

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2363/2023

ATAS/816/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 octobre 2024

Chambre 8

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Sarah BRAUNSCHEMIDT SCHEIDEGGER

contre

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

intimé

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1973, a travaillé comme employée de maison.

b. En date du 17 juillet 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'office ou l'intimé) où elle a annoncé être femme au foyer depuis le 1^{er} août 2009 et souffrir d'atteintes depuis fin octobre 2009. Séparée de son mari, elle était soutenue financièrement par l'aide sociale.

c. Par rapport du 28 août 2012, la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi que de rhumatologie, a indiqué que l'assurée présentait un surmenage, un épuisement, des malaises d'origine indéterminée, des douleurs au poignet, à la main et à l'épaule du côté droit. Elle concluait à une capacité de travail dans son activité habituelle de 100% avec une diminution de rendement de 25%, étant précisé que l'activité devait être légère, permettre l'alternance des positions, sans port de charge répétitif de plus de 5kg et de 8 à 10kg occasionnellement. Le Docteur C_____, médecin praticien FMH, a conclu à une reprise de 50% depuis le 15 mai 2012.

d. Par rapport du 28 août 2012, le Dr C_____ a signalé avec répercussion sur la capacité de travail une ténosynovite sténosante D5 à droite avec une cure chirurgicale en 2010. L'assurée souffrait de douleurs de la paume de la main droite avec blocage et raideur des doigts (D4-D5). Elle était gênée au port de charge et tout ce qui impliquait une préhension de la main droite. Il concluait à une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50% dès le 15 mai 2012 en raison des difficultés de mobilisation de la main droite.

e. Monsieur D_____, ancien employeur de l'assurée, a indiqué avoir employé cette dernière du 1^{er} mars 2003 au 31 décembre 2004. Il avait résilié le contrat de travail car il n'avait plus besoin de ses services, son fils ayant quitté la maison.

f. Le 26 juillet 2013, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional (ci-après : SMR).

Il ressortait du rapport des docteurs E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que sur le plan psychiatrique l'assurée ne souffrait d'aucun trouble incapacitant. Sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée présentait une incapacité totale dans son activité d'employée de maison. Dans une activité respectant les limitations de son membre supérieur droit, la capacité de travail était complète depuis le 28 octobre 2009, mise à part une période d'incapacité de travail transitoire de trois mois découlant de l'opération du 5^{ème} doigt de la main droite. Il était toutefois précisé que l'assurée ne travaillait pas actuellement car elle devait s'occuper de son fils handicapé. Ce point était certes un facteur extra-

médical, mais les examinateurs laissaient l'office étudier les possibilités d'aide qu'il pouvait procurer à l'assurée pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle.

g. Dans le questionnaire sur le statut, l'assurée a répondu le 29 octobre 2013 que la prise en charge de son fils handicapé lui prenait trop de temps, notamment en raison des nombreux rendez-vous à l'extérieur, ce qui rendait compliquée, voire impossible une activité professionnelle même à temps partiel.

h. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée. Selon le rapport du 29 octobre 2013, sans atteinte à la santé, l'assurée serait femme au foyer. Elle avait fait ce choix au moment de la séparation d'avec son mari afin de pouvoir s'occuper de son fils à plein temps. Sur le plan financier, elle subsistait grâce à l'aide de l'Hospice général et des allocations versées pour son fils, ce qui lui suffisait pour vivre. L'enquête concluait à un statut de ménagère. L'empêchement dans le ménage était fixé à 17,9%, étant précisé que l'assurée vivait seule avec son fils de cinq ans, aucune exigibilité des proches n'avait été retenue.

i. Par décision du 5 février 2014, l'office a notifié un refus de rente d'invalidité.

B. a. En date du 10 décembre 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office qui mentionnait une incapacité de travail dès 2009.

b. Dans son rapport du 19 février 2021, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que l'assurée souffrait de trouble gastro-intestinal, d'épigastralgies et pirosis chronique, de multiples épisodes de malaises d'origine indéterminée, d'un méningiome paramédian gauche, de coxalgies, d'un trouble anxio-dépressif chronique, de tremblements fluctuant des membres supérieurs connus depuis 2014, de cervico-disco arthrose avec pincement C5-C6, de lombalgie, étant précisé que des infiltrations avaient été réalisées en mars 2018 avec une bonne réponse à la douleur, et d'omalgie droite ayant conduit à une intervention en juillet 2018. Selon son appréciation, l'état anxio-dépressif chronique était le seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et l'assurée pouvait reprendre une activité adaptée à hauteur de trois heures par jour. L'assurée s'occupait de toutes les tâches ménagères et de son fils.

