RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2757/2022 **ATAS/863/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 novembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourante

représentée par Me Imed ABDELLI, avocat

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1976, est mariée depuis _____ 1996 et mère de deux enfants, nés en _____ 1998 et en _____2003.

b. L'assurée a travaillé en tant que couturière de 1996 à 2000, puis en qualité de patrouilleuse scolaire à 50% de 2011 à 2016.

c. Elle est incapable de travailler depuis le 9 décembre 2016 en raison de douleurs chroniques au membre supérieur gauche.

B. **a.** Le 20 mars 2018, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) d'une demande de prestations en raison de l'atteinte précitée.

b. Après avoir recueilli des rapports des médecins ayant examiné l'assurée (notamment des docteurs B_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, D_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur, E_____, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie et toxine botulique, et F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ainsi que des docteures G_____, spécialiste FMH en neurologie, H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) et les comptes rendus d'imagerie (IRM, scanner, échographie, arthrographie articulaire, scintigraphie osseuse, arthro-IRM, ultrason, radiographie), l'OAI a mandaté le Centre d'expertise médicale de Lancy pour une expertise neurologique.

c. Ladite expertise a été réalisée par la docteure J_____, spécialiste FMH en neurologie. Selon le rapport du 29 mars 2021, aucun diagnostic incapacitant n'était retenu. À titre de diagnostics non incapacitants, la neurologue précitée a évoqué ceux de séquelles de maladie de Scheuermann, discopathie L4-L5 et L5-S1 sans conflit radiculaire, cervico-brachialgies gauches chroniques et arthrose et épicondylite externe du coude gauche. Les douleurs ressenties par l'assurée n'étaient probablement pas neurogènes. L'examen neuropsychologique avait montré des signes de surcharge, compatibles avec un trouble fonctionnel. L'assurée souffrait de douleurs pour lesquelles aucun traitement n'avait permis une réelle amélioration. Elle pouvait travailler 4 heures par jour, soit la totalité de son activité habituelle. Cela étant, elle devait éviter le port de lourdes charges ou l'utilisation constante de sa main et de son bras gauches. Cependant, l'assurée étant droitière, de multiples activités manuelles pouvaient être envisagées. Compte tenu de l'absence d'étiologie nette et du caractère réfractaire à tout effort thérapeutique, il n'était pas exclu qu'un aspect fonctionnel participe à la symptomatologie douloureuse. Une évaluation psychiatrique était susceptible de clarifier cette hypothèse.

d. Suite à l'expertise neurologique et, notamment, à la suggestion d'une évaluation psychiatrique, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est adressé à la Dre I_____, psychiatre traitant de l'assurée. Ce médecin a ainsi expliqué, dans un rapport du 8 juillet 2021, retenir le diagnostic de facteurs persistants psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F54). En effet, les limitations psychiques (symptômes anxio-dépressifs) étaient à l'origine du trouble physique. L'assurée n'imaginait pas d'amélioration possible de son état douloureux persistant, ce qui l'empêchait d'effectuer une activité professionnelle de manière appropriée. Le psychiatre traitant notait également que sa patiente recherchait l'attention d'autrui au moyen de ses symptômes physiques. Pour l'avis somatique, il fallait s'adresser aux médecins somaticiens de l'assurée. Les troubles tant psychiques que psychologiques étaient chroniques et empêchaient l'assurée d'exercer une activité professionnelle. Plusieurs traitements antidépresseurs avaient été arrêtés en raison d'effets secondaires.

e. Suite aux réponses de la Dre I_____, le SMR a préconisé une expertise psychiatrique avec bilan neuropsychologique, en incluant des tests de validation des symptômes, expertise qui a été confiée au professeur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a délégué le bilan neuropsychologique à Madame L_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP.

