

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1714/2023

ATAS/263/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 avril 2025

Chambre 2

En la cause

A_____
représentée par Me Catarina MONTEIRO SANTOS, avocate

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Maria Esther SPEDALIERO et Yves
MABILLARD, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1983, mère de trois enfants, nés respectivement les _____ 2004, _____ 2007 et _____ 2017, travaillait comme femme de chambre auxiliaire à l'hôtel B_____ à Genève (ci-après : l'employeur). Elle accomplissait 21 heures par semaine, réparties sur deux jours et demi, l'horaire habituel de travail dans l'entreprise étant de 42 heures.
- b.** Le 19 mai 2011, alors qu'elle nettoyait une chambre sur son lieu de travail, l'assurée a chuté et sa tête a heurté le rebord d'une baignoire.
- c.** Dans le cadre de l'instruction par l'assurance-accident, différents rapports ont été réunis, dont notamment un rapport du 27 juillet 2012 du docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin traitant de l'assurée, aux termes duquel il a notamment posé le diagnostic de syndrome post-traumatique avec vertiges, céphalées, fatigue et photophobie, et conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle.
- B.** **a.** Le 8 octobre 2012, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a enregistré une demande de prestations de l'assurée, mentionnant des « maux de tête, etc. » consécutifs à un accident. L'atteinte à la santé existait dès le 19 mai 2011 et l'assurée se trouvait en incapacité de travail à partir de ce jour-là.
- b.** L'OAI a confié une expertise au centre d'expertises médicales de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : PMU).

Le 22 juillet 2014, les experts ont rendu leur rapport qui comprenait des rapports du docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à la suite de la consultation de psychiatrie du 20 mai 2014, du docteur E_____, spécialiste en neurologie, à la suite d'une consultation de neurologie du 2 juin 2014, d'F_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, à la suite de la consultation de neuropsychologie du 5 juin 2014, ainsi que du docteur G_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), à la suite d'une consultation d'otoneurologie du 11 juin 2014. Les conclusions avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire du 1^{er} juillet 2014 en présence des docteurs H_____ et I_____, spécialistes FMH en médecine interne, ainsi que du Dr D_____.

Après le *consilium* de synthèse, il a été retenu, comme diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail, un épisode dépressif d'intensité moyenne avec troubles neuropsychologiques (F32.1), et comme diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail, des vertiges post-traumatiques chroniques, des céphalées tensionnelles post-traumatiques chroniques, un trouble somatoforme douloureux (F45.4) et un status après traumatisme crânien le 19 mai 2011.

Rétrospectivement, les experts ont considéré qu'il y avait une incapacité de travail totale à partir du 19 mai 2011 jusqu'au début 2013, étant donné qu'en mars 2012,

l'ORL décrivait encore un tableau compatible avec une atteinte vestibulaire périphérique droite. Dès début 2013, les experts ont retenu une incapacité de travail de 50% dans toute activité en raison du trouble psychiatrique, alors que la capacité de travail aurait théoriquement dû être à nouveau entière d'un point de vue somatique strict (absence de lésions neurologiques objectivables et examen ORL actuellement normal). L'état dépressif avait débuté dans les suites de l'accident et avait été plus important dès l'année 2013 et surtout début 2014, avec comme facteur de stress extérieur probable, le décès du père, mort d'un cancer.

Les limitations dues à l'atteinte identifiées par les experts étaient les suivantes : quelques troubles cognitifs liés à la dépression, les troubles de la concentration et de la mémoire, la fatigabilité liée à l'état dépressif et la diminution de la résistance au stress. Les experts ont estimé que la reprise d'un traitement antidépresseur serait utile.

c. Dans son rapport du 7 octobre 2014, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a, sur la base des résultats de l'expertise, posé le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne comme atteinte principale à la santé, et celui d'atteinte vestibulaire droite comme pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). À titre de diagnostics associés qui n'étaient pas du ressort de l'AI, étaient retenus des vertiges post-traumatiques chroniques, des céphalées tensionnelles post-traumatiques chroniques, un trouble somatoforme douloureux et un status après traumatisme crânien le 19 mai 2011. La capacité de travail était nulle dès le 19 mai 2011 pour motifs somatiques puis de 50% dès janvier 2013 dans toute activité pour problèmes psychiatriques.

d. Le 2 décembre 2014, une enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée. Dans le rapport du 8 décembre 2014 y relatif, l'enquêtrice a évalué les travaux habituels et a conclu à un empêchement pondéré sans exigibilité de 39.50% et un empêchement pondéré avec exigibilité de 12.20%.

e. Par projet de décision du 12 décembre 2014, confirmé par décision du 6 février 2015, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestations était rejetée. En substance, le statut de l'assurée était celui d'une personne se consacrant à 50% à son activité professionnelle et les 50% restants à l'accomplissement de ses travaux habituels. D'après l'enquête économique sur le ménage, ses empêchements dans la sphère ménagère étaient évalués à 12.20%. Selon le SMR, son atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail de 100% dans toute activité depuis le 10 mai 2011 (début du délai d'attente d'un an). À l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 19 mai 2012, son degré d'invalidité était de 56.10%. Ce taux ouvrait en principe le droit à une demi-rente. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée tardivement le 8 octobre 2012, le droit à la rente prenait naissance dès le mois d'avril 2013. À cette date, l'état de santé de l'assurée s'était progressivement amélioré, permettant d'établir une capacité de travail à 50% dès janvier 2013. Son degré d'invalidité était alors de 6.10%. Un degré d'invalidité

inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité, de sorte que la demande était rejetée.

f. À la suite du recours du 17 février 2015 de l'assurée contre la décision précitée, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) a, par arrêt du 16 novembre 2015 (ATAS/887/2015), admis le recours, annulé la décision du 6 février 2015, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, plus précisément pour un complément d'expertise relatif au trouble somatoforme douloureux pour lequel les experts devaient se fonder sur la liste des indicateurs établis par la jurisprudence. Pour le reste, le rapport d'expertise s'était vu reconnaître pleine valeur probante. Il en allait de même du rapport d'enquête ménagère. La chambre de céans avait également relevé que le statut mixte à raison de 50% pour la part active et 50% pour les travaux habituels était justifié et non contesté par l'assurée.

g. L'OAI a sollicité un complément d'expertise auprès de la PMU, qui a été rendu le 23 février 2016 par les Dres I_____ et H_____. Après examen des critères jurisprudentiels concernant les troubles somatoformes douloureux, les expertes ont conclu que le seul diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail était l'épisode dépressif d'intensité moyenne avec des troubles neuropsychologiques. Le trouble somatoforme douloureux persistant était nettement au second plan et n'avait, en lui seul, pas de répercussion sur la capacité de travail. La capacité de travail retenue était de 50% dans toute activité.

h. Par avis du 12 avril 2016, le SMR s'est aligné sur les conclusions du complément d'expertise et a conclu que son rapport du 7 octobre 2014 restait valide. L'atteinte incapacitante était l'atteinte psychiatrique à type d'épisode dépressif moyen et notamment les troubles neurocognitifs démontrés par l'examen neuropsychologique. Le trouble somatoforme douloureux était, quant à lui, retenu comme non-incapacitant. Les limitations décrites dans l'enquête ménagère étaient en concordance avec l'atteinte.

i. Par projet de décision du 26 mai 2016, l'intimé a refusé à l'assurée le droit à des prestations.

j. Le 1^{er} juillet 2016, l'assurée s'est opposée au projet de décision, concluant notamment à l'octroi d'une rente entière, voire d'une demi-rente. Elle a joint deux documents médicaux :

- un rapport du 27 août 2015 du Dr C_____ par lequel il retenait notamment un syndrome post-traumatique marqué, une perte de ses facultés cognitives transitoires sous forme de troubles de la concentration, de céphalées et malaises paroxystiques ;
- un rapport du 27 août 2015 du docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, faisant état d'un état dépressif avec une altération du fonctionnement adaptatif actuelle et passée dans des secteurs tels que les aptitudes sociales, interpersonnelles et professionnelles.

k. Par avis du 11 août 2016, le SMR a conclu que son appréciation du 12 avril 2016 restait inchangée. Le rapport du Dr C_____ du 27 août 2015 n'apportait aucun élément objectif ou fait médical nouveau. Quant au rapport du 27 août 2015 du Dr J_____, l'anamnèse et les constatations étaient superposables à celles du Dr D_____ dans son expertise psychiatrique alors que l'appréciation sur la capacité de travail était différente et l'état de santé de l'assurée était resté le même.

l. Par décision datée du 1^{er} juillet 2016, l'intimé a confirmé son projet de décision du 26 mai 2016.

m. L'assurée a interjeté recours le 19 septembre 2016 contre la décision précitée.

n. Le 28 février 2017, l'assurée a versé au dossier les documents suivants :

- le rapport du 10 février 2017 du Dr C_____ indiquant que l'assurée l'avait consulté à cinq reprises en 2011 et 2016, douze fois en 2012, dix fois en 2013 et 2015, et neuf fois en 2014 ; l'antidépresseur qu'elle prenait durant plusieurs mois avait été arrêté et la consultation auprès du Dr J_____ avait cessé ;
- le rapport du 14 février 2017 du Dr J_____ selon lequel le suivi psychiatrique et psychothérapeutique s'était déroulé du 24 février au 27 août 2015.

o. Par arrêt du 4 décembre 2017 (ATAS/1078/2017), la chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assurée contre la décision du 1^{er} juillet 2016, annulé ladite décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise psychiatrique auprès du Dr D_____, puis nouvelle décision après la mise en place d'une nouvelle enquête ménagère.

En substance, la chambre de céans a considéré qu'elle n'était pas en mesure de statuer sur la capacité de travail de la recourante et partant, sur son degré d'invalidité dans la mesure où, dans leur complément d'expertise, l'appréciation des expertes reposait sur la base de l'état de fait existant en 2014, l'OAI n'ayant pas invité les expertes à procéder à l'actualisation du dossier. Les conclusions du complément d'expertise n'étaient toutefois pas critiquables. La chambre de céans a par ailleurs relevé que le calcul de la perte de gain effectué par l'OAI était erroné.

p. Le Dr D_____ ayant refusé le mandat d'expertise, l'OAI a mandaté le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour l'établissement de l'expertise psychiatrique.

q. Le 26 avril 2019, l'expert a transmis à l'OAI son rapport d'expertise du 20 avril 2019, comprenant le rapport d'évaluation du 18 mars 2019 d'L_____, psychologue FSP en neuropsychologie et psychothérapie, sollicité par l'expert psychiatre en complément à son expertise.