c. Le rapport des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 15 mars 2021 a relevé que les troubles de la mémoire et de l'équilibre restaient d'étiologie indéterminée, une origine fonctionnelle était probable dans le contexte des troubles thymiques sous-jacents, il était dès lors proposé une prise en charge psychologique. À défaut d'amélioration, un bilan neuropsychologique serait indiqué. S'agissant des tremblements, il était préconisé un traitement d'épreuve avec du propranolol.

d. Selon le rapport du 15 mars 2021, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait opéré l'assurée en juillet 2018, mais il ne la suivait plus depuis fin novembre 2018. Il

concluait qu'une reprise dans une activité adaptée était possible dès le 1^{er} novembre 2018 et il n'avait pas retenu de limitation lors du dernier contrôle du 29 novembre 2018.

e. Dans son rapport du 25 mars 2021, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Dans les antécédents de l'assurée, il fallait relever une tentative de suicide médicamenteuse à l'âge de 20 ans suite à une déception amoureuse ainsi qu'un suivi depuis plusieurs années dans un contexte de trouble dépressif. Elle devait réaliser ses tâches ménagères petit à petit car cela lui prenait beaucoup d'énergie et pouvait générer des tremblements et des vertiges, étant précisé qu'elle gérait seule son ménage, son fils souffrant d'handicaps. Les tâches administratives étaient difficiles à effectuer compte tenu des difficultés de concentration, elle était aidée par son assistant social. Elle gérait ses affaires en fonction des priorités avec un accent particulier mis sur la situation de son fils. Sa capacité de travail était nulle du fait des difficultés physiques et psychiques.

f. Par rapport du 10 juin 2021, le docteur J_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, a indiqué n'avoir vu que ponctuellement l'assurée. Il n'y avait pas de restrictions d'un point de vue gastroentérologue selon le dernier bilan de septembre 2020.

g. Dans son rapport du 14 novembre 2021, le Dr G_____ concluait à un état de santé globalement stable hormis l'apparition récente d'une sialo-adénite probable. L'assurée pouvait exercer une activité professionnelle adaptée.

h. Par rapport du 3 décembre 2021, le Dr I_____ a fait état d'une évolution modestement favorable, un effondrement et une hospitalisation ayant pu être évités, la situation restant fragile. L'état de santé était fluctuant. L'assurée présentait toujours un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Au niveau des limitations, il fallait retenir une fatigabilité, un manque d'énergie, des fluctuations thymiques et des fonctions cognitives limitées. Il concluait à une totale incapacité de travail. Elle pouvait s'imaginer reprendre une activité à 30%, mais cela était impossible pour le moment en raison des soins apportés à son fils.

i. Dans le questionnaire relatif au statut, l'assurée a répondu le 23 février 2022 ne pas avoir envisagé d'augmenter son taux d'activité professionnelle car cela était impossible au vu des rendez-vous médicaux nécessaires pour son fils et elle-même.

j. L'office a diligenté une expertise psychiatrique auprès du docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Il ressortait du rapport d'expertise du 29 décembre 2022 que l'assurée faisait son ménage sans besoin d'aide, mais à son rythme en étant ralentie en fonction de ses douleurs. Elle aimerait retravailler, mais elle n'avait pas de force et ne pourrait travailler que lorsqu'elle allait mieux, mais elle avait mal tous les trois jours, de sorte qu'elle ne pourrait pas assurer dans la durée. L'expert a noté des

incohérences dans le sens d'autolimitations et d'une demande de rente à 100% alors que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles modérées selon l'examen clinique et la description du déroulement d'une journée type où elle gérait seule son quotidien malgré une fatigue qui la ralentissait. L'expert a développé que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles modérées dans tous les domaines d'activité en raison d'un ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration également modérés. À titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, il était retenu un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et un trouble douloureux somatoforme persistant, tous deux depuis octobre 2020. Le pronostic de reprise professionnelle dépendait de la motivation de l'assurée, d'un changement du traitement antidépresseur et d'une aide pour une réadaptation professionnelle dans une activité adaptée d'un point de vue somatique au cas où l'assurée serait motivée par une reprise professionnelle. En cas de changement d'antidépresseur avec suivi hebdomadaire, il existait 75% de chances d'augmenter la capacité de travail à 100% en une année. Il était conclu à une capacité de travail de 60% dans toute activité depuis octobre 2020.