f. Dans son rapport du 26 janvier 2022, le Prof. K_____ a retenu les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dès 2016 et de neurasthénie (F48.0) dès 2020, ainsi que le diagnostic non incapacitant de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) dès 2016. Pour l'expert psychiatre, il s'agissait d'une situation classique d'interaction entre deux troubles du registre névrotique : le syndrome douloureux somatoforme et la neurasthénie. Dans ces deux entités, on retrouvait une souffrance corporelle occupant la place avec de faibles capacités de verbalisation du désarroi ressenti. S'y ajoutait une majoration des symptômes. Le syndrome douloureux somatoforme diminuait la capacité de travail de 20% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles classiques (focalisation sur les douleurs, « moindre » vulnérabilité au stress, tendance au repli, faible estime de soi). La neurasthénie diminuait le rendement de 20% dans tout milieu en lien avec l'hypersensibilité aux bruits et à la lumière, les maux de tête, les troubles de la concentration et le sentiment de fatigue. L'analyse neuropsychologique montrait une atteinte importante de la mémoire et des fonctions attentionnelles mais avec un test de validation sévèrement déficitaire, ce qui impliquait un défaut patent de motivation. Les pourcentages de diminutions retenus tenaient compte de l'atteinte fonctionnelle pondérée en fonction des résultats des tests de validation des symptômes. Au total, la capacité de travail était limitée à 80% entre 2016 et 2020 et à 60% dès 2020.

g. Faisant suite aux expertises neurologique et psychiatrique précitées, le SMR a retenu, dans un avis du 7 février 2022, les diagnostics incapacitants de douleurs du membre supérieur gauche, syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), neurasthénie (F48.0) et majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'incapacité de travail était de 20% du 9 décembre 2016 au 31 décembre 2019 et de 40% depuis le 1er janvier 2020 dans toute activité. Quant aux limitations fonctionnelles, elles étaient les suivantes : éviter le port de lourdes charges ou l'utilisation constante de la main et du bras gauches, vulnérabilité au stress, faible estime de soi, hypersensibilité aux bruits et à la lumière, trouble de la concentration, fatigabilité.

h. Considérant que le statut de l'assurée était mixte, l'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage. Lors du début de l'incapacité de travail, en décembre 2016, l'assurée était inscrite au chômage, étant à la recherche d'un emploi à 50%. Sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé au même taux.

Après avoir décrit la situation avant et après l'atteinte à la santé et les activités qu'elle estimait encore exigibles de l'assurée, l'enquêtrice a retenu un empêchement de 6.3% dans les travaux ménagers habituels, étant précisé qu'une exigibilité de la famille avait été retenue, l'assurée étant mère de deux enfants en âge de participer aux tâches ménagères et mariée, son époux étant toutefois actif à 100% :

Description des empêchements dus à l'invalidité	Exigibilité	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Alimentation		34%	30%	10.20%
Exigibilité	*30%*		*0%*	*0%*
Entretien du logement		30%	60%	18%
Exigibilité	*39%*		*21%*	*6.3%*
Achats et courses diverses		10%	20%	2%
Exigibilité	*20%*		*0%*	*0%*
Lessive et entretien des vêtements		16%	35%	5.6%
Exigibilité	*35%*		*0%*	*0%*
Soins aux enfants ou autres membres de la famille		10%	5%	0.5%
Exigibilité	*5%*		*0%*	*0%*
Total champs d'activité				100%
Total exigibilité retenue				*30%*
Total empêchement pondéré sans exigibilité				36.30%

Total empêchement pondéré avec exigibilité	*6.3%*

i. Par projet de décision du 9 mai 2022, confirmé par décision du 21 juin 2022, par la suite remplacée par celle du 28 juin 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter la demande, le degré d'invalidité de 4% étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Ce pourcentage avait été obtenu de la manière suivante :

Activité	Quote-part	Perte de gain / empêchement	Degré d'invalidité
Activité lucrative	40%	0%	0%
Travaux habituels (ménage)	60%	6.3%	3.8%
Degré d'invalidité total			3.8% soit 4%

C. **a.** Le 30 août 2022, l'assurée, sous la plume de son conseil, a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision du 28 juin 2022 concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 28 juin 2022 et cela fait, à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à l'octroi de mesures de reclassement. À l'appui de sa position, la recourante a tout d'abord contesté, en se référant à un rapport de la Dre I_____ du 4 août 2022, joint, les conclusions de l'expert psychiatre s'agissant de la capacité de travail. Elle a en outre critiqué les conclusions de l'enquête sur le ménage, considérant que son époux et leurs enfants ne pouvaient être mis à contribution au vu de leur emploi du temps chargé. Enfin, elle a sollicité l'octroi de mesures professionnelles. Dans tous les cas, elle a conclu à la réalisation d'une expertise judiciaire.