Dans son rapport du 20 avril 2019, établi à la suite de deux examens de l'assurée, le Dr K_____ a retenu, à titre de diagnostic, un épisode dépressif moyen (F32.1) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il a estimé à 70% la capacité de travail médico-théorique de l'assurée dans

son activité de femme de chambre. La majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne saurait être corrélée à une quelconque incapacité de travail médicale. S'agissant de l'épisode dépressif moyen, il était retenu les limitations suivantes : l'assurée était moins endurante que tout un chacun et pourrait commettre des erreurs au travail si elle se sentait sursollicitée. En outre, elle tendait à se mettre en retrait et à adopter une attitude passive agressive lorsqu'il y avait des tensions avec son interlocuteur. Ainsi, l'incapacité de travail psychiatrique (fonctionnelle), diminution de rendement comprise, était de 30% vraisemblablement depuis le mois qui avait suivi l'accident du 19 mai 2011. Elle était restée globalement constante depuis lors, même s'il y avait eu des hauts et des bas de faible amplitude. Le traitement actuel correspondait à ce qui pouvait être proposé dans le cas de l'assurée. D'un point de vue académique, un épisode dépressif moyen n'imposait pas de médication psychotrope. Un suivi psychothérapeutique spécialisé devrait être encouragé. Il n'y avait toutefois que peu de chances d'être efficace si l'assurée s'y montrait opposée, comme c'était le cas. Il n'y avait dès lors pas de raison de l'imposer. Des mesures professionnelles ne paraissaient pas envisageables chez une personne qui ne se projetait plus dans le monde ordinaire du travail. Le pronostic purement psychiatrique n'était pas obligatoirement mauvais sachant que l'assurée ne relevait que d'un épisode dépressif moyen. Toutefois, des facteurs non médicaux faisaient que la reprise de travail était improbable.

L_____ a, dans son rapport d'évaluation du 18 mars 2019, conclu qu'il ne pouvait retenir de diagnostic neuropsychologique et que la capacité de travail du point de vue neuropsychologique était réputée complète. Les tests entrepris par l'assurée mettaient en évidence des signes d'un faible niveau de différenciation intellectuelle et des déficits importants, notamment mnésiques et attentionnels. Toutefois, dans un contexte où les signes de défauts d'effort ou de surcharge abondaient, au plan comportemental comme dans les tests « tout-venants » et dans les tâches spécifiques de validation de symptômes, il en résultait que l'examen n'était pas valide en ce qui concernait les dimensions attentionnelles et mnésiques.

r. Par avis du 30 avril 2019, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique du 20 avril 2019, considérant ainsi une capacité de travail de 70% dans l'ancienne activité depuis mai 2011, « soit un mois après l'accident » (*sic*).

s. L'OAI a procédé à une nouvelle enquête économique sur le ménage qui a eu lieu le 30 janvier 2020 au domicile de l'assurée, en présence de son conseil. Dans le rapport y relatif du 3 février 2020, l'enquêtrice a évalué les travaux habituels comme suit :

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 Alimentation		30%	10%	3%

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
0 – 50% (préparation/cuisson /service/travaux de nettoyage de la cuisine/provision)				
Exigibilité	10%		0%	0%
5.2 Entretien du logement ou de la maison (ranger/épousseter/ passer l'aspirateur/ entretenir les sols/nettoyer les vitres/faire les lits/soigner les plantes/extérieur de la maison/sortir les déchets) et garde des animaux domestiques 0 – 40 %		25%	20%	5%
Exigibilité	20%		0%	0%
5.3 Achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et courses diverses (poste/assurances/ services officiels) 0 – 10%		10%	20%	2%
Exigibilité	20%		0%	0%
5.4 Lessive et entretien des vêtements 0 – 20% (laver/suspendre/ plier/repasser/ raccommoder/		15%	10%	1.5%

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
nettoyer les chaussures)				
Exigibilité	10%		0%	0%
5.5 Soins et assistance aux enfants et aux proches 0 – 50% (conjoint + parents en ligne directe)		20%	20%	4%
Exigibilité	20%		0%	0%
Total du champ d'activité				100%
Total de l'exigibilité retenue				15.5%
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				15.5%
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				0%

L'enquêtrice a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : diminution de l'endurance, erreurs en cas de sur-sollicitation, mise en retrait et attitude passive-agressive en cas de tension avec un interlocuteur. À la question de savoir qui exécutait les travaux ménagers que l'assurée ne pouvait accomplir elle-même, l'enquêtrice a indiqué « l'entourage, mère, belle-sœur, beau-frère, époux, fils ».

t. Le 14 février 2020, le SMR a complété son avis du 30 avril 2019 en rajoutant que les limitations fonctionnelles retenues par l'expert psychiatre figurant dans son rapport étaient les suivantes : diminution de l'endurance, l'assurée pouvait commettre des erreurs en cas de sur-sollicitation, tendance à se mettre en retrait et à adopter une attitude passive-agressive en cas de tension avec son interlocuteur.

u. Par projet de décision du 26 mars 2020, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait rejeter la demande de prestations. Il a retenu qu'elle présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le 19 mai 2011 et de 30% dès le mois de juin 2011. Le degré d'invalidité, dont le calcul tenait compte

d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels, était inférieur à 40% et n'ouvrait ainsi pas de droit à une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas compte tenu du fait que l'assurée pouvait exercer son ancienne activité à son taux contractuel. De plus, au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, il s'avérait qu'un nombre significatif de ces activités étaient adaptées aux limitations fonctionnelles liées à l'état de santé de l'assurée.

Pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2018, le degré d'invalidité de l'assurée découlait du calcul suivant, qui tenait compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels :

Activités	Part en %	Perte économique / empêchement en %	Invalidité en %
Professionnelle	50%	0%	0%
Travaux habituels	50%	0%	0%
Taux d'invalidité			0%

Le degré d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018 découlait du calcul suivant, qui tenait également compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels :

Activités	Part en %	Perte économique / empêchement en %	Invalidité en %
Professionnelle	50%	50%	25%
Travaux habituels	50%	0%	0%
Taux d'invalidité			25%

v. Par courrier du 19 mai 2020, complété le 15 juillet 2020, l'assurée, représentée par une avocate, s'est opposée à ce projet de décision, contestant la capacité de travail de 70% retenue et la capacité totale à réaliser des tâches ménagères et/ou éducatives.

w. Par décision du 17 avril 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans le projet de décision, reprenant les termes du projet de décision.

- C. a. Par acte du 19 mai 2023, l'assurée, représenté par son avocate, a recouru contre cette décision auprès de la chambre de céans, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à une audience de comparution professionnelle, à l'audition de ses médecins, à l'apport des dossiers en leur possession, à l'apport du dossier en possession de l'intimé ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise médicale, et, principalement, à l'annulation de la décision précitée, à la reconnaissance du droit à une rente d'invalidité entière, au renvoi de la cause à l'intimé pour calcul de la

rente et nouvelle décision, et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction du dossier.

La recourante a tout d'abord contesté l'enquête ménagère, estimant que son empêchement dans son activité ménagère était entier. Les limitations fonctionnelles mentionnées par l'enquêtrice étaient manifestement incomplètes. Ses empêchements ne pouvant être palliés par les membres de sa famille. Son entourage devait l'assister au quotidien et l'aide apportée était supérieure à ce qui était raisonnablement exigible.

Elle a également fait valoir qu'elle n'était pas en mesure de réaliser une activité professionnelle à 50%, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Elle contestait avoir une capacité de travail à 75% ainsi qu'une capacité totale à réaliser des tâches ménagères et/ou éducatives. Elle a relevé le fait que le Dr K_____ n'était pas en mesure de se prononcer sur « l'éventuelle pathologie somatique ainsi que sur l'atteinte neuropsychologique *stricto sensu* », ce qui faussait « indéniablement le pourcentage retenu à titre de capacité de travail ».

b. Dans sa réponse du 15 juin 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, la recourante n'apportant aucun élément objectif permettant de remettre en question l'évaluation médicale ainsi que l'enquête réalisée.

c. Par observations du 17 août 2023, la recourante a persisté dans ses conclusions et a notamment contesté le rapport d'enquête ménagère. En substance, elle a fait valoir que l'aide apportée par ses enfants et sa belle-sœur ne saurait être prise en compte. De plus, en raison de sa situation physique et psychique, elle entretenait une relation conflictuelle avec son époux et dans l'éventualité où ils se sépareraient, elle se retrouverait livrée à elle-même. De plus, toutes ses limitations fonctionnelles n'avaient pas été prises en compte par l'enquêtrice. Elle subissait notamment des attaques de paniques lorsqu'elle se retrouvait toute seule à devoir effectuer les tâches du quotidien.

À l'appui de son écriture, la recourante a produit un rapport du 15 août 2023 du docteur M_____, médecin praticien FMH et nouveau médecin traitant de la recourante, aux termes duquel, notamment, la recourante n'arrivait pas à exécuter toute seule certaines tâches quotidiennes en raison d'attaques de panique lorsqu'elle se retrouvait toute seule à faire ce travail. Il estimait nécessaire de mettre en place une nouvelle enquête ménagère ainsi qu'une nouvelle expertise psychiatrique pour vérifier la concordance des conclusions de l'expertise du 20 avril 2019 avec la réalité de la recourante.

d. Le 12 décembre 2023, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle et le Dr M_____ en qualité de témoin.

La recourante a confirmé le contenu de ses précédentes écritures. Elle a indiqué présenter des limitations fonctionnelles supplémentaires, à savoir des crises d'angoisse. Elle ne faisait pas valoir de troubles somatiques si ce n'était les conséquences somatiques de ses angoisses. Considérant qu'elle avait le droit à une

rente entière d'invalidité, elle ne sollicitait pas de mesures professionnelles mais n'était toutefois pas opposée à une observation dans le cadre d'un stage comme suggéré par le Dr M_____.

