

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3184/2025

ATAS/260/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 mars 2026

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1973, originaire de Tunisie, citoyenne suisse depuis le _____ 2020, divorcée, mère d'un enfant née en 2002, titulaire d'une licence ès lettres de l'Université de Genève et une maîtrise universitaire spécialisée en enseignement secondaire, a exercé une activité d'enseignante (maitresse d'enseignement général) depuis 2006.

b. Le 28 août 2023, elle a présenté une incapacité de travail de 50%, puis de 100% dès le 30 octobre 2023, attestée par son médecin-traitant, le docteur B_____, spécialiste en médecine interne.

c. Le 9 juin 2024, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité.

B. a. Le 20 juin 2024, la docteure C_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a rempli un rapport médical AI, en indiquant un diagnostic de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, actuellement totalement incapacitant, en raison d'une asthénie, de douleurs, de trouble de la concentration et de la mémoire

b. À la demande de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), le BUREAU D'EXPERTISES MÉDICALES (ci-après : BEM – docteurs D_____, spécialiste en rhumatologie, et E_____, spécialiste en psychiatrie) a rendu un rapport d'expertise bidisciplinaire le 28 janvier 2025 (examens des 2 décembre 2024 et 9 janvier 2025).

Les experts ont conclu à un diagnostic au plan somatique de fibromyalgie et au plan psychique de syndrome douloureux somatoforme persistant et épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique. La capacité de travail était de 70% depuis décembre 2023, tant du point de vue somatique que psychique.

c. À la demande du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le Dr B_____ a rendu un rapport le 20 février 2025. La capacité de travail de l'assurée était nulle en raison de l'intensité des douleurs, imprévisibles d'un jour à l'autre. Elle avait été hospitalisée à la clinique F_____ du 15 au 24 janvier 2025.

Il a joint la lettre de sortie de celle-ci du 3 février 2025, indiquant une hospitalisation pour une décompensation anxieuse et dépressive sur fond d'épuisement psychique prolongé. Le diagnostic posé principalement était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de dépression sévère, sans symptômes psychotiques.

d. À la demande du SMR, le BEM a rendu le 15 avril 2025 un complément d'expertise.

Le Dr D_____ a indiqué que la capacité de travail était nulle du 24 août au 30 novembre 2023 et de 70% dans l'activité habituelle dès décembre 2023.

Le Dr E_____ a indiqué que la capacité de travail était impactée seulement depuis décembre 2023.

L'activité d'enseignante respectait les limitations fonctionnelles d'une activité sans gestion d'émotions et de stress, pas de traitement d'informations simultanées et pas de prise de décision immédiate. Toutefois, si l'enseignement nécessitait une adaptation constante, avec de grandes sollicitations d'un point de vue intellectuel et en termes de concentration, elle n'était pas une activité adaptée.

e. Le 29 avril 2025, le SMR a retenu une capacité de travail de 70% dans toute activité dès le 1^{er} décembre 2023, pour autant que l'activité habituelle de l'assurée respecte les limitations fonctionnelles.

f. Par projet de décision du 19 juin 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en considérant que le degré d'invalidité correspondait à la baisse de rendement de 30%, degré insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Une mesure d'ordre professionnel n'était pas de nature à sauvegarder ou améliorer la capacité de gain.

g. Le 25 juin 2025, l'assurée s'est opposée au projet précité.

h. Par décision du 29 août 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

Le 9 juillet 2025, le docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport critiquant plusieurs points de l'expertise du Dr E_____. Celle-ci comportait des erreurs et des incohérences. La journée type décrite était incompatible avec une capacité de travail de 70%. L'expert relevait que l'assurée avait un bon contact avec les autres car elle travaillait avec les autres, alors que justement elle ne travaillait pas. Elle ne pouvait donc pas respecter de hiérarchie. Elle était limitée pour les activités spontanées mais pas dans un travail et elle était isolée mais ne souffrait pas de solitude, ce qui était incohérent. Les idées suicidaires étaient indiquées parfois comme évasives, parfois comme absentes. On ne comprenait pas, vu le suivi de l'assurée, pourquoi elle avait du mal à admettre que ses problèmes avaient une base psychologique. L'ajustement du traitement qu'il proposait était erroné, l'assurée ayant testé plusieurs traitements antidépresseurs.