b. L'OAI a répondu en date du 26 septembre 2022 et a considéré que le rapport de la Dre I_____ du 4 août 2022, en tant qu'il comportait une simple appréciation divergente du médecin traitant sur une même question, n'était pas de nature à remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique. Par ailleurs, le SMR étant d'avis que l'activité habituelle était exigible, il n'était pas nécessaire de mettre en place des mesures d'ordre professionnel. Enfin, l'exigibilité retenue du conjoint de la recourante et de leurs deux enfants se diluait sur les trois et ne constituait par conséquent pas une charge excessive, allant au-delà du soutien pouvant être attendu des membres de la famille.

c. Par réplique du 30 novembre 2022, la recourante a encore produit un rapport du docteur M_____, généraliste FMH et médecin traitant, daté du 30 août 2022, ainsi qu'un rapport du Dr B_____ du 15 novembre 2022, à l'appui de la position qu'elle avait déjà détaillée dans son recours et qu'elle a précisée dans sa réplique. Elle a par ailleurs persisté dans sa demande d'expertise judiciaire.

d. Le 11 janvier 2023, l'OAI a produit sa duplique, à laquelle était annexé un avis du SMR du 22 décembre 2022, dont il ressort que les rapports des Drs M_____

et B_____ ne modifiaient pas son appréciation du cas. Pour le surplus, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

e. À la demande de la chambre de céans, la recourante a expliqué, dans un courrier du 26 mai 2023, les motifs pour lesquels elle souhaitait que les Drs M_____ et B_____, ainsi que son fils aîné, soient entendus.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

g. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

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

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

2.

2.1 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.

2.2 Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82*a* LPGA *a contrario*).

3.

3.1

3.1.1 Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 prévoient, à la let. b, al. 1, que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la modification en question et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

3.1.2 La Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIRAI), en vigueur depuis le 1er janvier 2022, a détaillé, aux p. 116 à 118, les principes applicables. Ainsi, pour connaître la situation des assurés nés entre 1967 et 1991 (« *Mainstream* »), lesquels avaient donc entre 30 et 54 ans au moment de l'entrée en vigueur du développement continu de l'AI, il faut déterminer quand leur droit à la rente a pris naissance :

- si le droit a pris naissance après le 1er janvier 2022, c'est la nouvelle législation qui s'applique, autrement dit le nouveau système de rentes (art. 28b LAI).
- Si l'assuré avait déjà droit à une rente avant cette date, ses droits acquis sont garantis en vertu de la let. b, al. 1, des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 de la LAI. En principe, l'ancienne législation (et donc l'ancien système de rentes) reste applicable jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge ordinaire de la retraite. Si, durant les années qui suivent, le taux d'invalidité est modifié dans le cadre d'une procédure de révision, il convient de distinguer si la modification s'est produite avant le 1er janvier 2022 ou si elle est supérieure à 5 points de pourcentage (art. 17 al. 1 LPGA).
- Si la modification déterminante s'est produite avant le 1er janvier 2022 ou si elle est inférieure à 5 points de pourcentage, l'assuré reste dans l'ancien système de rentes.
- Si elle est égale ou supérieure à 5 points de pourcentage, l'assuré passe en principe au nouveau système de rentes. Néanmoins, si l'application de l'art. 28b LAI se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction (*cf*. let. b, al. 2, des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 de la LAI), l'assuré reste à titre exceptionnel dans l'ancien système de rentes.

3.2 Lors de l'entrée en vigueur de la modification du 19 juin 2020, la recourante était âgée de 45 ans et son droit à la rente, s'il devait être reconnu, serait né avant le 1er janvier 2022. Partant, le droit aux prestations de la recourante doit s'examiner conformément aux règles applicables jusqu'au 31 décembre 2021, soit sous l'angle de l'ancien droit.

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI de rejeter la demande de prestations de la recourante, singulièrement sur la valeur probante des rapports d'expertise neurologique du 29 mars 2021 et psychiatrique du 26 janvier 2022, ainsi que du rapport d'enquête ménagère du 21 avril 2022, étant précisé que le

statut mixte (40% d'activité professionnelle et 60% de tenue du ménage) n'est pas contesté par la recourante.

6.

6.1 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

6.2 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.

7.

7.1 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). 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 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, 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).