L'intimé a relevé une erreur dans sa décision litigieuse qui mentionnait une incapacité de travail de 30% mais un empêchement de 50% dans une activité professionnelle. Il y avait une erreur de calcul dans la comparaison des revenus et l'empêchement dans une activité professionnelle aurait dû être de 30%.

e. Par écriture du 20 décembre 2023, l'intimé a confirmé que la décision litigieuse comportait une indication erronée du taux d'empêchement retenu ; un taux de 30% aurait dû être appliqué à la suite de l'expertise du Dr K_____ et de l'avis du SMR du 30 avril 2019. Néanmoins, le résultat de la décision litigieuse n'en était pas modifié, dès lors que les mesures d'ordre professionnelle n'étaient ni indiquées ni pertinentes dans le présent cas. L'OAI a également relevé que les crises d'angoisse invoquées par la recourante n'avaient pas été objectivées par le Dr K_____, ni par les médecins de la recourante, « ni pendant le questionnement effectué par [la chambre de céans] ». De plus, « tous les examens réalisés en dehors du suivi habituel par la recourante relevaient des majorations de symptômes pour raisons psychologiques ». En outre, selon le SMR, les épisodes de panique étaient décrits comme irréguliers et contextuels, provoqués par des événements externes.

f. Par rapport du 12 mars 2024, faisant suite à une série de questions posées par la chambre de céans, le Dr C_____ a notamment retenu les diagnostics suivants : un traumatisme craniocérébral avec brève perte de connaissance, commotion cérébrale, contusion occipitale et distorsion cervicale le 19 mai 2011 ; des troubles neuropsychologiques consécutifs évalués en janvier 2012 dont des ralentissements cognitifs, troubles de l'attention et de la mémorisation, céphalées, fatigue intense ; un syndrome vestibulaire périphérique objectivé en mars 2012 avec traitement médicamenteux et de physiothérapie vestibulaire ; une souffrance psychologique avec un suivi psychiatrique ; un kyste anévrysmal de l'os iliaque gauche diagnostiqué en avril 2016, symptomatique depuis 2014 avec un suivi médical en cours ; une lithiase rénale gauche diagnostiquée en février 2015, sans dilatation pyélocalicielle, non opérée ; un probable somnambulisme en cours d'investigation. Il a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

g. Le 25 juin 2024, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle ainsi que le Dr C_____ comme témoin.

Ont été notamment produit à l'audience un rapport du 21 mars 2018 du Dr C_____, un rapport du 5 avril 2024 du docteur N_____, spécialiste FMH en radiologie, établi à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale du même jour, un autre rapport du 26 avril 2024 du Dr N_____, à la suite d'une IRM cérébrale du même jour, et un rapport du 15 mai 2024 de la docteure O_____, spécialiste FMH en cardiologie.

h. Le 29 août 2024, à la suite d'une demande de la chambre de céans, la docteure P_____ a rendu un rapport médical daté du 24 juillet 2024.

Elle a indiqué suivre la recourante depuis le 29 mars 2024. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), d'agoraphobie (F40.0), d'anxiété généralisée (F41.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de status post traumatisme crânien (19 mai 2011), de syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen et de surpoids. La recourante était au bénéfice d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré sous forme d'entretiens réguliers et de traitement médicamenteux de Sertraline à raison de 50mg par jour qui serait augmenté à 100mg par jour. Il était retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée depuis mars 2024, soit le début du suivi. Au de la décompensation actuelle sur le plan thymique avec un traitement récemment introduit et l'attente de la mise en place d'un traitement pour les apnées du sommeil, il était difficile d'exiger une quelconque reprise d'activité. Le pronostic demeurait réservé. Des mesures de réadaptation professionnelles étaient à envisager dès qu'une amélioration clinique était percevable.

i. Par écriture du 19 septembre 2024, à laquelle était annexé un avis du SMR du 4 septembre 2024 entièrement repris par l'intimé, ce dernier a conclu que les nouvelles pièces produites par la recourante ne permettaient pas de remettre en cause son appréciation médicale précédente. L'intimé était d'avis que ces pièces rendaient certes plausibles une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis mars 2024. Néanmoins, le suivi psychiatrique ayant été entamé bien postérieurement à la décision litigieuse, il ne permettait pas de remettre en cause l'appréciation médicale effectuée précédemment. En outre, l'intimé a estimé que les déclarations du Dr C_____ sortaient manifestement de son champ de compétences s'agissant des aspects psychiatriques, et les diagnostics et commentaires rapportés n'étaient pas motivés par des observations cliniques ou des éléments objectivables constitutif des atteintes citées.

j. Par écriture du 23 septembre 2024, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions. Elle a notamment fait valoir que les rapports du 26 février 2024 du Dr C_____ et du 24 juillet 2024 de la Dre P_____ attestaient d'une incapacité de travail dans toute activité. L'intimé devrait dès lors reconnaître qu'elle présentait une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 19 mai 2011. Si l'intimé ne devait pas arriver à cette conclusion malgré les rapports explicites reçus, il conviendrait alors de mettre en place une expertise « bi-disciplinaire en neuropsychologie ».

k. Par courrier du 15 octobre 2024, l'intimé a renvoyé à ses précédentes écritures.

l. Par écriture du 8 novembre 2024, la recourante a indiqué que son suivi psychiatrique avait débuté avant le prononcé de la décision litigieuse, contrairement à ce qu'avait retenu l'intimé. Elle a expliqué qu'avant d'être suivie par la

Dre P_____, elle avait consulté à plusieurs reprises les Drs J_____ et le docteur Q_____, psychiatre, mais « en vain ». De plus, la Dre P_____ avait soulevé dans son rapport du 24 juillet 2024 qu'elle était au bénéfice d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique et continuait de l'être. Son état de santé était « existant avant le prononcé de la décision litigieuse et [s'était] au contraire aggravé par la suite ».

À l'appui de son écriture, la recourante a produit un certificat médical du 7 novembre 2014 du Dr J_____, par lequel il attestait avoir pris en charge la recourante pour un suivi psychiatrique et psychothérapeutique du 24 février au 27 août 2015 pour un épisode dépressif, puis qu'elle s'était présentée à ses rendez-vous des 24 février, 9 mars, 27 avril, 12 mai, 3 juin, 1^{er} juillet, 5 et 27 août 2017.

m. Le 22 novembre 2024, l'intimé a rétorqué que la position de la recourante concernant son suivi psychiatrique était quelque peu surprenante dès lors qu'elle inférait qu'elle se trouvait sous traitement alors même que le suivi psychiatrique antérieur remontait à 2015 et qu'il avait été interrompu volontairement. Aucun élément objectif ne permettait de retenir l'existence d'un suivi psychiatrique au moment de la décision litigieuse.

n. Par observations du 27 novembre 2024, la recourante a allégué que son suivi par la Dre P_____ avait commencé avant le 29 mars 2024, soit à tout le moins en 2023, et que « le diagnostic évoqué par [ladite psychiatre était] manifestement préexistant à la décision querellée de l'OAI ».

o. Par courrier du 28 novembre 2024, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

EN DROIT

1.

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

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

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

1.3 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

2.

2.1 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.

2.2 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 (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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

2.3 En l'occurrence, la recourante a déposé sa demande de prestations le 8 octobre 2012, de sorte que son éventuel droit à une rente naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI). Par conséquent, les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, selon ses conclusions.

4.

4.1 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

En 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.

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule

déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.1.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

4.1.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Tribunal fédéral a également rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité

de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

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

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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

4.2.1 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).

4.2.2 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).

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

4.2.4 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 contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

4.2.5 Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

4.3 Conformément à l'art. 28a LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3).

4.3.1 Lorsqu'une personne assurée n'exerce pas une activité lucrative – ou professionnelle – à 100% mais emploie un taux d'occupation dans les tâches ménagères (ou « travaux habituels »), il convient d'appliquer les règles afférentes à la méthode mixte, telle que précisée ci-après.

Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1 ; 127 V 467 consid. 1), il y a également lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI dans sa teneur du 1^{er} décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, à partir de l'entrée en vigueur de cette modification le 1^{er} janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). Le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, et, après le 1^{er} janvier 2018 en fonction des modifications susmentionnées (cf. ATAS/435/2019 du 13 mai 2019 consid. 10 ; ATAS/504/2022 du 30 mai 2022 consid. 4.2).

4.3.1.1. Pour la période d'éventuelle invalidité antérieure au 1^{er} janvier 2018, les règles et principes qui suivent sont applicables.

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

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

4.3.1.2. Pour la période d'éventuelle invalidité postérieure au 31 décembre 2017 – ou commençant le 1^{er} janvier 2018 –, les règles et principes suivants s'appliquent.

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).

En résumé, conformément à l'art. 27 RAI, dans le cadre de la méthode mixte, le degré d'invalidité est calculé comme suit :

$$\begin{aligned} & \text{(Taux d'occupation avant l'invalidité x degré d'invalidité)} \\ + & \text{(Taux des travaux habituels (ménage) x limitation dans le ménage)} \\ \hline = & \text{ Degré d'invalidité} \end{aligned}$$

(*cf.* notamment ATAS/1095/2022 du 13 décembre 2022 consid. 6.6 ; ATAS/565/2022 du 21 juin 2022 consid. 15.4)

4.3.2 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).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 129 V 67 consid. 2.3.2 publié *in* VSI 2003 p. 221 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 ; I 733/06 du 16 juillet 2007).

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral I.308/04 et I.309/04 du 14 janvier 2005).

La situation est toutefois différente en présence de troubles d'ordre psychique. Dans un tel cas, en présence de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 5.1 et la référence).

Il existe dans l'assurance-invalidité, ainsi que dans les autres assurances sociales, un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 140 V 267

consid. 5.2.1 et les références). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation d'organiser son travail et de solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. L'aide exigible de tiers ne doit cependant pas devenir excessive ou disproportionnée (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1 et les références).

Dans le cadre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 LAI), la personne qui requiert des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent se laisser opposer le fait que des tiers – par exemple son conjoint [art. 159 al. 2 et 3 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC -RS 210)] ou ses enfants (art. 272 CC) – sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.2 et les références, *in* SVR 2023 IV n. 46 p. 156).

4.4 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

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 (Cst. - RS 101 ; 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).

Selon une jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. À titre liminaire, la chambre de céans rappelle que le statut mixte retenu par l'intimé, à raison de 50% dans l'activité lucrative et de 50% dans l'activité ménagère, a été admis (*cf.* ATAS/1078/2017 du 4 décembre 2017 consid. 15 d) et n'est au demeurant ni contesté ni contestable.

