'il y avait une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision au fond dès

le 18 septembre 2020, puis une amélioration dès le 10 août 2021. L'atteinte principale était un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et les autres atteintes étaient les atteintes somatiques décrites par l'expert. L'assurée avait été incapable de travailler dans son activité d'assistante socio-éducative à 100% dès le 18 septembre 2020, 50% dès le 10 août 2021 et 0% dès le 11 février 2022. Dans une activité adaptée, la situation était la même, car l'activité habituelle était une activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation était le 10 août 2021 à 50 % et le 11 février 2022 à 100%.

e. Le 28 septembre 2022, l'OAI a établi un mandat d'enquête ménagère.

f. Dans une note du même jour, il a estimé que l'assurée avait un statut mixte 80% - 20%.

g. Selon une note de travail du 7 novembre 2022, faisant suite au mandat d'enquête ménagère, au délai de carence, l'assurée pouvait mettre à profit une capacité de travail à 50%, puis à 100% quelques mois plus tard. Dans ces conditions, il y avait lieu de considérer que les empêchements dans le ménage étaient nuls. Cela s'expliquait par les limitations fonctionnelles énoncées, l'évolution de la capacité de travail, l'exigibilité des membres de la famille et le fait qu'aucun rendement n'était exigé dans le cadre privé et que les tâches ménagères pouvaient être réparties et/ou fractionnés différemment.

h. Par projet de décision du 5 décembre 2022, l'OAI a accordé à l'assurée un quart de rente du 1^{er} octobre 2021 au 31 mai 2022, retenant une incapacité de travail de 100% dès le 18 septembre 2020 et une incapacité de 50% dès le 1^{er} août 2021. Son degré d'invalidité était de 40%, ce qui lui ouvrait un droit à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2021. Sa demande de prestations ayant toutefois été déposée le 16 avril 2021, la rente ne pourrait lui être versée que dès le 1^{er} octobre 2021. Par la suite, son état de santé s'était amélioré et elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 11 février 2022. Le changement était déterminant lorsqu'il avait duré trois mois, soit le 11 mai 2022. Dès lors à partir de cette date, son invalidité devait être considérée comme nulle et la rente supprimée au 31 mai 2022.

i. L'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI, faisant valoir qu'elle avait dû être opérée en février 2022 pour un fibrome utérin et qu'en été 2022, elle avait consulté la docteure J_____ suite à des blocages de cheville répétés depuis huit mois. Un diagnostic de lésion ostéochondrale du dôme astragalien avait été posé. Elle était en outresuivie par Madame K_____, psychologue.

L'assurée transmettait à l'OAI transmettant notamment des rapports établis par la docteure L_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne les 17 juin 2022 et 18 novembre 2022.

Dans son rapport du 17 juin 2022, la Dre L_____ indiquait qu'en raison de ses problèmes de dos, l'assurée ne pouvait plus effectuer de travaux lourds et son

activité d'assistante socio-éducative. Dans une activité adaptée la capacité de travail était de 100% mais avec un rendement diminué de 20 à 30% minimums en raison des limitations. L'assurée était très limitée dans le port de charges, les positions assises ou debout prolongée, les travaux lourds et les travaux en positions penchées en avant.

j. Par décision du 17 août 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que les dernières pièces médicales transmises n'étaient pas de nature à modifier ses précédentes conclusions.

E. a. Le 20 septembre 2023, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant à son annulation, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée ainsi qu'une expertise ergothérapeutique aux fins de définir les limitations dont elle souffrait et leur impact dans sa sphère ménagère. Principalement, elle concluait à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps, avec suite de frais et dépens.