7.2 Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er 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. 27bis 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.

8. La recourante conteste tout d'abord la capacité de travail retenue par les experts. Cet aspect implique ainsi un examen de la valeur probante des expertises figurant au dossier.

8.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que 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).

8.2 Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes (sur le plan somatique ou psychique), à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4, 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2)

8.3

8.3.1 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

8.3.2 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, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10), le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est retenu en présence de « symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du

patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur ». Le clinicien se trouve en présence d'« arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux) ». Ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90 (Pierre-André FAUCHÈRE, Douleur somatoforme, 2007, p. 141 s.).

En cas de syndrome douloureux somatoforme persistant ou trouble somatoforme douloureux persistant (F45.5 CIM-10), la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins.

Enfin, il existe deux types de neurasthénie (F48.0 CIM-10). Dans le premier cas, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace. Dans le deuxième type, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre. Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables, telles que des sensations vertigineuses, des céphalées de tension et une impression d'instabilité globale. Il existe par ailleurs souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé mentale et physique, une irritabilité, une anhédonie et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineures. Il existe souvent une insomnie d'endormissement, une insomnie du milieu de la nuit ou une hypersomnie.

8.4

8.4.1 Les troubles d'ordre psychosomatique ou syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux notamment, sont difficilement objectivables et il n'est pas évident d'identifier ce qui est raisonnablement exigible de l'assuré et s'il a les ressources nécessaires pour fournir l'effort requis.

8.4.2 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement

des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

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).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 *in* SVR 2011 IV n° 26 p. 73).

8.4.3 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau

clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

En d'autres termes, dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3).

9.

9.1 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 permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable, en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

9.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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).

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

9.3.1 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.3.2 En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

9.3.3 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et

des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10.

10.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

10.2 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (*cf.* art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la

vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

10.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (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 ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11.

11.1 À titre liminaire, la chambre de céans rappelle que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être corrélée à des observations médicales concluantes (sur le plan somatique ou psychique).

Pour tenter de corréler les douleurs alléguées par la recourante à une atteinte somatique, voire psychique, l'intimé a mandaté les Drs J_____ et K_____ pour expertise. Dans leurs rapports des 29 mars 2021, respectivement 26 janvier 2022, les médecins précités ont retenu une capacité de travail entière sur le plan neurologique, respectivement de 80% jusqu'en 2020 et de 60% depuis lors sur le plan psychique.

C'est donc la valeur probante de ces rapports qu'il convient d'examiner.

Force est tout d'abord de constater que, sur le plan formel, ces rapports répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Ils contiennent en effet le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

Sur le fond, l'expert neurologue n'a pas retenu de diagnostic incapacitant. À titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, la neurologue a retenu des séquelles de maladie de Scheuermann, une discopathie L4-L5 et L5-S1 sans conflit radiculaire, des cervico-brachialgies gauches chroniques et une arthrose et épicondylite externe du coude gauche. La recourante souffrait de cervico-brachialgies chroniques sans net conflit radiculaire. Les traitements antalgiques, de physiothérapie, d'acuponcture, les infiltrations et les blocs n'avaient pas permis d'améliorer la symptomatologie à laquelle s'étaient surajoutées, début 2016, des

douleurs au coude gauche dans le cadre d'une arthrose et d'une épicondylite externe. Les plaintes de la recourante ne semblaient pas avoir évolué depuis le début des symptômes, malgré l'arrêt de travail prolongé et plusieurs tentatives de traitement, y compris semi-invasifs (infiltrations, blocs). Aucune réadaptation n'avait été entreprise, en raison du caractère réfractaire à tout traitement. Pour la neurologue, il ne s'agissait vraisemblablement pas de douleurs neurogènes, tous les traitements ayant échoué. L'ENMG était normal, ce qui parlait contre une pathologie d'enclavement. Le spécialiste en rhumatologie n'avait pas non plus pu trouver une étiologie claire aux plaintes de la patiente. Les différents examens ne mettaient pas en évidence d'atteinte radiculaire ou de neuropathie susceptibles d'expliquer les douleurs dont se plaignait la recourante. Un tremblement d'origine psychogène, cessant lors des manœuvres de distractibilité, était également décrit. Par ailleurs, l'examen neuropsychologique était validé et corroborait les conclusions, en mettant en évidence des signes de surcharge, compatibles avec un trouble fonctionnel. S'agissant de la capacité de travail, elle était de 100%, ce taux ayant d'ailleurs déjà été attesté en octobre 2018 par le Dr B_____. À titre de limitations fonctionnelles, la neurologue retenait le port de lourdes charges ou l'utilisation constante de la main et du bras gauches. La recourante étant droitière, de multiples activités manuelles pouvaient être envisagées. Enfin, compte tenu de l'absence d'étiologie nette et du caractère réfractaire à tout effort thérapeutique, il n'était pas exclu qu'un aspect fonctionnel participe à la symptomatologie douloureuse. La Dre J_____ suggérait par conséquent la réalisation d'une évaluation psychiatrique pour clarifier cette hypothèse.