5.1 S'agissant de l'évaluation de la part professionnelle, la chambre de céans constate ce qui suit.

Pour rappel, par deux arrêts renvoyant la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelles décisions, la chambre de céans avait reconnu la valeur probante de l'expertise de la PMU du 22 juillet 2014 ainsi que du complément d'expertise du 23 février 2016 (*cf.* ATAS/887/2015 du 16 novembre 2015 ; ATAS/1078/2024 du 4 décembre 2017) mais avait estimé que ce dernier rapport avait été établi uniquement sur la base de l'état de fait existant en 2014, de sorte qu'il convenait d'actualiser le dossier par la mise en place d'une expertise psychiatrique. Pour se conformer à cet arrêt, l'intimé a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr K_____ qui a établi son rapport le 20 avril 2019, complété par le rapport du neuropsychologue L_____ du 18 mars 2019. Le SMR a alors fait siennes les conclusions de ces rapports (*cf.* avis du SMR des 30 avril 2019 et 14 février 2020). En se fondant sur ces rapports, l'intimé a, par décision du 17 avril 2023, refusé le droit à la recourante aux prestations.

Il convient donc d'examiner, sur le plan psychique, la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr K_____ du 20 avril 2019.

5.1.1 Sur le plan formel, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise repose sur les pièces médicales du dossier, dont les rapports du Dr C_____ des 27 août 2015 et 10 février 2017, ainsi que ceux du Dr J_____ des 24 février 2015 et 14 février 2017, les examens de la recourante des 27 février et 2 avril 2019, la prise de contact téléphonique du 5 avril 2019 avec le Dr C_____, le rapport d'examen

neuropsychologique du 18 mars 2019 du neuropsychologue L_____, ainsi qu'un entretien de synthèse du 3 avril 2019 avec ce dernier. Il contient en outre une synthèse du dossier, les déclarations de la recourante, un entretien approfondi avec une anamnèse et les plaintes de la recourante, des constatations comprenant la discussion des résultats des tests psychologiques et de l'évaluation neuropsychologique par le neuropsychologue L_____, les diagnostics retenus, l'évaluation médicale et médico-assurantielle ainsi que l'évaluation de la capacité de travail. En conséquence, le rapport d'expertise remplit, de prime abord, les réquisits jurisprudentiels

5.1.2 Sur le fond, l'expert psychiatre a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.1) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Selon son analyse, seul l'épisode dépressif moyen a une incidence sur la capacité de travail.

Il y a lieu d'apprécier l'incidence de ces troubles sur la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs jurisprudentiels précités.

Sous l'angle de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », complexes A « Atteinte à la santé » et B « Personnalité », l'expert a observé, lors de l'examen clinique, que la recourante était orientée dans le temps et dans l'espace, elle était vigile et ne présentait pas de troubles attentionnels et mnésiques. Elle ne se montrait pas fatigable ni fatiguée au terme des deux consultations de plus d'une heure chacune. Les jugement et raisonnement étaient parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. La recourante se montrait triste et très légèrement ralentie. Si elle était parfois en larmes, elle pouvait esquisser des sourires. Elle gardait le focus de l'entretien. L'expert n'a pas dénoté de fébrilité des états d'angoisse sévères. Le cours de la pensée était toujours normal et les associations d'idées étaient bonnes. Il n'y avait pas d'indices pour un délire ni de signes indirects d'hallucinations.

L'expert a ainsi objectivé trois items cardinaux d'un épisode dépressif, à savoir la tristesse et la fatigabilité anormales ainsi que la diminution de l'intérêt et du plaisir. Il a précisé que ces items étaient à relativiser, compte tenu de ce qui avait été objectivement constaté lors des deux consultations d'expertise. L'expert a également rapporté les dires de la recourante, à savoir une diminution de l'estime de soi, des difficultés à penser et à se concentrer et des troubles du sommeil. Selon lui, ce tableau symptomatologique était quelque peu en discordance avec la présentation de la recourante sachant qu'elle avait pu émettre des demi-sourires et qu'elle gardait bien « le focus » de l'entretien. L'expert a tout de même noté qu'elle était ralentie et a retenu que la présentation clinique globale était bel et bien celle d'une pathologie dépressive.

L'expert a soumis la recourante à des tests psychologiques, lesquels ont abouti à un score de 18 selon l'échelle « Hospital anxiety and depression scale » (échelle HAD), correspondant à un épisode dépressif de gravité moyen (17 à 26). En se basant sur

ce résultat ainsi que sur les réquisits de la CIM-10, il a conclu à un épisode dépressif qualifié de moyen, étant précisé que le résultat de l'évaluation psychique situait le trouble à la limite inférieure de ce degré moyen.

Il a écarté la récurrence dans la mesure où l'anamnèse parlait plutôt contre des épisodes dépressifs multiples et des phases de rémission.

Il a expliqué retenir également un trouble de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), en raison d'une crainte d'un handicap, voire de mort, la déception par rapport à la qualité des soins médicaux et le contexte d'une possible compensation financière. Il a également noté le fait qu'il existait une discordance entre les plaintes d'allure somatique et leur socle organique objectif, qui était documentée par plusieurs rapports au dossier, à savoir : la conclusion du 8 septembre 2011 du Dr E_____ retenant un syndrome post-commotionnel/post distorsion-contusion cervicale simple avec majoration de symptômes ; la conclusion du 2 juin 2014 du même spécialiste dans le cadre de l'expertise du 22 juillet 2014 par laquelle il avait retenu une discordance « indubitable » entre les symptômes et la discrétion de l'événement accidentel ; le résultat de l'examen neuropsychologique du 5 juin 2014 de la neuropsychologue F_____ dans le cadre de l'expertise du 22 juillet 2014, indiquant que les mauvaises performances constatées paraissaient « s'inscrire de façon prépondérante dans le cadre des probables troubles de l'humeur décrits » ; la conclusion du 11 juin 2014 du Dr G_____ dans le cadre de l'expertise du 22 juillet 2014, qui était arrivé à la conclusion de vertiges post-traumatiques persistantes « sans substrat organique objectivables ».

L'expert K_____ a exclu le diagnostic de trouble somatoforme, précisant que ce diagnostic ne prendrait pas en compte la colère et l'attitude de revendication de la recourante. Dans tous les cas, il a rappelé qu'un potentiel trouble somatoforme ne saurait être associé à une quelconque incapacité de travail comme l'avaient considéré les experts dans leur rapport du 22 juillet 2014.

Il a également indiqué ne pas avoir trouvé de trouble anxieux spécifique (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, obsessions et compulsions, trouble état de stress post-traumatique). La recherche d'une symptomatologie anxieuse spécifique parlait contre des attaques de panique ou des comportements d'évitement phobique. Selon l'expert, si la recourante était mal à l'aise face au regard des autres, c'était dans le contexte dépressif de celle qui se percevait comme jugée négativement. Si la recourante s'inquiétait de sa situation, l'expert ne relevait pas l'anxiété sévère et chronique ni les items associés du trouble anxiété généralisée.

S'agissant du traitement, il est relevé qu'à la date de l'expertise, la recourante n'était pas sous antidépresseur et ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique régulier. L'expert a considéré que le traitement actuel correspondait à ce qui pouvait être proposé dans le cas de la recourante. D'un point de vue académique, un épisode dépressif moyen n'imposait pas de médication psychotrope et un suivi

psychothérapeutique devrait être encouragé. Toutefois, l'expert a relevé que ce suivi n'avait que peu de chances d'être efficace si la recourante s'y montrait opposée, comme c'était le cas en espèce, de sorte qu'il n'y avait pas de raisons de l'imposer. Des mesures professionnelles ne paraissaient pas envisageables chez une assurée qui ne se projetait plus dans le monde ordinaire du travail. Quant au pronostic purement psychiatrique, l'expert a estimé que celui-ci n'était pas obligatoirement mauvais sachant que la recourante ne relevait « que » d'un épisode dépressif moyen. Toutefois, des facteurs non médicaux faisaient que la reprise du travail était improbable. L'expert a ainsi estimé que l'épisode dépressif de sévérité moyenne présenté par la recourante ne répondrait que difficilement aux traitements compte tenu du contexte psychosocial défavorable.

Il a ainsi retenu une capacité de travail médico-théorique en tant que femme de chambre (activité habituelle) de 70%. L'incapacité de travail, y compris la perte de rendement, résultait de l'épisode dépressif de gravité moyenne, et était de 30% depuis le mois qui avait suivi l'accident du 19 mai 2011. Elle était restée globalement constante depuis lors, avec des hauts et des bas de faible amplitude. Les limitations fonctionnelles étaient la perte d'endurance et les erreurs qui pouvaient être commises au travail si la recourante se sentait sursollicitée. Elle tendait en outre à se mettre en retrait et à adopter une attitude passive agressive lorsqu'il y avait des tensions avec son interlocuteur. S'il était possible, mais peu probable, que la recourante ait eu des troubles neuropsychologiques, ceux-ci étaient en rémission depuis le 18 mai 2013 puisqu'il était communément admis que de tels troubles post-traumatiques étaient stabilisés 18 à 24 mois après l'événement en cause. Quant à la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, elle ne saurait être corrélée à une quelconque incapacité de travail médicale. L'expert a notamment expliqué que ce trouble relevait le plus souvent de facteurs personnels et socioculturels qui n'étaient pas assimilables à une maladie au sens strict du terme.

S'agissant d'éventuelles comorbidités, l'expert a indiqué ne pas être habilité à se prononcer sur l'éventuelle pathologie somatique que seraient l'atteinte vestibulaire et l'atteinte neuropsychologique *stricto sensu*. Toutefois, en se fondant sur le rapport d'expertise du 22 juillet 2014, l'expert a estimé que les plaintes d'allure somatique n'avaient plus de fondement organique et devaient être attribuées à ce que désignait la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et ce, depuis au moins la date du rapport d'expertise de 2014.

Concernant plus précisément du complexe B « la personnalité », l'expert a relevé que la recourante était vraisemblablement apte à s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle et à faire usage de ses connaissances spécifiques, toujours dans la mesure où elle n'était pas sursollicitée par un plein temps. L'expert a noté que la recourante avait pu se conformer à un processus d'expertise exigeant comprenant deux consultations à Sion et un examen neuropsychologique à Genève. Elle avait en outre pu gérer sa dernière grossesse sans présenter de troubles

psychiatriques, étant précisé qu'elle n'avait alors pas présenté d'aggravation de sa psychopathologie, alors que le *post-partum* était la période la plus à risque de troubles psychiques chez une femme. Selon l'expert, la recourante demeurait résiliente et conservait par conséquent de bonnes ressources adaptatives. Elle tendait à se mettre en retrait et à adopter une attitude passive agressive lorsqu'il y avait des tensions avec son interlocuteur, mais elle pouvait néanmoins s'affirmer. Elle semblait autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels.