Le Dr G_____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen avec une capacité de travail nulle comme enseignante et de 50% dans une activité adaptée (simple intellectuellement, sans administratif, sans relation avec la clientèle et adaptée d'un point de vue somatique) depuis août 2023 à mi-janvier 2025. Au-delà, la capacité de travail était nulle en raison d'un trouble dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques.

- C.** **a.** Le 16 septembre 2025, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision du 29 août 2025, en relevant que le rapport du Dr G_____ du 9 juillet 2025 n'avait pas été pris en compte.

Elle a communiqué :

- Un avis médical du 11 juin 2025 de la Dre H_____, médecin du travail de l'Office du personnel de l'État, selon lequel l'assurée ne présentait aucune capacité de travail à court et moyen terme, dans toute activité ;
- Une lettre de sortie de la Clinique F_____ du 18 juin 2025, attestant d'un séjour du 24 mai 2025 au 13 juin 2025 pour une décompensation anxieuse et dépressive sur fond d'épuisement psychique prolongé. Le diagnostic posé était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

b. Le 14 octobre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que le rapport d'expertise du BEM était probant. Il s'est rallié à un avis du SMR du 9 octobre 2025 selon lequel ni le rapport du Dr G_____ du 9 juillet 2025 ni celui de la Dre H_____ du 11 août 2025 ne remettaient en cause son appréciation.

c. Le 5 novembre 2025, la recourante a communiqué un rapport du Dr G_____ du 5 novembre 2025, critiquant l'avis du SMR du 9 octobre 2025 et retenant une capacité de travail de 50% depuis novembre 2025.

d. Le 15 décembre 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

e. Le 7 janvier 2026, le service de la réadaptation a estimé que les conditions objectives et subjectives n'étaient pas remplies pour des mesures de réadaptation. L'activité habituelle d'enseignante n'était pas exigible. Le degré d'invalidité était de 68% (revenu avec invalidité fondé sur l'ESS 2022, TA1, femme, total, niveau de compétence 2, pour 41,7 heures de travail par semaine, avec une réduction de 10%, pour un taux d'activité à 70%, indexé à 2025, et revenu sans invalidité de CHF 133'241.-, soit un salaire correspondant à la classe 20, annuité 10).

f. Le 12 janvier 2026, le SMR a maintenu son appréciation, en retenant une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée. Selon le service de réadaptation, l'activité habituelle n'était pas adaptée. Le Dr G_____ indiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, alors qu'il retenait paradoxalement une capacité de travail de 50% dès novembre 2025, ce qui était incompatible avec un tel diagnostic.

g. Le 12 janvier 2026, l'OAI a conclu à l'octroi d'une rente de 68% d'une rente entière dès le mois de décembre 2024.

h. Le 2 février 2026, la recourante a contesté une capacité de travail de 70% et relevé que le SMR n'était pas du même avis que le service de réadaptation qui considérait que l'activité habituelle n'était plus exigible. Sa capacité de travail n'était que de 50%.

Elle a communiqué un rapport du Dr G_____ du 30 janvier 2026. Celui-ci y relève qu'il avait indiqué que le trouble dépressif sévère avait existé dans le passé et était devenu moyen avec syndrome somatique en novembre 2025. Il existait

une discordance entre le service de réadaptation et l'expertise psychiatrique au sujet de l'exigibilité de l'activité antérieure. La capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

1.3 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, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2024, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante a une rente d'invalidité supérieure à un 68% d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 2024, l'intimé ayant reconnu ce droit dans son écriture du 12 janvier 2026.

3.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des

possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

3.2 La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3.3 En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47,5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (*cf.* art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

3.4 Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

4.

4.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on

peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

4.2 Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAD).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif), *ad* art. 49 al. 1^{bis}, p. 60].

4.3 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.