Quant à l'expert psychiatre, il a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dès 2016 et une neurasthénie (F48.0) dès 2020. À titre de diagnostic non incapacitant, il a évoqué une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0 dès 2016). Pour le Prof. K_____, il s'agissait d'une situation classique d'interaction entre deux troubles du registre névrotique, le syndrome douloureux somatoforme et la neurasthénie. En effet, dans ces deux entités, il y avait une souffrance corporelle, qui occupait la place avec de faibles capacités de verbalisation du désarroi ressenti. L'expert psychiatre n'avait retrouvé aucun syndrome dépressif, la baisse de la thymie étant, selon lui, expliquée comme un signe accompagnant le syndrome douloureux somatoforme. Ce syndrome diminuait la capacité de travail de 20% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles classiques (focalisation sur les douleurs, « moindre » vulnérabilité au stress, tendance au repli, faible estime de soi). La neurasthénie diminuait, quant à elle, le rendement de 20% dans tout milieu en lien avec l'hypersensibilité aux bruits et à la lumière, les maux de tête, les troubles de la concentration et le sentiment de fatigue. L'analyse neuropsychologique montrait une atteinte importante de la mémoire et des fonctions attentionnelles mais avec un test de validation sévèrement déficitaire, ce qui impliquait un défaut patent de motivation. Les pourcentages de diminutions retenus tenaient compte de

l'atteinte fonctionnelle pondérée en fonction des résultats des tests de validation des symptômes. Au total, la capacité de travail était ainsi limitée à 80% entre 2016 et 2020 et à 60% dès 2020.

En résumé, les experts ont considéré que la recourante ne présentait pas d'atteinte neurologique susceptible d'expliquer les douleurs ressenties. En revanche, des troubles psychiques - le trouble somatoforme douloureux persistant et la neurasthénie - les expliquaient et entraînaient, dans toute activité, une incapacité de travail de 20% entre 2016 et 2020 et de 40% depuis 2020.

11.2 Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

Dans le cas d'espèce, la recourante conteste les conclusions des expertises neurologique et psychiatrique, considérant notamment que le dossier contenait un nombre élevé de rapports prouvant que presque tout avait été effectué pour diagnostiquer et guérir, ou à tout le moins soulager, ses souffrances et que la douleur multiforme dont elle souffrait n'avait pas trouvé d'explication, ce qui réduisait sensiblement les solutions médicales. À l'appui de ses conclusions, outre les pièces figurant déjà au dossier de l'OAI, la recourante s'est référée notamment aux avis des Drs M_____, B_____ et I_____, étant précisé que la recourante a également sollicité l'audition des deux premiers médecins cités.

11.2.1 Dans son courrier du 30 août 2022, le Dr M_____ a résumé divers avis médicaux établis entre 2016 et 2019, dont il ressort, selon lui, que les douleurs ressenties par la recourante étaient d'origine neuropathique et non psychique. Selon lui, les symptômes étaient compatibles avec une névralgie cubitale. S'agissant des douleurs somatoformes, elles se manifestaient en principe dans le cadre d'un conflit émotionnel ou psychosocial. Or, rien de tel n'était retrouvé dans l'historique de la recourante. Enfin, le Dr M_____ était d'avis que la capacité de travail de la recourante était sévèrement limitée et possible uniquement avec un travail physiquement léger, tel que celui de patrouilleuse scolaire, qu'elle effectuait avant. Toutefois, selon la recourante, même une telle activité ne pouvait plus être exercée plus de 2h par jour, ce qui revenait à reconnaître une capacité de travail de 20%.