S'agissant du complexe C « contexte social », l'expert a rapporté que la recourante avait diminué ses contacts sociaux en général. Il ressortait de l'anamnèse qu'elle avait néanmoins gardé un réseau social suffisant même si elle tendait à éviter les rencontres. Elle était en outre bien soutenue par sa famille nucléaire et sa famille élargie. L'expert retenait qu'elle paraissait apte à entretenir des liens normaux avec ses proches et une amie et confidente.

Quant à la catégorie « Cohérence », il a relevé, dans l'anamnèse de la recourante, qu'elle se levait et se couchait sans horaire régulier, et n'effectuait « presque rien » s'agissant du ménage. Sa famille et ses enfants assumaient ces tâches, ainsi que sa mère et sa belle-sœur. L'expert a néanmoins retenu que la recourante majorait manifestement ses plaintes, et cette majoration se dégageait clairement du rapport d'expertise pluridisciplinaire de 2014 et du rapport d'examen neuropsychologique du 18 mars 2019. L'expert l'avait également relevé dans son examen clinique. Il a par ailleurs retenu que la recourante fixait « les règles de son traitement » : elle n'avait pas adhéré à un suivi psychiatrique par un spécialiste, étant relevé qu'elle avait interrompu un suivi en été 2017.

En conclusion, l'expert a retenu, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 70%, baisse de rendement comprise, dans l'activité habituelle.

Au vu de l'examen des critères pertinents et de l'absence de contradiction dans l'analyse de ces critères, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr K_____ répond, en soi et indépendamment d'autres éléments du dossier, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. En conséquence, la conclusion de l'expert, à savoir la capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle, devrait *a priori* être suivie.

Il est rappelé que la valeur probante d'une expertise ne peut être mise en doute que si d'autres médecins 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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

Il y a lieu par conséquent d'examiner s'il existe des éléments au dossier permettant de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr K_____.

5.1.3 Des rapports antérieurs à l'expertise du 20 avril 2019 du Dr K_____ font état d'appréciations divergentes.

5.1.3.1. S'agissant des diagnostics et de la capacité de travail retenus, le Dr K_____ s'est quelque peu distancé des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 juillet 2014 qui avaient retenu un épisode dépressif d'intensité moyenne avec troubles neuropsychologiques (F32.1) et une incapacité de travail de 50% dès 2013 en raison des troubles psychiques. S'il a certes diagnostiqué un épisode dépressif d'intensité moyenne, il a en revanche écarté des troubles neuropsychologiques. Pour ce faire, il s'est notamment appuyé sur le rapport d'L_____ qui avait exclu les conclusions de l'examen neuropsychologique de juin 2014 au motif qu'il ne trouvait pas de commentaire sur la fiabilité de l'examen et encore moins la mention de tests de validation de symptômes. Le Dr K_____ a en outre expliqué qu'il ne pouvait s'agir de troubles neuropsychologiques puisque les problèmes présentés par la recourante n'étaient pas liés à une atteinte organique et qu'une atteinte cérébro-organique pouvait raisonnablement être exclue au vu de la discrétion de l'événement accidentel observée par les experts de la PMU. Cette appréciation était corroborée par ses propres observations cliniques ainsi que par le rapport d'examen neuropsychologue du 18 mars 2019. De plus, la dénomination « épisode dépressif d'intensité moyenne avec troubles neuropsychologiques » ne figurait pas dans les ouvrages diagnostiques de référence et, s'il devait y avoir des troubles neuropsychologiques, ceux-ci devaient faire l'objet d'une entité diagnostique à part. Le Dr K_____ a également relevé que, dans leur rapport d'expertise du 22 juillet 2014, les experts n'avaient pas suffisamment tenu compte des ressources de la recourante et avaient sous-estimé l'importance de la majoration des symptômes. Il a notamment expliqué que l'examen neuropsychologique réalisé dans le cadre de l'expertise du 22 juillet 2014 n'était pas assorti de tests de validation, qui étaient pourtant indispensables dans un tel cas et qui étaient des arguments nécessaires pour prouver la majoration voire la simulation de certains symptômes.

Au vu de ces explications, qui n'ont pas été contestées de manière précise par la recourante, l'appréciation du Dr K_____ apparaît bien motivée.

La chambre de céans relève à cet égard que, l'activité habituelle de femme de chambre étant conforme aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert K_____, la capacité de travail de 70% que celui-ci retient vaut également pour toute autre activité adaptée.

5.1.3.2. S'agissant du rapport du 27 août 2015 du Dr C_____, il sied de relever que son appréciation diffère également de celle de l'expert psychiatre.

En effet, le neurologue traitant a retenu « un syndrome post-traumatique marqué », une perte des facultés cognitives transitoires sous forme de troubles de la concentration, des céphalées et malaises paroxystiques. Sur le plan objectif, il existait une atteinte vestibulaire bilatérale, et, sur le plan neuropsychologique, un ralentissement, des troubles attentionnels, un faible score aux épreuves de mémoire, une faiblesse des capacités de mobilisation psychique. Sur le long terme, persistaient des troubles de l'humeur, un « état anxiodépressif réactionnel » et une

symptomatologie douloureuse pouvant être assimilée à un trouble somatoforme. L'ensemble de ces affections conduisait à une incapacité de travail prolongée. L'affection médicale de la recourante avait une conséquence sur son incapacité professionnelle mais également sur sa vie quotidienne. En raison de la non-reconnaissance par sa hiérarchie professionnelle et le contexte familial parfois difficile, les ressources personnelles de la recourante n'étaient pas suffisantes pour recouvrer un état de santé permettant une reprise professionnelle.

La chambre de céans constate que l'avis du Dr C_____ n'est pas de nature à discréditer l'appréciation de l'expert K_____.

Le neurologue traitant, qui n'est au demeurant pas un spécialiste en psychiatrie, cite des atteintes générales d'ordre psychiatrique, notamment un « syndrome post-traumatique » et un « état anxiodépressif réactionnel », sans les détailler ou donner une analyse précise de ces atteintes. Il est rappelé que le Dr C_____ concluait déjà, dans son rapport du 27 juillet 2012, à un diagnostic de syndrome post-traumatique. Or, un tel diagnostic n'a été retenu par aucun spécialiste ou expert. Dans son rapport d'expertise du 20 avril 2019, le Dr K_____ a en outre explicité de manière satisfaisante et convaincante les motifs pour lesquels il n'était pas retenu de trouble somatoforme douloureux ni de diagnostic neuropsychologique et les raisons pour lesquelles le seul diagnostic incapacitant évoqué était un trouble dépressif de sévérité moyenne. Par ailleurs, s'agissant du ralentissement, des difficultés à se concentrer et des troubles du sommeil relevés dans le rapport du 27 août 2015 du Dr C_____, il y a lieu de constater qu'ils ont été pris en compte par le Dr K_____ dans l'établissement du diagnostic d'épisode dépressif. Il appert en outre que le Dr C_____ s'est livré à une appréciation divergente quant à la capacité de travail de la recourante, retenant une incapacité de travail totale. Or, force est de constater qu'à la lecture de son rapport, il n'est pas relevé d'élément objectif qui pourrait avoir été ignoré par l'expert K_____, de sorte que son point de vue ne saurait prévaloir sur celui de l'expert.

5.1.3.3. Dans son rapport du 27 août 2015, le Dr J_____, psychiatre traitant en 2015 et 2017, a posé le diagnostic d'« état dépressif avec une altération du fonctionnement adaptatif actuelle et passée dans des secteurs tels que les aptitudes sociales, interpersonnelles et professionnelles », et a conclu à une incapacité de travail de 100%. Le status psychiatrique montrait une difficulté de concentration, une baisse de l'humeur, une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités normalement agréables, une augmentation de la fatigabilité, une absence de forces pour les tâches quotidiennes, une sensation de troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement et de réveils fréquents associés à des cauchemars, et une rumination de sa situation tant sociale que professionnelle, ainsi que des idées noires sans velléités suicidaires. L'ensemble de ces symptômes montrait une fragilité de son état psychique et sans prise en charge spécialisée, le pronostic était mauvais. Il était important pour la recourante de bénéficier à la fois de mesures médicales sous la forme de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique,

et de mesures de réadaptations professionnelles. L'ensemble de ces troubles psychiques influençait de manière négative la capacité de travail et le rendement était faible. Les troubles de l'humeur de la recourante ne lui permettaient pas d'exercer une activité professionnelle.

Cette appréciation n'emporte pas la conviction de la chambre de céans.

Il sied de relever que le diagnostic « d'état dépressif » n'est pas précis, et le Dr J_____ n'argumente pas suffisamment comment « l'ensemble des troubles psychiques » de la recourante influencerait de manière négative sa capacité de travail au point de retenir une incapacité de travail totale. S'agissant du status psychiatrique, certains éléments constatés par le Dr J_____ rejoignent ce qui a été décrit par le Dr K_____, tels que la tristesse et la fatigabilité anormales, la diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi que la difficulté de concentration. Il appert toutefois que le Dr J_____ a fait état d'autres constatations, à savoir des troubles de réveils fréquents associés à des cauchemars, une rumination de sa situation sociale et professionnelle et des idées noires, qui n'ont pas été retenus par le Dr K_____. Or, ce dernier a expliqué que la recourante n'avait pas rapporté de culpabilité pathologique ou d'idées suicidaires. Il a expliqué que si la recourante était mal à l'aise face au regard des autres, c'était dans le contexte dépressif de celle qui se percevait comme jugée négativement. Partant, ces différents éléments du rapport d'expertise du Dr K_____ se prononcent de manière suffisamment claire sur les divergences contenues dans le rapport du Dr J_____, de sorte que celui-ci ne saurait remettre en cause les conclusions du Dr K_____.

5.1.4 Des rapports ont été transmis postérieurement au 17 avril 2023, la date de la décision litigieuse.

En conséquence, il convient d'évaluer pour chacun des éléments produits après le prononcé de la décision litigieuse si la chambre de céans doit en tenir compte ou non.