À l'appui de son recours, la recourante a produit des rapports établis les 7 décembre 2022 et 5 septembre 2023 par la Dre J_____.

b. Par décision du 26 septembre 2023, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 15 septembre 2023 pour douze heures d'activité d'avocat et le conseil de l'assuré commis à cette fin.

c. Le 13 octobre 2023, la recourante a transmis à la chambre de céans une IRM du 25 septembre 2023 ainsi qu'un protocole d'information relatif à une intervention chirurgicale qui se pratiquerait le 14 décembre suivant.

d. Par réponse du 19 octobre 2023, l'intimé a considéré que l'expertise bidisciplinaire remplissait tous les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une valeur probante. Il avait soumis les pièces médicales produites dans le cadre du recours au SMR, lequel s'était déterminé le 19 octobre 2023. Il en ressortait principalement qu'il convenait de retenir une baisse de rendement de 20% sur la capacité de travail de 100% dès le mois de mai 2022 afin de tenir compte des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, de la cheville et du genou gauches. Par conséquent, la décision devait être modifiée dans ce sens. L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires était inutile.

e. Le 13 novembre 2023, la recourante a persisté dans ses conclusions.

f. Le 8 mai 2024, la recourante a été entendue par la chambre de céans.

g. Le 26 septembre 2024, la chambre de céans a demandé à la Dre H_____ de préciser ses conclusions sur la capacité de travail de l'assurée et de préciser quelle était sa capacité de travail dans son activité habituelle au moment de l'expertise et comment cette capacité à évoluer depuis le 18 septembre 2020 et quelle était au

moment de l'expertise sa capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles d'un point de vue purement psychiatrique.

h. Le 10 octobre 2024, la Dre H_____ a répondu, notamment, qu'on pouvait admettre que durant la période de novembre 2019 à septembre 2020, l'assurée avait travaillé au-dessus de ses forces, ce qui avait mené au diagnostic actuel d'état dépressif d'intensité moyenne. La situation avait évolué défavorablement avec l'apparition du trouble et des limitations psychiatriques, soit une perte de motivation, une insomnie et une fatigue. Ces éléments permettaient de retenir l'installation de la dépression avec limitation du fonctionnement de l'assurée, soit une baisse de rendement de l'ordre de 50% depuis septembre 2020, telle qu'évaluée au jour de l'expertise. Aucun élément ne permettait de suggérer une amélioration de la situation depuis lors, notamment l'absence de suivi et de traitement *lege artis*.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait une capacité d'endurance au moment de l'expertise d'environ 50%, dans une activité adaptée comprenant un aménagement des horaires et des temps de pause, diminuant les situations de stress ainsi que les efforts physiques importants. Toutefois, l'experte avait préconisé une reprise de travail complète et graduelle durant les premiers six mois après la stabilisation clinique attendue si un traitement pharmacologique adapté était accepté par l'expertisée. En cas de rémission complète de la symptomatologie dépressive, elle avait préconisé une reprise à 100% dans une activité adaptée.

i. Le 5 novembre 2024, l'intimé a indiqué à la chambre de céans avoir soumis le rapport de la Dre H_____ du 10 octobre 2024 au SMR, lequel s'était déterminé dans un avis du 31 octobre 2024 auquel il se ralliait intégralement.

Il ressortait principalement dudit avis que cette nouvelle pièce médicale n'apportait pas de nouvel élément médical objectif permettant de modifier l'appréciation du cas du SMR. En conséquence l'intimé maintenait ses conclusions.

j. Le 15 novembre 2024, la recourante a relevé que l'experte décrivait un poste adapté aux limitations de la recourante, qui comprendrait un aménagement des horaires et des temps de pause de sorte à diminuer les situations de stress ainsi que les efforts physiques importants. Cette description ne correspondait pas à l'activité habituelle, qui n'était plus exigible.

Au moment de son examen clinique de la recourante, l'experte pronostiquait une potentielle reprise d'activité progressive. Dans son dernier rapport, elle avait précisé que cette amélioration de la situation ne s'était jamais produite et qu'il n'existait pas d'élément en ce sens.

Aussi, en raison des seules limitations psychiques, la recourante était incapable de travailler à 50% dans toute activité.

Ces limitations s'ajoutaient à celles qui découlait des atteintes somatiques dont elle souffrait, qui réduisaient sa capacité de travail d'environ 40%.

Les effets conjugués des différentes atteintes n'avaient pas été examinés par l'autorité inférieure, de sorte que l'instruction devait être poursuivie.