Force est tout d'abord de constater que les médecins consultés par la recourante ont entrepris différentes investigations médicales afin de déterminer la cause des douleurs au membre supérieur gauche sur le plan somatique. Si dans un premier temps, ces investigations ont montré une compression du nerf ulnaire au coude

gauche, avec instabilité du nerf et déficit sensitif, une intervention chirurgicale, sous la forme d'une transposition antérieure sous-cutanée du nerf ulnaire au coude a été effectuée le 8 novembre 2018 (rapport opératoire du Dr B_____ du 8 novembre 2018). En septembre 2019, l'examen clinique a montré un nerf ulnaire bien stabilisé et aucun argument en faveur de la persistance d'une compression d'un nerf, tant au niveau du tunnel carpien qu'au niveau du coude, n'existait (rapport du Dr B_____ du 30 septembre 2019). D'autres investigations, qui ont été effectuées par la suite, n'ont pas permis de montrer de conflit radiculaire ou de lésion nerveuse périphérique ni de signes de récidive du syndrome du tunnel carpien (*cf.* rapport du docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie, du 11 novembre 2019, auquel le Dr M_____ s'est référé dans son courrier du 30 août 2022).

En d'autres termes, si, dans un premier temps, les investigations médicales ont effectivement montré une possible origine neurogène aux plaintes de la recourante, l'intervention du 8 novembre 2018 et les examens postérieurs n'ont plus permis de retenir une telle origine.

Ainsi, dans un tel contexte, quoi qu'en dise le Dr M_____, qui n'est au demeurant pas psychiatre, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant n'apparaît pas dénué de tout fondement, ce d'autant moins que la Dre I_____, psychiatre traitante de l'assurée, a elle-même évoqué un tel trouble dans son rapport du 4 août 2022.

Par ailleurs, la position du Dr M_____ qui considère que seules 2 heures par jour peuvent être effectuées est en contradiction avec un rapport du 10 avril 2018, dans lequel ce praticien a lui-même considéré que la recourante était capable de travailler 4 heures par jour, les facteurs faisant obstacle à une réadaptation n'étant pas médicaux mais d'ordre socio-professionnel, à savoir des connaissances linguistiques limitées et l'absence de formation professionnelle. En tout état, une capacité de travail de 60% (sur le plan psychique) revient à environ 2 heures par jour pour un temps partiel de 40% (40% de 8 heures par jour revient à 3,2 heures et 60% de 3,2 heures revient à 1,92 heures).

En somme, le Dr M_____ critique l'expertise neurologique sur plusieurs aspects non pas en y opposant des constatations médicales, qui auraient été omises, mais en évoquant les déclarations de la recourante ou des éléments qui n'ont pas à être pris en considération en matière d'assurance-invalidité (connaissances linguistiques, absence de formation professionnelle). Le généraliste précité n'a donc pas fait état d'éléments objectifs précis qui auraient été omis et qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Son appréciation ne saurait suffire pour remettre en question les conclusions des expertises neurologique et psychiatrique. Pour cette raison, la chambre de céans renoncera également, par appréciation anticipée des preuves, à entendre le Dr M_____.

11.2.2 Quant au Dr B_____, s'il a certes considéré, dans son courrier du 15 novembre 2022, que le handicap fonctionnel était d'origine nerveuse périphérique, il a également relevé que ni une neuropathie liée aux nerfs eux-mêmes ni une compression nerveuse n'avaient été constatées. Bien plus, pour lui, l'expertise neurologique semblait conforme à l'état de santé actuel de la recourante. En tout état, une expertise judiciaire ne lui paraissait pas nécessaire.

La chambre de céans ne voit dès lors pas en quoi le rapport du Dr B_____ permettrait de remettre en question les conclusions de la Dre J_____. Pour cette raison, la chambre de céans renoncera également, par appréciation anticipée des preuves, à entendre le Dr B_____.

11.2.3 Enfin, la Dre I_____ a retenu, dans un rapport du 4 aout 2022, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, non pris en considération par les experts, évoquant tout de même un trouble somatoforme douloureux (*cf.* rapport du 4 août 2022), la seule différence entre l'expert et la psychiatre traitante étant la prise en considération – ou non – du trouble dépressif, celui-ci étant un signe accompagnant le trouble somatoforome douloureux pour le premier et une atteinte autonome pour la deuxième.