5.1.4.1. Pour contester la décision litigieuse, la recourante a produit le rapport du 15 août 2023 du Dr M_____ aux termes duquel, notamment, la recourante n'arrivait pas à exécuter toute seule certaines tâches quotidiennes en raison d'attaques de panique lorsqu'elle se retrouvait toute seule à faire ce travail, et aucune tâche ne pouvait être exigée dans l'état actuel de la recourante, uniquement des activités thérapeutiques. Sans contester explicitement le rapport d'expertise du Dr K_____, le médecin traitant a estimé qu'il convenait de mettre en place une nouvelle enquête ménagère ainsi qu'une nouvelle expertise psychiatrique pour vérifier la concordance des conclusions de l'expertise du 20 avril 2019 avec la réalité de la recourante. Lors de l'audience du 12 décembre 2023, le médecin traitant a apporté les précisions suivantes : « je suis la patiente depuis l'année dernière lorsqu'elle est venue me consulter pour la problématique administrative en lien avec sa demande AI, étant précisé que je l'avais vue ponctuellement en 2017, lors de sa dernière grossesse. (...) Je ne la suis pas fréquemment. Je l'ai vue à deux reprises

en 2022 et à deux reprises également cette année 2023. (...) Selon moi et selon un autre psychiatre qui l'a expertisée en 2019 à Sion à la demande de l'OAI, le Dr K_____, elle souffre d'un état dépressif qui était moyen en 2019. Maintenant, il faudrait une nouvelle expertise psychiatrique récente pour nous éclairer sur l'importance de l'état dépressif, c'est-à-dire sur l'évolution de cet état depuis 2019 et sur l'incapacité de travail qui est totale depuis 2019. Il m'est difficile de dire s'il y a une aggravation ou une amélioration depuis 2019 ; il me semble plutôt que son état dépressif est stationnaire et que cela l'empêche d'avoir une activité lucrative, même avec un pourcentage réduit, seule une activité occupationnelle étant à mon sens possible, ou alors il faudrait évaluer sa capacité de travail dans le cadre d'une structure comme les Établissements publics pour l'intégration (EPI). À mon sens, la patiente est en incapacité totale de travail en raison de ses symptômes psychiatriques, à savoir un état anxieux qui l'empêche de réaliser certaines tâches de manière régulière, même des tâches domestiques, et qui empêche tout flux de travail constant et naturel. Elle a aussi des problèmes de concentration : (...) Je confirme qu'elle a soudainement des attaques de panique qui arrivent soudainement avec une sensation de manquer d'air et des inquiétudes sur sa santé. Je n'ai pas été témoin d'une attaque de panique mais la description qu'elle en fait me semble très claire. Concernant les causes des attaques de panique, celles-ci n'ont souvent, de manière générale, pas d'explications précises. (...) j'ai pris connaissance de l'expertise du Dr K_____. Je suis d'accord avec son diagnostic. Par rapport à la capacité de travail que celui-ci retient, je ne suis pas psychiatre et mon avis serait donc moins probant. Cela étant, je pense que, plus qu'une évaluation médicale, il serait judiciaire d'évaluer la capacité de travail de ma patiente dans le cadre d'un stage d'observations. En outre, j'ai pu constater par moi-même des pertes de concentration (...) » (cf. procès-verbal d'enquêtes du 12 décembre 2023, pp. 1-2).

La chambre de céans constate tout d'abord que le Dr M_____ fait état d'éléments qui n'ont pas été pris en considération par le Dr K_____, soit les attaques de panique et l'état d'anxiété, décrits par le médecin traitant comme étant invalidants. Il convient d'établir si ces éventuelles atteintes existaient au plus tard au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 17 avril 2023. À cet égard, il convient de relever que seul un « état anxio-dépressif » ressort du rapport du 27 août 2015 du Dr C_____. Or, cette atteinte n'a été retenue par aucun psychiatre traitant ou expert ayant examiné la recourante, avant le prononcé de la décision attaquée. En outre, ni le rapport du 15 août 2023 ni l'audition du 12 décembre 2023 du Dr M_____ ne permettent d'établir qu'un tel état anxieux existait antérieurement à la décision litigieuse. En effet, ces attaques de panique et l'état d'anxiété sont mentionnés de manière précise pour la première fois dans le rapport Dr M_____ du 15 août 2023, qui est postérieur à la décision querellée. Le médecin traitant ne précise pas le moment de la survenance de ces éventuelles atteintes, étant précisé qu'il suit la recourante depuis le 22 juin 2022, et aucun rapport médical antérieur au 17 avril 2023 du médecin précité n'a été produit dans le cadre de la procédure.

Dans la mesure où le Dr M_____ semble estimer la capacité de travail de la recourante nulle en raison de ces éléments nouveaux, soit l'état anxieux et les attaques de panique, son appréciation de la capacité de travail ne saurait être prise en compte. Il convient en outre de préciser que le médecin traitant a lui-même estimé que son appréciation sur la capacité de travail de la recourante devait être considérée comme moins probante que l'avis du Dr K_____. En conséquence, son appréciation ne permet pas de discréditer l'appréciation de l'expert.

5.1.4.2. À la demande de la chambre de céans, le Dr C_____ a établi un rapport reçu le 12 mars 2024, dans lequel était retenu, à titre de diagnostics, un traumatisme craniocérébral avec brève perte de connaissance, commotion cérébrale, contusion occipitale et distorsion cervicale le 19 mai 2011 avec : des troubles neuropsychologiques consécutifs évalués en janvier 2012 dont un ralentissement cognitif, des troubles de l'attention et de la mémorisation, des céphalées, une fatigue intense ; un syndrome vestibulaire périphérique objectivé en mars 2012 avec traitement médicamenteux et de physiothérapie vestibulaire ; une souffrance psychologique avec un suivi psychiatrique. Le Dr C_____ a également diagnostiqué un kyste anévrysmal de l'os iliaque gauche en avril 2016, symptomatique depuis 2014 avec un suivi médical en cours, une lithiase rénale gauche diagnostiquée en février 2015, sans dilatation pyélocalicielle, non opérée, et un probable somnambulisme en cours d'investigation. La recourante présentait un état de fatigue intense, un état de stress, une panique, une angoisse, une gêne respiratoire, une hypersomnie, des malaises avec parfois une perte de connaissance, des crises d'angoisse et de stress quatre à cinq fois par jour. Au vu de ses troubles, était retenue une incapacité de travail totale dans toute activité depuis l'accident. Le Dr C_____ a en outre expliqué qu'au vu de ses troubles, il était difficile de retenir une capacité de travail dans une activité adaptée, la recourante ne pouvant respecter les horaires, se rendre au travail et rester au poste toute la journée. Toutefois, il a estimé que seul un examen effectué par un neuropsychologue voire un psychiatre permettrait de déterminer les pourcentages exacts de la capacité de travail et pour quel type d'activité. En raison de ses états de stress, de panique et de malaises, l'activité au quotidien était limitée et les activités habituelles du ménage restreintes.

La chambre de céans constate que ce rapport ne permet pas de jeter des doutes sur les conclusions de l'expertise du Dr K_____.

Si le neurologue a indiqué, lors de l'audience du 25 juin 2024 que l'état de santé concernant la partie traumatique aigue était résolue, il a toutefois confirmé, sur le plan psychologique, un état de stress post-traumatique par rapport à l'accident de 2011, sans se livrer à une analyse plus précise des motifs pour lesquels il retient une telle atteinte, étant rappelé qu'aucun autre médecin traitant ni le psychiatre consulté en 2015 et 2017 ne rapportent ce diagnostic. Invité à se déterminer sur les différentes expertises, soit celles de 2014, 2016 et 2019, le Dr C_____ a indiqué qu'il se demandait si le Dr K_____ avait suffisamment pris en compte l'aspect post-traumatique, avant de déclarer qu'il ne pouvait se prononcer valablement sur

l'aspect psychiatrique. Par ailleurs, lors de l'audience du 25 juin 2024 également, se prononçant sur le rapport du neuropsychologue L_____, le Dr C_____ a admis, à l'instar de ce dernier, que l'examen neuropsychologique devait être considéré comme non valable, estimant toutefois qu'il convenait de refaire un examen. Il a notamment indiqué : « L_____ a raison de considérer l'examen neuropsychologique comme non valable, les critères de validité n'étant pas remplis telle que la cohérence. Ceci montre que la patiente n'était, ce jour-là, pas dans une disposition psychologique à réaliser valablement cet examen. Il y avait probablement chez elle une incohérence plutôt qu'une majoration » (cf. procès-verbal d'enquêtes du 25 juin 2024, p. 2). Or, interrogé sur la majoration de symptômes retenue par L_____, notamment sur le fait que celle-ci était en grande partie inconsciente, le Dr C_____ a indiqué « je suis d'accord de ce qui vient d'être dit sur le rapport du neuropsychologue » (cf. procès-verbal d'enquêtes du 25 juin 2024, p. 3). Ce faisant, le Dr C_____ admet une majoration de symptômes inconsciente (cf. à ce sujet ATAS/1043/2022 du 9 novembre 2022 consid. 7.3.3, p. 32), de sorte que l'invalidation du test neuropsychologique en raison d'une incohérence retenue par le Dr C_____ plutôt que d'une majoration ne saurait être suivie. Un nouvel examen neuropsychologique apparaît dès lors superflu. S'agissant des céphalées retenues par le Dr C_____, celles-ci ne sont pas suffisamment étayées par ce dernier pour les retenir comme incapacitantes. En effet, questionné à ce sujet lors de l'audience du 25 juin 2024, le Dr C_____ a indiqué : « je confirme que les céphalées peuvent occasionner une perte de rendement, en ce sens concrètement qu'un jour ma patiente pourra aller travailler à 100% et pas le lendemain, par exemple. Il s'agirait d'une incapacité de travail plutôt que d'une perte de rendement, à établir sur la base d'un agenda de maux de tête. Quand elle a des céphalées, cela dure toute la journée, et il est possible que ce soit en moyenne un épisode par semaine, par exemple, mais je ne peux pas l'établir faute d'un agenda de maux de tête. Je précise qu'il arrive que l'on puisse travailler avec des maux de tête mais avec une perte de rendement. (...) » (cf. procès-verbal d'enquêtes du 25 juin 2024, p. 3). Ainsi, les céphalées, leurs fréquences et leurs conséquences ne sont pas décrites de manière précise et concrète par le neurologue traitant – quand bien même il dit avoir déjà vu sa patiente avec des maux de tête (« pâle, blanche, les traits tirés et très fatiguée ») –, et les explications de ce médecin ne permettent pas de reconnaître cette atteinte comme étant incapacitante. Il est par ailleurs rappelé qu'à la suite de l'expertise du 22 juillet 2014, les céphalées avaient été jugées non incapacitantes. En outre, la recourante ne fait pas valoir de troubles somatiques, si ce n'est « les conséquences somatiques de ses angoisses » (cf. procès-verbal de comparution personnelle des parties du 12 décembre, p. 5). Ainsi, le Dr C_____ n'amène pas d'arguments suffisamment probants permettant de mettre en doute les diagnostics retenus par le Dr K_____.