4.4 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 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

4.5 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 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (*cf.* art. 49 al. 2 RAI) mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

4.6 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 ; 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).

4.7 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 n. 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 distincte. 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_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

5.

5.1 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder

d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (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).

6. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du BEM du 28 janvier 2025 et l'avis subséquent du SMR du 29 avril 2025 pour retenir une capacité de travail de la recourante de 70% dès le 1^{er} décembre 2023, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (fatigue, fatigabilité, nécessité d'une activité sollicitante d'un point de vue intellectuelle pour éviter de se fixer sur les douleurs, activité sans gestion d'émotions et de stress, pas de traitement d'informations simultanées et pas de prise de décision immédiate). L'activité habituelle était considérée comme une activité adaptée pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles.

En cours de procédure, l'intimé a sollicité son service de réadaptation, lequel a estimé, le 7 janvier 2026, que l'activité habituelle d'enseignante n'était pas adaptée ; le degré d'invalidité était finalement de 68%, de sorte que l'intimé a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 68% d'une rente entière d'invalidité, depuis le 1^{er} décembre 2024.

La recourante fait valoir que sa capacité de travail n'est que de 50%, en se référant à l'avis de son psychiatre traitant, le Dr G _____, et à celui du Dr B _____.

6.1 La chambre de céans constate que le volet rhumatologique de l'expertise du BEM n'est pas spécifiquement contesté et peut être confirmé.

6.2 S'agissant de l'expertise psychiatrique, fondée sur les éléments du dossier, comprenant la description des plaintes de la recourante, une anamnèse complète, des constatations objectives, posant des diagnostics clairs et procédant à une évaluation convaincante de la capacité de travail, au moyen des indicateurs de gravité, le rapport d'expertise du Dr E _____, comprenant le complément du 15 avril 2025, respecte les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

La recourante présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant et un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, avec des limitations fonctionnelles liées à une activité sans gestion d'émotions et de stress, sans traitement d'informations simultanées et sans prise de décision immédiate. L'activité habituelle d'enseignante était considérée comme adaptée, mais pas si elle nécessitait une adaptation constante, sollicitait beaucoup la recourante d'un point de vue intellectuel et en termes de concentration. Dans cette hypothèse, la

capacité de travail comme enseignante serait alors nulle (complément d'expertise du 15 avril 2025).

Le Dr G_____ a contesté les conclusions du rapport d'expertise du Dr E_____ et le Dr B_____ s'est prononcé, antérieurement à l'expertise, dans un sens différent de celle-ci.

6.2.1 Le Dr B_____ a ainsi confirmé le 20 février 2025 que la capacité de travail de la recourante était nulle en raison d'une fibromyalgie et d'un état dépressif. Elle ne pouvait répondre aux exigences de son travail ou de toute autre activité professionnelle.

L'incapacité de travail totale dans l'activité d'enseignante, telle que motivée par le Dr B_____, a finalement été reconnue par l'intimé, de sorte que cette question n'est plus litigieuse. S'agissant de l'incapacité de travail dans toute autre activité professionnelle, elle est insuffisamment motivée par le Dr B_____ pour mettre en doute celle retenue par les experts du BEM, de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

6.2.2 Quant au Dr G_____, il s'est prononcé sur l'expertise du Dr E_____ dans des rapports des 9 juillet 2025, 5 novembre 2025 et 30 janvier 2026.