S'y ajoute le fait que la psychiatre traitante ne se prononce aucunement sur les conclusions de l'expertise psychiatrique mais procède à une appréciation différente d'une même situation.

Pour toutes ces raisons, l'avis de la Dre I_____ ne permet pas de s'écarter des conclusions du Prof. K_____.

11.3 En résumé, il ressort du dossier que les investigations réalisées par les différents spécialistes n'ont pas permis d'objectiver une atteinte somatique expliquant les douleurs de la recourante. C'est pourquoi la Dre J_____ est arrivée à la conclusion qu'il ne s'agissait vraisemblablement pas de douleurs neurogènes, ce d'autant moins que tous les traitements tentés avaient échoué. L'examen neuropsychologique a, quant à lui, mis en évidence des signes de surcharge, compatibles avec un trouble fonctionnel, raison pour laquelle l'experte neurologue a suggéré une expertise psychiatrique, qui a été confiée au Prof. K_____. Ce dernier a retenu un trouble somatoforme douloureux. Selon la CIM-10, dans le cas du syndrome somatoforme douloureux persistant, la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins (F45.4). Or, selon la Dre I_____, la recourante recherchait l'attention d'autrui au moyen de ses symptômes physiques (*cf.* rapport du 8 juillet 2021).

En d'autres termes, les experts n'ont pas nié les douleurs de la recourante mais les ont rattachées à un trouble psychique et non à une atteinte somatique, objectivable.

Quant aux appréciations des médecins traitants, elles ne permettent pas de remettre en question la valeur probante des rapports d'expertise. En effet, ces praticiens n'ont pas critiqué les constatations médicales des experts, mas ils ont uniquement procédé à une appréciation différente d'un même état de faits. Leurs appréciations ne permettent ainsi pas de considérer que les experts auraient ignoré certains éléments, ce qui aurait pour conséquence d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, nécessité la mise en œuvre d'un complément d'instruction. En conséquence, il sera renoncé, comme il l'a déjà été expliqué ci-dessus, à leur audition, par appréciation anticipée des preuves.

11.4 En tant qu'atteintes psychiques, par définition, non objectivables, le trouble somatoforme douloureux persistant et la neurasthénie ne sont invalidants que si la recourante ne dispose pas ou plus des ressources suffisantes pour les surmonter. Les indicateurs jurisprudentiels permettent justement de déterminer l'existence - ou non - de telles ressources.

Cette question peut toutefois rester ouverte, dès lors que même si la recourante ne devait pas disposer de ressources suffisantes et donc subir une incapacité de gain objectivement insurmontable, elle ne saurait prétendre à une rente d'invalidité comme cela ressort des considérations ci-dessous (voir en particulier le consid. 14 *infra*).

12. Il s'agit désormais de déterminer le degré d'invalidité dans l'activité professionnelle.

12.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

12.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où

la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

12.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

En principe, pour le revenu sans invalidité, dès lors qu'ils tiennent mieux compte des différentes catégories d'activités que les statistiques salariales, les salaires fixés par convention collective de travail sont mieux à même de respecter le principe selon lequel le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible (arrêts du Tribunal fédéral 8C_778/2017 du 25 avril 208 consid. 4.4 [LAA] ; 8C_779/2018 consid. 4.3 [LAI]).

12.4

12.4.1 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). En ce sens, la référence aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) constitue une *ultima ratio* (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7).

Ainsi, lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte comme revenu après invalidité (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_*skill_level*, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin

2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_*skill_level* et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références).

Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3), étant précisé que les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_*skill_level* a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

Depuis la 10ème édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_*skill_level* de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives,

l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

12.4.2 Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

12.4.3 Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

13. En l'espèce, la recourante a déposé sa demande de prestations le 20 mars 2018, de sorte que l'éventuel droit à une rente serait né en septembre 2018. C'est donc en fonction des salaires statistiques existant en 2018 qu'il convient de déterminer le degré d'invalidité.

S'agissant du revenu sans invalidité, il y a lieu d'appliquer le salaire résultant des ESS, publiées tous les deux ans par l'OFS, la recourante ayant été au chômage lors de la survenance de l'atteinte à la santé en décembre 2016.