De plus, on constate que l'analyse de la capacité de travail du Dr C_____ comporte des contradictions. D'une part, il retient une incapacité de travail totale dans toute activité, et d'autre part, il indique ne pas être en mesure de déterminer le pourcentage

d'incapacité de travail dans une activité adaptée, laissant le soin à des spécialistes, neurologue voire psychiatre, d'effectuer une telle analyse. En outre, selon le neurologue traitant, la recourante gardait de l'accident du 19 mai 2011 des comportements d'évitement, une agoraphobie, et des états d'angoisse et de panique qui l'empêchaient de planifier sa journée, de même que des malaises, survenant plusieurs fois par semaine, voire plusieurs fois par jour, et ce depuis 2011. Toujours selon le neurologue traitant, les états d'angoisse et de panique dataient depuis le début mais s'étaient renforcés. Or il sied de relever que le Dr C_____, qui suit la recourante depuis 2011, a seulement mentionné en 2015 un « état anxiodépressif », sans aucune précision à ce sujet, et n'a jamais fait état de crises d'angoisse ou de crises de panique dans ses rapports antérieurs à la décision litigieuse.

Au vu de ces éléments, l'appréciation du Dr C_____, comportant des contradictions, ne saurait remettre en cause les conclusions du Dr K_____.

5.1.4.3. Il sied également de relever que l'argumentation de la recourante ne permet pas non plus de mettre en doute les conclusions de l'expert.

Dans ses observations du 17 août 2023 et lors de la comparution personnelle du 12 décembre 2023, elle a fait valoir de nouvelles limitations, à savoir les crises d'angoisse. Elle décrivait des attaques de panique lorsqu'elle se retrouvait toute seule à devoir effectuer des tâches du quotidien et indiquait qu'il lui arrivait de ne pas parvenir à sortir de chez elle en raison de fortes angoisses et d'anxiété invalidante (*cf.* observations du 17 août 2023). L'angoisse était tellement forte qu'elle avait envie de « finir [ses] jours ». De plus, depuis la première expertise en 2014, elle peinait à maîtriser ses angoisses et son stress et, depuis l'expertise du Dr K_____, l'angoisse montait plus qu'auparavant (*cf.* procès-verbal d'audience de comparution personnelle du 12 décembre 2023, p. 4).

Toutefois, comme précédemment relevé, aucun élément au dossier ne permet de démontrer que ces symptômes existaient antérieurement au 17 avril 2023. La recourante n'a en outre jamais fait valoir des crises d'angoisses ni des attaques de panique avant le prononcé de la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne saurait être suivie lorsqu'elle invoque une aggravation de son état d'angoisse après les différentes expertises. Il ressort également du dossier qu'il n'existe aucun suivi psychiatrique régulier antérieur à la décision litigieuse, excepté celui chez le Dr J_____ qui s'était déroulé du 24 février au 27 août 2015 (*cf.* rapport du 14 février 2017 du Dr J_____) ainsi qu'à huit reprises entre les 24 février et 27 août 2017 (*cf.* certificat du 7 novembre 2024 du Dr J_____). Si la recourante estimait que son état psychique s'était péjoré après l'expertise du 22 juillet 2014, il est pour le moins étonnant qu'elle n'ait pas consulté un psychiatre de façon régulière. Il est rappelé à cet égard que, selon la jurisprudence, lorsque l'on examine le caractère invalidant d'un trouble psychiatrique, le défaut de coopération optimale (par ex. suivi d'une thérapie médicalement indiquée) conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3). Ainsi, le fait que la recourante n'ait pas entamé de suivi

régulier durant toutes ces années est un indice supplémentaire du caractère non entièrement invalidant de son atteinte psychique. En outre, la recourante a indiqué continuer à conduire sa voiture, malgré ses crises. Or, cela paraît contradictoire qu'elle puisse gérer la conduite d'un véhicule et ne pas pouvoir effectuer de tâches ménagères lors de la survenance des attaques de panique et des crises d'angoisse.

5.1.4.4. Enfin, la chambre de céans a invité la Dre P_____, psychiatre traitante depuis le 29 mars 2024, à rendre un rapport médical. Le 24 juillet 2024, elle a posé les diagnostics suivants : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) ; une agoraphobie (F40.0) ; une anxiété généralisée (F41.1) ; un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; un status post traumatisme crânien (19 mai 2011) ; un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen ; un surpoids. La recourante était au bénéfice d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré sous forme d'entretiens réguliers et un traitement médicamenteux de Sertraline à raison de 50mg par jour qui serait augmenté à 100mg par jour. Il était retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et une activité adaptée. La capacité de travail était nulle depuis mars 2024, à savoir dès le début du suivi. La Dre P_____ a indiqué ne pas connaître la capacité de travail de la recourante au 17 avril 2023. Elle ne savait pas non plus s'il y avait une diminution de rendement. Au vu de la décompensation actuelle sur le plan thymique avec un traitement récemment introduit et l'attente de la mise en place d'un traitement pour les apnées du sommeil, il était difficile d'exiger une quelconque reprise d'activité. Le pronostic demeurait réservé. Des mesures de réadaptations professionnelles étaient à envisager dès qu'une amélioration clinique était percevable.

Par avis du 4 septembre 2024, le SMR a retenu que ce rapport rendait certes plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, mais, dans la mesure où le suivi psychiatrique avait été entamé bien postérieurement à la décision litigieuse, il ne permettait pas de remettre en cause l'appréciation médicale précédente.

Contrairement à ce que soutient la recourante dans sa dernière écriture sans néanmoins préciser de date de début de traitement, la Dre P_____, en répondant à la question 11 (« Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite ou nulle dans son activité habituelle ? ») « Depuis mars 2024, à savoir le début de notre suivi », a confirmé de manière claire un début de suivi en mars 2024. En outre, à la question 12 (« En particulier, quelle était sa capacité de travail dans son activité habituelle et/ou dans une activité adaptée au 17 avril 2023 ? »), la psychiatre traitante a répondu: « Pas connue ».

La chambre de céans estime que le rapport de la Dre P_____ fait état d'une éventuelle aggravation. Toutefois, ce rapport, établi postérieurement à la décision litigieuse, ne permet en tout état de cause pas d'attester, pour la période antérieure au 17 avril 2023, de l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), une agoraphobie (F40.0), une anxiété

généralisée (F41.1), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen. La psychiatre traitante a elle-même indiqué ne pas connaître la capacité de travail de la recourante à cette date-là. En outre, il est relevé que le traitement psychiatrique a été introduit récemment, ce qui est un indice en faveur de ce qu'une éventuelle aggravation serait survenue postérieurement à la décision litigieuse.

Au vu de ces éléments, contrairement à ce que fait valoir la recourante, si une telle aggravation était avérée, elle ne se serait produite qu'après le prononcé de la décision litigieuse rendue le 17 avril 2023 et ne pourrait donc pas être prise en considération dans le cadre de la présente procédure. Il en va ainsi notamment de l'état d'anxiété et des attaques de panique allégués. Il appartient à l'assurée de déposer le cas échéant une nouvelle demande de prestations AI faisant état d'une telle péjoration.

5.1.5 Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr K_____ et du SMR selon lesquelles, la capacité de travail de la recourante sur le plan psychique était de 70% dans son activité habituelle et dans une autre activité adaptée dès le mois de juin 2011, avec les limitations fonctionnelles suivantes : diminution de l'endurance, le fait que la recourante pouvait commettre des erreurs en cas de sur-sollicitation, tendance à se mettre en retrait et à adopter une attitude passive-agressive en cas de tension avec son interlocuteur.

La chambre de céans relève toutefois que, s'agissant de l'aspect somatique, l'intimé a omis de prendre en compte la période d'incapacité de travail totale de la recourante du 19 mai 2011 jusqu'à fin décembre 2012, des suites de son accident du 19 mai 2011 qui avait été retenue par expertise du 22 juillet 2014. Cette appréciation avait été confirmée par la chambre de céans dans son arrêt du 4 décembre 2017 (ATAS/1078/2017), étant relevé que le renvoi pour instruction complémentaire concernait uniquement le volet psychique. Ainsi, il convient de retenir une incapacité de travail totale sur le plan somatique du 19 mai 2011 jusqu'à fin décembre 2012, en parallèle d'une incapacité de travail de 30% à compter du mois de juin 2011 dans l'activité habituelle et une activité adaptée en raison de troubles psychiques. Cette erreur de l'intimé n'a toutefois aucune conséquence sur l'issue du litige (*cf.* ci-dessous).

Aussi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il sera renoncé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

5.2 Il s'agit maintenant d'examiner l'invalidité de la recourante dans la sphère ménagère.

5.2.1 L'intimé, se fondant sur le rapport du 3 février 2020 relatif à une nouvelle enquête ménagère réalisée le 30 janvier 2020 au domicile de la recourante, a considéré que cette dernière présentait des empêchements totaux de 15.5% qui étaient totalement compensés par l'aide exigible de ses proches, aboutissant à un degré d'invalidité nul.

La recourante conteste ce taux, estimant que son empêchement est entier. Elle fait notamment valoir que les limitations fonctionnelles mentionnées par l'enquêtrice étaient incomplètes et que ses empêchements ne pouvaient pas être palliés par les membres de sa famille, l'aide apportée étant supérieure à ce qui était raisonnablement exigible. La recourante s'appuie notamment sur l'appréciation de ses médecins traitants. Ce faisant, elle remet en cause essentiellement les conclusions du rapport d'expertise du Dr K_____.

5.2.2 Il sied ainsi de déterminer si une pleine force probante peut être accordée à cette enquête ménagère.

Ce document a été établi par une personne qualifiée, au domicile de la recourante. Il mentionne l'atteinte à la santé incapacitante ainsi que les limitations fonctionnelles retenues par l'avis du SMR du 30 avril 2019, lui-même basé sur l'expertise du Dr K_____. L'enquêtrice a également consigné les indications de la recourante pour chaque champ d'activité. Elle disposait par conséquent d'un dossier complet afin d'apprécier au mieux les empêchements de la recourante dans la sphère ménagère.