À défaut et jusqu'à preuve du contraire, on devait considérer que les limitations somatiques et psychiques s'ajoutaient, rendant nulle sa capacité de travail dans toute activité.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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.

1.2 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.

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2021.

3.

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

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

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit est né antérieurement à cette date, de sorte

que les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3.2 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).

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).

Dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (cf. art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

3.3 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 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 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 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

3.4 Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une

limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient également 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

La reconnaissance d'un trouble psychique doit reposer sur le diagnostic posé par un psychiatre (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence relative à l'établissement de la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique les indicateurs suivants, qui s'appliquent également pour déterminer la capacité de travail exigible des personnes souffrant de troubles psychiques :

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive

l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

3.5 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un

jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par

conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

3.6 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).

3.7 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).

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Pour une nettoyeuse professionnelle, elle s'évalue donc au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité

d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1er LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

4.

4.1

4.1.1 En l'espèce, la chambre de céans retient que l'expertise du CEML répond, globalement, aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et ce, quand bien même elle ne contient pas de conclusions consensuelles des experts, ce qui ne suffit pas à leur nier cette valeur (ATF 143 V 124 consid. 2).

4.1.2 La recourante a fait valoir que l'intimé avait fondé ses conclusions sur un rapport du CEML du 31 août 2021, qui n'avait pas été sollicité par celui-ci. Ce rapport avait été établi antérieurement dans un contexte différent (assurance perte de gain maladie) aux fins de répondre aux questions spécifiques posées par l'assureur concerné. Partant, ce document ne pouvait être assimilé à un rapport d'expertise établi par l'intimé. Tout au plus, il s'agissait d'un rapport parmi d'autres dont la valeur probante dépendait exclusivement de son contenu.

En l'occurrence, l'expertise du CEML répond aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Le fait qu'elle n'ait pas été ordonnée par l'intimé n'est pas déterminant pour autant qu'elle permette de trancher les questions relatives aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier les diagnostics et la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

4.1.3 La recourante a fait valoir que les diagnostics posés par le Dr G_____ différaient de ceux posés par les médecins ayant examiné le dossier précédemment, en ce sens qu'ils étaient essentiellement descriptifs de ses plaintes.

La chambre de céans constate que l'expert a pris en compte les diagnostics posés par les médecins traitants de la recourante qu'il a mentionnés dans le cadre des plaintes de celle-ci. Il lui appartenait toutefois de procéder à sa propre analyse, laquelle ne s'éloigne pas de manière importante de celle des médecins traitants, puisqu'il a conclu que les diagnostics retenus avaient pour conséquence des limitations fonctionnelles importantes, qui empêchaient totalement la dernière activité professionnelle de la recourante pour la Fondation I_____.

L'expert G_____ a retenu comme limitations : le port de charges de plus de 10 kg, le besoin d'alterner les positions, le travail en porte-à-faux, la torsion axiale du tronc et en réclinaison et les positions contraintes avec les bras au-dessus de l'horizontal.

Il faut relever que ces limitations ne sont guère éloignées de celles décrites par la recourante à l'expert, à savoir le port de charge limité à 5 kg, les stations debout immobile et assise plus 20 minutes, la marche plus de deux heures, les escaliers et la difficulté d'être à genoux.

Dans son rapport du 17 juin 2022, la Dre L_____ ne critique pas les diagnostics retenus par l'expert et confirme au contraire ses conclusions, en indiquant qu'en raison de ses problèmes de dos, la recourante ne pouvait plus effectuer de travaux lourds et son activité d'assistante socio-éducative, précisant qu'elle était très limitée dans le port de charges, les positions assises ou debout prolongée, les travaux lourds et les travaux en positions penchées en avant.

Les diagnostics retenus par le Dr G_____ ne sont ainsi pas sérieusement remis en cause par la recourante.

4.1.4 La recourante estime que l'appréciation du Dr G_____ ne pouvait être suivie, dès lors qu'il n'avait pas procédé à l'analyse du cas sur la base de ses propres observations et que celles-ci ne concordaient pas avec les plaintes de la recourante. Le Dr G_____ en attribuait une part non négligeable à des phénomènes d'exagération. Il y avait un défaut de motivation, les prétendus éléments d'exagération n'étant même pas décrits.