k. Par avis du 11 janvier 2023, le SMR a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 28 octobre 2009 et de 60% dans une activité adaptée aux limitations somatiques dès le 12 octobre 2020, une révision à une année était préconisée au vu des recommandations de l'expert.

l. Une nouvelle enquête ménagère a été réalisée le 2 mai 2023. Il en est ressorti que l'assurée avait indiqué avoir fait plusieurs malaises récemment, vertiges avec chute, de sorte qu'une reprise d'activité professionnelle n'était, selon elle, pas envisageable. L'assurée avait peine à évaluer à quel taux elle travaillerait sans atteinte à la santé, vu l'ancienneté de ses troubles. Elle élevait seule son fils qui souffrait d'un trouble du développement, raison pour laquelle elle devait l'accompagner à de nombreux rendez-vous. Elle ne pensait pas avoir pu travailler à plus de 60%. Une activité à temps partiel aurait été suffisante vu qu'elle percevait une pension alimentaire, une allocation pour impotence de degré moyen pour son fils et les allocations familiales. L'enquête avait conclu à un empêchement dans le ménage de 4,4%.

m. Par note du 5 mai 2023, l'office a retenu un statut mixte à l'assurée, 60%-40%.

n. Par projet de décision du 9 mai 2023 confirmé par décision du 14 juin 2023, l'office a refusé le droit à la rente.

C. a. Par acte du 14 juillet 2023, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'office auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : Cour de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'audition de témoins et à la réalisation d'une expertise judiciaire, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

b. Par réponse du 14 août 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par acte du 16 octobre 2023, la recourante a notamment fait valoir que ses atteintes somatiques n'avaient pas été investiguées. Elle contestait les pondérations et empêchements admis dans l'enquête ménagère ainsi que les prémisses retenues par l'enquêtrice. Elle considérait avoir une incapacité de travail de 50% dans la sphère ménagère. Le Dr G_____ n'était plus son médecin traitant depuis longtemps, elle était suivie par le Docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui n'avait jamais été interrogé. Elle relevait que les derniers éléments médicaux recueillis remontaient à 2021. Sur demande du Dr L_____, elle était suivie par le docteur M_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, de la Clinique de la douleur de l'Hôpital de la Tour. Elle effectuait des injections de dénervation au niveau des lombaires depuis juin 2023 et une ponction au niveau des cervicales était jugée nécessaire. Elle présentait également des lâchages de la jambe droite, ce qui avait conduit à des chutes. Elle allait faire l'objet d'examens complémentaires. Elle considérait dès lors que son dossier avait été insuffisamment instruit sur le plan médical, une expertise rhumatologique et neurologique était nécessaire. Elle sollicitait son audition et celle des Drs L_____, M_____ et I_____ ainsi que la réalisation d'une expertise rhumatologique et neurologique judiciaire. Elle persistait pour le surplus.

d. Par acte du 21 novembre 2023, l'intimé a persisté faisant valoir que toutes les atteintes avaient été suffisamment investiguées.

e. En date du 18 avril 2024, l'office a transmis à la Cour de céans un rapport des HUG du 20 février 2024, la lettre de sortie des soins aigus des HUG du 1^{er} mars 2024 et un rapport d'examen neuropsychologique du Centre NPSI du 12 avril 2024.

Il ressort du rapport de consultation préopératoire du 20 février 2024 que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 15 décembre 2023 a mis en évidence une importante hernie discale C4-C5 avec une compression du cordon médullaire et des signes de myélopathie débutante ainsi qu'un bombement discal latéralisé droite en C3-C4 et une discopathie dégénérative C5-C6 sans compression médullaire. Vu la situation, une libération du canal médullaire était proposée, l'évolution naturelle de la maladie faisant craindre des risques de myélopathies peu réversibles en cas d'augmentation. Compte tenu de la compression en C4-C5 et en C3-C4, il était également préconisé une double discectomie cervicale antérieure avec fusion.

La lettre de sortie du 1^{er} mars 2024 notait que la recourante avait été opérée le 27 février 2024.