6.2.2.1. Il relève le 9 juillet 2025 que l'expert indique à tort que la recourante n'a pas été suivie par un psychologue ou un psychiatre depuis 2010 ou 2011 (expertise du BEM, p. 23), alors que le résumé des pièces médicales mentionne que la recourante est suivie par une psychologue et par le Dr G_____ (expertise du BEM, p. 11). L'expert excluait un trouble dépressif récurrent alors même qu'il mentionnait un suivi en 2010-2011, sans investiguer les atteintes survenues à cette époque (arrêt maladie, traitement médicamenteux, durée des troubles). La capacité de travail de 70% comme enseignante n'était pas imaginable compte tenu de la journée-type décrite. L'appréciation des capacités, ressources et difficultés comprenait des incohérences. L'expert mentionnait que la recourante avait du mal à admettre que ses problèmes avaient une base psychiatrique, alors même qu'elle était suivie par une psychologue, un psychiatre et prenait un traitement d'antidépresseurs. Les mesures médicales proposées étaient fausses car la recourante avait tenté plusieurs traitements antidépresseur, avait été hospitalisée à deux reprises en 2025, avait un suivi psychiatrique et psychothérapeutique et acceptait les soins. La capacité de travail était nulle comme enseignante et de 50% dans une activité adaptée, simple intellectuellement, sans administratif, sans relation avec la clientèle et adaptée d'un point de vue somatique, d'août 2023 à mi-janvier 2025. La capacité de travail était nulle depuis mi-janvier 2025, avec un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques.

Le 5 novembre 2025, le Dr G_____ a repris ses précédentes critiques et relevé que le trouble dépressif avait été retenu lors d'une hospitalisation psychiatrique. On peinait à comprendre si la Mini-CIF se référait au présent ou au passé. Le trouble dépressif traité par un antidépresseur n'était pas pris en compte. Le trouble

dépressif n'était pas résistant mais cela ne voulait pas dire qu'il n'était pas incapacitant. Depuis le 1^{er} novembre 2025, la capacité de travail était de 50%. La clinique F_____ avait décrit le *status* clinique et constaté un trouble dépressif récurrent sévère, et non pas moyen comme relevé par le SMR.

Le 30 janvier 2026, le Dr G_____ a enfin relevé qu'il avait indiqué un trouble dépressif initialement sévère, qui était devenu moyen en novembre 2025. Il existait une discordance entre le service de réadaptation et le SMR quant à l'exigibilité de l'activité habituelle.

6.2.2.2. Les critiques précitées du Dr G_____, dont certaines sont pertinentes, ne permettent toutefois pas de mettre en doute les conclusions du rapport d'expertise du Dr E_____ et celles du SMR du 12 janvier 2026, soit une capacité de travail nulle comme enseignante et de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis le 1^{er} décembre 2023.

En premier lieu, le Dr G_____ souligne de façon pertinente que l'expertise psychiatrique contient une contradiction, dès lors qu'il est mentionné, d'une part, que la recourante voit une fois par semaine sa psychologue I_____ et tous les quinze jours le Dr G_____ (expertise, p. 11) et qu'elle devrait être suivie par un psychiatre de façon hebdomadaire car le traitement était essentiellement psychothérapeutique (expertise, p. 23), d'autre part, que depuis 2010 ou 2011 elle n'a pas été suivie par un psychologue ou un psychiatre et qu'elle devrait bénéficier d'une psychothérapie (expertise, p. 23).

Cependant, cette erreur n'a pas d'incidence directe sur l'évaluation du diagnostic et de la capacité de travail de la recourante, dès lors qu'il a été finalement retenu une capacité de travail de 70% et que le pronostic d'une capacité de travail possible à un taux de 100%, d'ici à six mois, moyennant la mise en place d'une psychothérapie de façon hebdomadaire a été écarté (expertise, p. 26).

Ensuite, la présence d'un trouble dépressif récurrent au lieu d'un épisode dépressif isolé, au motif qu'un suivi psychothérapeutique avait déjà eu lieu en 2010-2011, ne permet pas non plus de considérer que les limitations fonctionnelles seraient plus importantes que celles retenues par l'expert, ce que le Dr G_____ n'allègue d'ailleurs pas.

Quant à la description de la journée-type de la recourante, même si elle met en avant d'importantes limitations, relevées par le Dr G_____, elle ne permet pas, à elle seule, de considérer qu'une activité adaptée n'est pas exigible, ce d'autant moins que dans son rapport du 9 juillet 2025, le Dr G_____ a précisé que la recourante avait présenté, d'août 2023 à mi-janvier 2025, un trouble dépressif récurrent moyen, soit également au moment de l'expertise du BEM, dont les entretiens ont eu lieu les 2 décembre 2024 et 9 janvier 2025, et que durant cette période elle présentait une capacité de travail de 50% et non pas une incapacité de travail totale.