La chambre de céans constate que le Dr G_____ a admis principalement que la recourante souffrait d'atteintes somatiques. Il a toutefois relevé que l'examen clinique avait mis en évidence deux signes sur cinq de Waddel et qu'il existait une part non négligeable d'exagération des symptômes et de leur intensité, car la grande majorité des constatations objectives était rassurante quant à l'absence de pathologie évolutive. Cette motivation est suffisante pour expliquer les éléments d'exagération évoqués par l'expert, lesquels ne sont pas déterminants en l'espèce, la capacité de travail étant fixée sur la base des atteintes somatiques objectives de la recourante.

4.1.5 L'on peut en revanche reprocher à l'expert ne pas avoir retenu l'atteinte au genou de la recourante, ni une baisse de rendement, ce que l'intimé a admis, sur la base d'un avis du SMR du 19 octobre 2023, considérant qu'il convenait de retenir

une baisse de rendement de 20% sur la capacité de travail de 100% dès le mois de mai 2022, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, de la cheville et du genou gauches et que la décision devait être modifiée dans ce sens.

4.1.6 La recourante invoque que les phénomènes algiques qu'elle rapportait étaient expliqués par les atteintes organiques diagnostiquées par ses médecins et qui avaient été ignorées par le Dr G_____, qui était le seul à ne pas considérer que les douleurs de la recourante n'avaient pas de base organique.

Dans la mesure où cet expert a retenu des atteintes somatiques incapacitantes, il est erroné de soutenir qu'il estimait que les douleurs de la recourante n'avaient pas de base organique. Le fait que les médecins traitants de la recourante n'aient pas la même appréciation que le Dr G_____, ce qui pourrait s'expliquer par le rapport particulier qui le lie à la recourante, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expert.

4.1.7 La recourante a fait valoir que la Dre H_____ avait retenu qu'elle avait été collaborative et que sa compliance avait été excellente. Elle n'avait pas mis en évidence, au cours de l'évaluation, d'incohérence ou de contradiction entre ses plaintes, les données de la vie quotidienne, les constatations objectives, ni les éléments anamnestiques recueillis auprès des rapports de ses médecins traitants. Pour cette raison encore l'avis du Dr G_____, en particulier concernant les limitations retenues, devait être ignoré.

Ce grief doit être écarté, dès lors que l'analyse de la Dre H_____ ne concernait que son propre domaine de compétence et pas celui du Dr G_____. Seul celui-ci était compétent pour fixer les limitations fonctionnelles liées aux diagnostics somatiques posés. De plus, ses conclusions à ce sujet sont convaincantes, étant rappelé qu'il retenait que l'activité précédente de la recourante pour la Fondation I_____ ne pouvait plus être exigée, car elle était trop physique.

4.1.8 La recourante a fait valoir qu'il y avait lieu de retenir qu'elle avait une capacité de travail, en raison de ses atteintes psychiques, limitée à 80% environ, avec un rendement de 50% dans une activité adaptée au moment de l'expertise, sur la base des conclusions de la Dre H_____, qui pronostiquait une rémission complète de l'atteinte après stabilisation clinique et mise en place d'un traitement antidépresseur bien supporté, à six mois.

Le 10 octobre 2024, l'experte psychiatre a précisé qu'il y avait lieu de retenir que la recourante souffrait d'une dépression qui limitait son fonctionnement avec une baisse de rendement de l'ordre de 50% depuis septembre 2020, telle qu'évaluée au jour de l'expertise, et qu'aucun élément ne permettait de suggérer une amélioration de la situation depuis lors, notamment l'absence de suivi et de traitement *lege artis*.

Il convient ainsi d'admettre avec la recourante que l'intimé ne pouvait pas retenir une capacité de travail complète sur le plan psychiatrique au moment de

l'expertise et de retenir que sa capacité de travail était encore de 50% dans une activité strictement adaptée, sur la base des rapports de l'experte.