Quant au rapport d'examen du 12 avril 2024, il mettait notamment en évidence :

- « - un déficit léger à modéré d'inhibition et de flexibilité mentale ;
- un dysfonctionnement attentionnel caractérisé par un déficit de déplacement du foyer attentionnel modéré, un déficit modéré à sévère de vitesse de

traitement associés à des fluctuations attentionnelles, un déficit sévère d'attention divisée et d'attention soutenue ;

- un dysfonctionnement mnésique caractérisé par des légères difficultés de mémoire à court terme, un déficit de mémoire verbale modéré à sévère et légère en modalité visuelle ».

Le tableau était dominé par les déficits attentionnels, exécutifs et langagiers qui vraisemblablement se répercutaient sur les déficits mnésiques. L'impact de la situation médicale, sociale et thymique de la patiente sur l'intensité du tableau ne pouvait pas être exclue. Une évaluation neurocomportementale pourrait fournir des informations supplémentaires sur un possible trouble neurocognitif. Il était recommandé de poursuivre la prise en charge psychothérapeutique. La recourante avait indiqué ne pas avoir besoin des aides proposées. Elle notait que le tremblement des mains s'était amendé depuis l'arrêt du propranolol. Les difficultés de mémoire s'étaient aggravées depuis environ un an.

f. Par écriture du 3 mai 2024, la recourante a relevé que l'examen neuropsychologique démontrait l'existence de troubles cognitifs impactant sa capacité de travail, ces troubles étaient déjà évoqués par les HUG dans leur rapport du 15 mars 2021 et par le Dr I_____ dans son rapport du 25 mars 2021. Les atteintes aux cervicales avaient également été évoquées auparavant. L'office n'avait donc pas suffisamment instruit son dossier. Elle concluait au renvoi de son dossier pour mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire ou la réalisation d'une expertise judiciaire avec à tout le moins volets en neurochirurgie, rhumatologie, psychiatrie et neuropsychologie. Elle persistait pour le surplus.

g. Par envoi du 8 mai 2024, l'office a communiqué à la Cour de céans les rapports des HUG des 9, 23 et 30 janvier 2024 ainsi que l'avis de sortie des soins aigus du 1^{er} mars 2024.

Selon le rapport du 9 janvier 2024, la recourante était suivie pour un méningiome de la convexité pariétale gauche, stable au contrôle radioclinique. Elle présentait depuis plusieurs semaines des cervicobrachialgies bilatérales non déficitaires dans le dermatome C5. Les douleurs étaient de plus en plus invalidantes et avaient un fort impact sur la qualité de vie, avec des troubles de la concentration, limitation dans ses activités quotidiennes et troubles du sommeil. La recourante présentait un début de myélopathie clinique avec une hyperréflexie aux membres inférieurs, prédominant à droite ainsi qu'un signe de Hoffmann positif à droite. Elle rapportait des troubles sensitifs aux quatre membres en péjoration sous forme de paresthésie/hypoesthésie. Compte tenu d'une myélopathie radiologique claire et de myélopathie clinique débutante, l'indication opératoire était retenue.

Le rapport de consultation médicale cognitive et neurocomportementale du 23 janvier 2024 notait que la recourante se plaignait de troubles de la mémoire depuis 2020 dans la suite de deux épisodes de malaises. Ces troubles cognitifs étaient en aggravation avec le temps. Il était également relevé le contexte de vie

de la recourante qui ne travaillait plus depuis quinze ans, présentant de multiples problèmes de santé avec impact sur le moral et s'occupait de son fils qui avait des problèmes neurologiques congénitaux. L'IRM cérébrale de septembre 2023 avait retrouvé un méningiome pariétale gauche stable par rapport aux évaluations antérieures et une anomalie veineuse de développement cérébelleuse gauche. Elle présentait des décharges électriques dans les deux bras, compatible avec une névralgie cervicobrachiale. Elle souffrait de troubles cognitifs subjectifs potentiellement associés à son contexte personnel. Les anomalies observées étaient vraisemblablement influencées par son niveau socio-éducatif et les performances demeuraient stables par rapport à l'évaluation de 2021. Il était suggéré un bilan neuropsychologique.

Le rapport de consultation du 30 janvier 2024 résumait les conclusions de l'IRM de décembre 2023 et la proposition d'une libération du canal médullaire. Il était préconisé une double discectomie cervicale antérieure avec fusion. Le disque C5-C6 ne serait pas pris au vu de l'absence de compression médullaire, mais il était possible qu'il doive être opéré dans le futur au vu de la dégénérescence établie.