Les critiques liées à l'exigibilité d'une activité d'enseignante ne sont plus pertinentes, dès lors que celle-ci a été considérée comme non adaptée depuis le 1^{er} novembre 2023.

La difficulté de la recourante, relevée par l'expert, à admettre que ses problèmes ont une base psychiatrique n'apparaît, comme relevé par le Dr G_____, pas pertinente dès lors que l'expert n'explique pas son constat au regard de l'existence d'un traitement psychiatrique et psychologique avec prise d'un antidépresseur, suivi par la recourante. Ce constat n'est cependant pas à même de modifier l'appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail de la recourante.

Contrairement à l'avis du Dr G_____, l'expert psychiatre a pris en compte le fait que la recourante suivait un traitement de Duloxétine, dans l'évaluation du degré de gravité de l'affection psychiatrique.

S'agissant du diagnostic posé par la clinique F_____, le SMR retient qu'il s'agit, le 18 juin 2025, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, ce qui correspond effectivement au diagnostic retenu dans la lettre de sortie du 18 juin 2025, étant relevé que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel de dépression sévère a été retenu lors de l'hospitalisation de janvier 2025 (lettre de sortie de la clinique F_____ du 3 février 2025).

Le Dr G_____ souligne, à raison, qu'il a retenu une capacité de travail de 50% en présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis novembre 2025, et non pas sévère. En revanche, il ressort du dossier que ce trouble dépressif récurrent était déjà devenu moyen au moment de l'hospitalisation de la recourante en mai/juin 2025 à la clinique F_____, soit antérieurement à novembre 2025.

Enfin, s'agissant de l'appréciation d'une capacité de travail de 50% estimée par le Dr G_____, elle correspond à une appréciation différente du psychiatre traitant mais ne contient pas d'élément probant permettant de mettre en cause l'appréciation de l'expert psychiatre, soit une capacité de travail de 70%.

Par ailleurs, l'appréciation de la Dre H_____ du 11 juin 2025, selon laquelle la recourante ne présente aucune capacité de travail à court et moyen terme, dans son activité ou toute autre activité, ne contient pas non plus d'élément probant permettant de mettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr E_____.

Finalement, l'activité habituelle a été considérée comme inadaptée, ce qui n'est pas contradictoire avec l'avis du SMR, lequel avait estimé qu'une activité d'enseignante à un taux de 70% était exigible pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles et qu'après évaluation par le service de réadaptation, tel n'est pas le cas.

6.3 Au demeurant, les conclusions de l'expertise du BEM peuvent être suivies, de sorte que la recourante est reconnue capable de travailler dans une activité

adaptée, à un taux de 70%, qui n'est pas son activité habituelle, depuis le 1^{er} décembre 2023.

L'intimé a estimé qu'à l'issue du délai de carence, le 1^{er} décembre 2024, la recourante présentait un degré d'invalidité de 68%.

Ce calcul n'est pas contesté par la recourante et peut être confirmé, de sorte que dès le 1^{er} décembre 2024, la recourante a droit à une rente d'invalidité de 68% d'une rente entière d'invalidité.

Au surplus, l'attention de la recourante est attirée sur le fait que la CPEG, institution de prévoyance à laquelle elle était affiliée, reconnaît un droit à certaines conditions à une pension d'invalidité réglementaire, notamment comme c'est le cas en l'espèce, lorsque l'OAI octroie une rente d'invalidité qui n'est pas entière et qu'une demande doit être déposée dans ce sens (art. 34 du Règlement général de la CPEG).

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 68% d'une rente entière d'invalidité, dès le 1^{er} décembre 2024.

La recourante, qui n'est pas représentée en justice et qui n'a pas allégué avoir déployé des efforts dépassant la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision litigieuse, en que sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité, dès le 1^{er} décembre 2024, de 68% d'une rente entière d'invalidité.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Adriana MALANGA

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