4.1.9 Cette évaluation de la capacité de travail de l'experte prend en compte, même si l'experte ne le précise pas expressément, les indicateurs d'exigibilité développés par le Tribunal fédéral. Elle a en effet relevé que la symptomatologie était dominée par une tristesse et une anxiété de la recourante qui touchaient aussi bien la sphère professionnelle que privée. Celle-ci exprimait un important manque de motivation et d'énergie. La gravité de l'atteinte était toutefois limitée, dès lors que l'experte mentionnait que la concentration et l'attention de la recourante étaient préservées pendant tout leur entretien, avec seulement un léger ralentissement psychomoteur et une latence des réponses. La recourante avait en outre nié des projets suicidaires qu'elle aurait présentés dans le passé. Elle signalait des épisodes fréquents d'angoisse pendant la nuit. S'agissant de ses ressources, l'experte a pris en compte le fait que la recourante avait diminué ses activités sportives et de loisirs et qu'elle mentionnait une perte considérable de ses intérêts ainsi qu'un isolement social important. Elle gardait toutefois des contacts sporadiques avec quelques ex-collègues, restait autonome et était capable de faire ses courses, cuisiner et faire le ménage. La recourante suivait des thérapies alternatives avec l'objectif d'améliorer sa perte d'élan vital et sa prise pondérale. Elle avait un suivi psychothérapeutique avec une psychologue une fois par semaine. Le fait qu'elle résistait à l'introduction d'un psychotrope et préférait une approche thérapeutique de médecine complémentaire (acupuncture, naturopathie, homéopathie) relativise l'intensité de l'atteinte psychique dont elle souffre. Les conclusions de l'experte sur la capacité de travail apparaissent ainsi cohérentes par rapport à l'analyse des indicateurs d'exigibilité, qui attestent d'une capacité de travail moyennement réduite.

4.1.10 Contrairement à ce que fait valoir la recourante les baisses de rendement retenues sur les plans somatique et psychiatrique ne s'additionnent pas, car les pauses sur le plan psychiatrique lui permettent de se reposer également sur le plan physique.

4.1.11 En conclusion, il convient de retenir que l'expertise du CEML est probante.

4.2 Une enquête ménagère ne s'impose pas en l'espèce, compte tenu de la capacité de travail de la recourante de 50%, étant relevé que l'experte psychiatre a mentionné qu'elle effectuait la plupart des tâches ménagères et qu'il peut être attendu d'elle qu'elle les fractionne de pauses.

4.3 La recourante ne conteste pas le statut mixte retenu par l'intimé, relevant qu'elle que c'était un vrai choix de travailler à 80%.

4.3.1 La recourante a encore allégué que sa situation n'était pas encore stabilisée en lien avec le fibrome utérin opéré en février 2022, des investigations étant en cours à ce sujet. Elle a déclaré à la chambre de céans le 8 mai 2024 qu'elle venait

d'être opérée d'une hystérectomie en janvier 2024, ce qui avait eu un impact pour elle en raison de son passé notamment car c'était un organe symbolique. Cette opération l'avait éprouvée et elle était un peu anémiée et donc plus fatiguée qu'avant.

La recourante a produit un rapport relatif à cette opération du 9 octobre 2023, dont il ne ressort pas que les conséquences de cette dernière auraient un impact sur sa capacité de travail à long terme.

La chambre de céans retient sur la base des déclarations de la recourante et du rapport médical produit qu'il ne se justifie pas de faire procéder à un complément d'instruction à ce sujet.

4.4 Sur la base de l'expertise du CEML, il y a lieu de retenir que l'intimé ne pouvait retenir comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail au 11 février 2022.

La décision querellée doit donc être réformée dans le sens que la recourante a droit à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2021, sans interruption au 31 mai 2022.

5. Le recours est ainsi partiellement admis.

En conséquence, la recourante, qui est assisté d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

Les frais de la procédure liés au rapport complémentaire de l'experte psychiatre seront laissés à la charge de l'État.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 17 août 2023, dans le sens que la recourante a droit à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2021, sans interruption au 31 mai 2022.
4. Alloue à la recourante CHF 2'500.- à titre de dépens à la charge de l'intimé.
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

Catherine TAPPONNIER

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