L'avis de sortie du 1^{er} mars 2024 faisait état de l'intervention du 27 février 2024 et d'un arrêt de travail jusqu'au 10 avril 2024.

h. Par acte du 28 mai 2024, l'intimé a indiqué à titre liminaire modifier sa décision en sens que la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle depuis le 29 octobre 2009, mais présentait une capacité de travail de 100% dès le 28 octobre 2009, puis de 60% dès le 12 octobre 2020 dans une activité adaptée.

Le dossier avait été soumis au SMR qui admettait une aggravation de l'état de santé postérieure à la décision litigieuse, les hernies discales ayant été mises en évidence le 15 décembre 2023. La décision litigieuse avait été rendue le 9 novembre 2020. Dès lors seule la situation médicale antérieure à cette date était déterminante. Des mesures d'investigation complémentaires étaient inutiles vu l'instruction réalisée par ses soins. La décision litigieuse était donc maintenue dans son résultat.

L'intimé a joint l'avis SMR du 28 mai 2024 à son écriture.

Il en ressort que le SMR constate que le rapport du 9 janvier 2024 fait état de cervicobrachialgies depuis plusieurs semaines, soit selon appréciation, moins d'un mois. Les hernies cervicales ont été mises en évidence en date du 15 décembre 2023, soit postérieurement à la décision litigieuse. Le méningiome et l'anomalie veineuse ressortant de l'IRM de septembre 2023 n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail. En janvier 2024, il n'y a pas de troubles mnésiques suffisamment sévères pour engendrer des limitations fonctionnelles, les HUG retenant des troubles cognitifs subjectifs. Le SMR note qu'au status de l'expertise psychiatrique les oublis fréquents n'étaient pas rapportés, les fonctions cognitives étaient conservées, il n'y avait pas de trouble de l'attention ni de trouble de la mémoire objectivable à court et moyen terme. Seul un

ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration modérés étaient retenus par l'expert dont il avait tenu compte pour fixer la capacité de travail. Les tests de validation effectués dans le cadre de l'examen neuropsychologiques n'étaient pas décrits, ce qui impliquait qu'on ne connaissait pas la validité de cet examen. Le SMR concluait que les pièces produites établissaient une aggravation postérieure à la décision litigieuse, dès lors il maintenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 28 octobre 2009 et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 28 octobre 2009 puis de 60% dès le 12 octobre 2020.

EN DROIT

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

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

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.

Le délai de recours est 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]).

Interjeté par ailleurs dans le délai prévu par la loi, le recours sera déclaré 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.

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

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en juin 2021, soit six mois après le dépôt de la demande du 10 décembre 2020 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

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

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.2 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et

doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2; 125 V 146 consid. 2c et les références).

3.3 Selon l'art. 28a al. 1 1^{re} phrase LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA, aux termes duquel pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

3.4 Selon l'art. 28a al. 2 LAI, le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI ; ATAS/846/2023 du 2 novembre 2023 consid. 7.4).

Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend leur activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportée aux proches (art. 27 RAI).

3.5 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1; ATAS/750/2019 du 26 août 2019 consid. 7).

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

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

3.7 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 et

ATF 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 et I.733/06 du 16 juillet 2007).

4.

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

4.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

4.3 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).

4.4 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

5. 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 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).

6.

6.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

6.2 Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7. De 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 131 V 242 consid. 2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). 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 (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2).

8.

8.1 En l'occurrence, la recourante fait valoir que son dossier a été insuffisamment instruit sur le plan médical, ce qui serait démontré par les documents médicaux reçus par l'intimé en parallèle à la procédure de recours. L'intimé pour sa part estime avoir réalisé une instruction complète, les nouveaux éléments médicaux établissant certes une aggravation, mais postérieure à la décision litigieuse.

8.2 En l'espèce, il est admis que les nouveaux rapports médicaux démontrent une aggravation de l'état de santé, soit notamment l'existence d'hernies discales et de troubles neuropsychologiques.

Cependant, dans sa dernière écriture, l'intimé allègue sur la base des conclusions du SMR que l'aggravation serait postérieure à la décision litigieuse qui remonterait au 9 novembre 2020, de sorte qu'elle ne concernerait pas la présente procédure.

Il sied dès lors d'examiner si l'aggravation établie par des documents postérieurs à la décision litigieuse doit être prise en compte pour trancher le litige.