Contrairement à l'opinion de la recourante et conformément à l'analyse susmentionnée, le rapport d'expertise du Dr K_____ a pleine valeur probante, de sorte que c'est à juste titre que l'enquêtrice s'est fondée sur les conclusions de celui-ci. Pour rappel, l'expert psychiatre a retenu, comme diagnostic incapacitant, un épisode dépressif moyen (F32.1) et, comme diagnostic non incapacitant, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), et a conclu à une capacité de travail en tant que femme de chambre de 70%, avec les limitations suivantes : diminution de l'endurance, erreurs en cas de sur-sollicitation, tendance à se mettre en retrait et à adopter une attitude passive-agressive en cas de tension avec son interlocuteur.

Dans les conclusions de son rapport du 3 février 2020, l'enquêtrice a tenu compte, pour chacun des postes, des limitations précitées.

Ainsi, l'enquêtrice a rapporté, pour le poste en lien avec l'alimentation, que la recourante peinait à planifier et exécuter les tâches et que sa famille se débrouillait sans son aide. L'enquêtrice a estimé que la recourante devrait pouvoir assumer la préparation des repas pour sa famille et nettoyer la cuisine, et a pris en compte une diminution de l'endurance pour accomplir les activités, retenant ainsi un empêchement de 10%. S'agissant de l'entretien du logement, l'enquêtrice a rapporté que la recourante estimait ne rien pouvoir faire et se plaignait d'oublier ce qu'elle devait faire, de sorte que son entourage apportait de l'aide. Selon l'enquêtrice, elle devrait toutefois pouvoir assumer les tâches d'entretien dans son logement avec une diminution de l'endurance pour organiser et accomplir ces tâches. Elle a ainsi retenu un empêchement de 20%. S'agissant des achats, l'enquêtrice a relevé que la recourante ne faisait que rarement les courses et les achats. Elle pouvait se rendre dans les commerces du quartier mais elle se sentait rapidement angoissée et

indiquait ne pas supporter le regard des gens sur elle. Elle sortait avec son fils ou son époux ou alors ne sortait pas. Elle ne s'occupait plus de ses travaux administratifs. L'enquêtrice a évalué que la recourante devrait pouvoir effectuer les courses et achats divers pour sa famille ainsi que les tâches administratives qu'elle effectuait avant l'atteinte à la santé. Elle a toutefois pris en compte une diminution de l'endurance pour planifier et effectuer les achats et courses ainsi que pour gérer les tâches administratives, retenant ainsi un empêchement de 20%. Quant à la lessive et à l'entretien des vêtements, l'enquêtrice a rapporté que la recourante s'estimait capable de trier du linge et le mettre en machine, mais n'accomplissait que rarement cette activité. Elle attendait que sa famille s'en charge ou le faisait parfois avec son fils aîné. Elle ne faisait pas de repassage, ne pliait pas le linge ou ne rangeait pas celui-ci. L'enquêtrice a estimé que la recourante devrait pourvoir assumer l'entretien du linge pour sa famille avec une diminution de l'endurance. L'empêchement retenu était de 10%. Enfin, s'agissant des soins et assistance aux enfants et aux proches, l'enquêtrice a noté qu'en 2017, le troisième enfant de la recourante était né. Selon les dires de la recourante, elle peinait à remplir son rôle de mère auprès de ses enfants mais essayait de les accompagner aux activités extérieures. Elle accompagnait son cadet et le faisait garder chez une « nounou » les après-midis, et les autres enfants se rendaient à l'école de manière autonome. Elle se rendait aux réunions de parents à l'école. L'enquêtrice a estimé que la recourante devrait pouvoir assumer les tâches éducatives auprès des trois enfants, avec une diminution de l'endurance. Un empêchement de 20% a été retenu.

Force est de constater que les empêchements retenus pour les postes précités sont en adéquation avec les conclusions de l'expertise psychiatrique du 20 avril 2019. Il est notamment relevé que les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise ont été prises en considération par l'enquêtrice qui a retenu une diminution de l'endurance pour chacun des postes examinés.

En outre, les appréciations sur lesquelles se réfère la recourante pour contester le taux d'empêchement de 15.5% sur le plan ménager ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas. Il est rappelé à cet égard que les avis des médecins traitants, soit ceux des Drs M_____ et C_____, ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre. Au demeurant, il ressort de ces différents rapports que la recourante ne serait plus en mesure d'effectuer ses tâches ménagères quotidiennes en raison d'attaques de panique et de stress (*cf.* rapports du 15 août 2023 du Dr M_____ et du 12 mars 2024 du Dr C_____). Or, comme déjà relevé, la chambre de céans ne saurait prendre en considération ces symptômes dans la mesure où elle ne retient pas leur existence antérieurement au prononcé de la décision litigieuse. Quant à l'appréciation de la Dre P_____, celle-ci n'est d'aucune aide dès lors qu'elle concerne uniquement l'état de santé de la recourante pour la période postérieure au 17 avril 2023.

Quant à l'exigibilité de 15.5% retenue par l'enquêtrice, celle-ci ne porte pas flanc à la critique.

Comme rappelé *supra*, en vertu du principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité, la recourante, rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers, doit organiser son travail mais aussi solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée (cf. ATF 141 V 642 consid. 4.3 ; 133 V 504 consid. 4.2).

Dans le cas d'espèce, il sied tout d'abord d'admettre avec la recourante que l'aide de la belle-sœur, ainsi que tous les membres de la famille qui ne partagent pas le foyer, ne saurait être pris en considération. Cela étant dit, le taux d'exigibilité de 15.5% ne saurait être contesté. En effet, la recourante raisonne comme si elle ne pouvait plus effectuer son activité ménagère et que les membres de sa famille vivant sous le même toit, soit son époux et ses deux premiers enfants, devaient s'occuper entièrement de toutes les activités ménagères. Or, il ressort du rapport d'enquête, basée sur les limitations fonctionnelles retenues par l'expertise psychiatrique du Dr K_____, que la recourante est manifestement capable de s'occuper de toutes les tâches ménagères, avec toutefois une diminution de l'endurance. Ainsi, pour pallier à cette baisse d'endurance, il incombe à la famille de s'organiser afin de décharger la recourante. Il est rappelé que trois personnes font ménage commun avec la recourante (il n'est pas tenu compte du cadet qui avait deux ans au moment de l'enquête ménagère), un adulte et deux adolescents âgés de 15 et 12 ans au moment de l'enquête ménagère. On ne saurait retenir comme disproportionnée une exigibilité de 15.5% réparti entre ces trois personnes. Le fait que l'entente avec l'époux se soit dégradée et que celui-ci n'apporte pas une aide concrète ne change nullement cette appréciation puisqu'il est rappelé que la personne qui requiert des prestations de l'AI doit se laisser opposer le fait que des tiers comme le conjoint (art. 159 al. 2 et 3 CC) ou ses enfants (272 CC) sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.2).

L'exigibilité de 15.5% des proches n'est ni excessive ni disproportionnée.

5.2.3 En conséquence, les griefs de la recourante envers l'enquête ménagère sont infondés et celle-ci doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Par conséquent, il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'enquête ménagère retenant un empêchement pondéré sans exigibilité de 15.5% et, avec exigibilité, de 0%.

5.3 S'agissant du calcul du taux d'invalidité de la recourante, la chambre de céans rappelle qu'il convient de retenir une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 19 mai 2011 et de 30% dans une activité adaptée (y compris celle habituelle) dès janvier 2013.

Or, l'intimé a procédé aux calculs de l'invalidité en tenant compte d'une capacité de travail de 50% exigible dans l'activité habituelle, au lieu d'un taux de 70%.

Toutefois, cette erreur, admise en demeurant par l'intimé, n'influence pas l'issue du litige pour les motifs qui suivent.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

En l'occurrence, au vu de l'incapacité de travail totale dès le 19 mai 2011 (début du délai de carence), l'échéance de ce délai arrivait au 19 mai 2012. Toutefois, dans la mesure où la demande de prestations a été déposée tardivement, soit le 8 octobre 2012, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à compter du mois d'avril 2013. À cette date, l'état de santé de la recourante s'était améliorée, permettant d'établir une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et dans une autre activité adaptée, et ce dès janvier 2013.

En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité pour la période comprise entre début 2013 et fin 2017, on applique le système de calcul en vigueur avant le 1^{er} janvier 2018 (soit sans extrapolation à plein temps de l'activité partiel). Il ressort de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIAI) de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), ch. 3102, dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2018 (état au 1^{er} janvier 2017) : une capacité de travail de 50% par rapport à une activité à plein temps, par exemple, autorise une activité à mi-temps ; dans la mesure où une activité de cet ordre était exercée avant la survenance de l'atteinte à la santé et pourrait être poursuivie, il ne peut en résulter aucune limitation notable, ni une invalidité.

La recourante étant reconnue capable de travailler à 70% dans son activité habituelle, elle était en mesure d'exercer concrètement son activité de 50%, de sorte qu'il ne peut en résulter aucune limitation ni invalidité. Il en découle que le calcul de l'intimé est correct dans la mesure où il retient une absence totale de « perte économique/empêchement » non seulement pour les travaux habituels mais aussi pour l'activité professionnelle.

En ce qui concerne la situation dès 2018, on applique le nouveau système de calcul (avec extrapolation à plein temps). Le taux d'invalidité global peut se déterminer à l'aide de la formule suivante : (% part lucrative x % invalidité) + (% part ménagère x % handicap). Dans sa décision litigieuse, l'intimé a tenu compte d'une perte économique de 50% dans l'activité professionnelle. Or, la recourante étant capable de travailler à un taux de 70% dans son activité habituelle, la perte économique

aurait dû correspondre à un taux de 30%. Le calcul suivant aurait dû être appliqué : $(50\% \times 30\%) + (50\% \times 0\%) = 15\%$ de perte de gain, et non 25% comme retenu par l'intimé. Ce taux reste toutefois inférieur au taux d'invalidité minimal de 40% requis par la loi (art. 28 al. 2 LAI) pour bénéficier d'une rente de l'AI.

Au demeurant, même si une incapacité de travail de 50% (au lieu de 30%) avait été retenue, la perte de gain aurait été nulle jusqu'au 31 décembre 2017, puis de 25% dès le 1^{er} janvier 2018, ce qui serait en tout état de cause insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

5.4 Pour le surplus, il est relevé que la recourante ne sollicite pas de mesures professionnelles.

6. Vu ce qui précède, la décision querellée est conforme au droit et le recours sera rejeté.
7. La recourante, représentée par une avocate, n'a pas droit à une indemnité de procédure dans la mesure où elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF – RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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