En premier lieu, il y a lieu de relever que, contrairement aux allégations de l'intimé, la décision litigieuse date du 14 juin 2023 et non du 9 novembre 2020.

S'agissant des hernies discales, le SMR indique que le rapport du 9 janvier 2024 fait état de cervicobrachialgies depuis plusieurs semaines, ce qui voudrait dire selon lui depuis moins d'un mois, l'aggravation ayant été confirmée par la suite par l'IRM du 15 décembre 2023, soit postérieure à la décision litigieuse.

En ce qui concerne les troubles cognitifs, dont le SMR met en doute la validité de l'examen d'avril 2024, il relève que l'expert psychiatre n'avait admis qu'un ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration qui avaient été pris en compte pour fixer la capacité de travail de la recourante. Le SMR retient par ailleurs qu'en janvier 2024, les HUG considéraient que les troubles cognitifs étaient subjectifs, ce qui serait insuffisant pour engendrer des limitations.

L'appréciation réalisée par le SMR et reprise par l'intimé ne résiste pas à l'examen.

En effet, s'agissant des atteintes cervicales, le SMR omet que le Dr G_____ mentionnait d'ores et déjà une « cervico-disco arthrose avec pincement C5-C6 » dans son rapport de février 2021.

Il sied de préciser que, lors de l'enquête à domicile réalisée début mai 2023, la recourante a fait état de récents malaises avec vertiges et chutes sans que l'office interpelle les médecins de la recourante.

Comme le relève la recourante à juste titre, l'office n'a pas recueilli de renseignements médicaux depuis fin 2021 alors que l'expertise psychiatrique a été réalisée en décembre 2022 et que la décision a été finalement rendue en juin 2023.

Par ailleurs, le fait que le rapport du 9 janvier 2024 indique « des cervicobrachialgies depuis plusieurs semaines » ne signifie pas que les atteintes remontent uniquement à moins d'un mois.

La fixation de la date de l'aggravation en raison de la présence d'hernies cervicales à la seule date de l'IRM ne peut pas être retenue, les hernies cervicales n'étant vraisemblablement pas apparues soudainement le jour de l'examen.

En ce qui concerne les troubles cognitifs, l'argumentation du SMR est confuse et contradictoire.

En effet, le rapport des HUG du 25 janvier 2024 conclut certes à des troubles cognitifs subjectifs, mais a préconisé un bilan neuropsychologique pour avoir une évaluation approfondie. Le bilan d'avril 2024 a établi l'existence d'atteintes cognitives, étant souligné que la recourante a annoncé une aggravation depuis environ une année, soit antérieure à la décision litigieuse.

À ce stade, il sied de relever que, dans ses rapports de mars et décembre 2021, le Dr I_____ faisait déjà état de troubles de la concentration et de fonctions cognitives limitées.

S'agissant des propos du SMR quant aux constats lors de l'expertise psychiatrique, ils ne permettent pas de nier l'existence de troubles cognitifs avant la décision litigieuse.

En effet, comme relevé, l'expertise a été réalisée en décembre 2022, soit plusieurs mois avant la notification de la décision litigieuse. Par ailleurs, le SMR admet que l'expert avait d'ores et déjà reconnu un ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration modérés, dont il a pris compte pour fixer la capacité de travail, dès lors contrairement aux allégations du SMR, des troubles cognitifs étaient présents et impactaient la capacité de travail de la recourante déjà en décembre 2022.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que les pièces médicales établissant une aggravation de l'état de santé, aggravation admise par l'office, doivent être prises en compte dans la présente procédure car elles font état d'éléments vraisemblablement présents antérieurement à la décision.

Il en résulte qu'un complément d'instruction médical doit être réalisé sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire comprenant à tout le moins les volets psychiatrique, neuropsychologique et orthopédique.

Vu les carences dans l'instruction réalisée par l'office et de la nécessité d'actualiser le dossier médical de la recourante, un renvoi à l'intimé se justifie pour mise en œuvre d'une expertise.

9. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 14 juin 2023 et de renvoyer la cause à l'intimé pour que la situation médicale de la recourante soit instruite dûment tant sur le plan somatique que psychique en sollicitant les médecins de la recourante avant la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire et qu'ensuite une nouvelle enquête économique sur le ménage soit réalisée.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'octroi de prestations d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 14 juin 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de dépens de CHF 2'000.- à la recourante.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

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