Selon ces statistiques, le revenu sans invalidité s'élevait, pour une femme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 1), à CHF 4'465.- par mois, soit CHF 53'580.- pour 2018. Les salaires bruts standardisés étant calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2018 (41.7 heures), il y a lieu de les adapter de sorte qu'au début de l'incapacité de travail de la recourante, en 2018, son salaire mensuel brut se serait élevé à CHF 4'655.-, soit un salaire annuel brut de CHF 55'860.-.

Dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité après le début de son atteinte à la santé, il y a lieu d'évaluer le revenu d'invalide sur la base des mêmes données statistiques résultant de l'ESS. En effet, dans la mesure où ce montant représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par la recourante, conformes aux aptitudes de celle-ci. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap de la recourante. La capacité de travail de la recourante s'élevant à 60%, le salaire ainsi réalisé se serait élevé à CHF 33'516.-. En retenant un taux d'abattement de 10% afin de tenir compte de ses limitations tant physiques que psychiques (port de lourdes charges ou l'utilisation constante de la main et du bras gauches, focalisation sur les douleurs, « moindre » vulnérabilité au stress, tendance au repli, faible estime de soi), le salaire avec invalidité s'élève à CHF 30'164.-. Un taux d'abattement supérieur ne se justifie pas. En effet, la recourante est encore relativement jeune (46 ans au jour du début du droit à une éventuelle rente) et ne pouvait justifier de nombreuses années de service. Par ailleurs, le taux de capacité de travail retenu par le Prof. K_____ tient déjà compte en partie de la diminution de rendement.

Par conséquent, le degré d'invalidité de la recourante, s'agissant de la part relative à l'activité lucrative, est de 46%, arrondi au nombre entier le plus proche ([55'860 – 30'164] : 55'860 x 100 = 46%), à tout le moins depuis 2020.

14. La recourante conteste également la valeur probante de l'enquête économique réalisée par l'OAI, et plus particulièrement l'appréciation de ses empêchements et l'importance de l'aide pouvant être exigée de son conjoint et de ses enfants.

14.1 Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28*a* 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).

14.2 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).

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).

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 dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007).

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 et les références ; ATF 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).

Toutefois, la jurisprudence ne répercute pas sur un membre de la famille l'accomplissement de certaines activités ménagères, avec la conséquence qu'il faudrait se demander pour chaque empêchement si cette personne entre effectivement en ligne de compte pour l'exécuter en remplacement (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; ATF 133 V 504 consid. 4.2). Au contraire, la possibilité pour la personne assurée d'obtenir concrètement de l'aide de la part d'un tiers n'est pas décisive dans le cadre de l'évaluation de son obligation de réduire le dommage. Ce qui est déterminant, c'est le point de savoir comment se comporterait une cellule familiale raisonnable, soumise à la même réalité sociale, si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance. 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).

Le Tribunal fédéral a récemment confirmé qu'il n'y a pas de motif de revenir sur le principe de l'obligation de diminuer le dommage tel que dégagé par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3 et les références).

14.3 Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (*cf*. ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; ATF 140 V 267 consid. 5.2.1 ; ATF 133 V 504 consid. 4.2), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé. Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2. et les références). Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

15. En l’espèce, la recourante critique l’enquête sur le ménage, expliquant que plusieurs détails sur sa capacité à conduire ses tâches quotidiennes avaient été relatés de manière fausse et/ou imprécise, sans plus de précisions. De plus, la pondération des champs d’activité n’était pas conforme aux fourchettes retenues par l’office fédéral des assurances sociales. Enfin, sa famille ne pouvait l’aider vu son emploi du temps chargé.

Force est de constater, en premier lieu, que la recourante n’a pas expliqué en quoi ses déclarations n’auraient pas été correctement rapportées et en quoi les limitations retenues par l’enquêtrice seraient aléatoires et ne correspondraient pas à la réalité. L’audition de son fils constitue un moyen de preuve, susceptible

d’étayer des faits précédemment allégués. Or, justement, la recourante n’a formulé aucune critique concrète à l’encontre de l’enquête ménagère, de sorte que l’audition de son fils ne saurait pallier cette omission.

Par ailleurs, contrairement aux allégations de la recourante, la pondération des champs d’activité est conforme aux fourchettes retenues dans la CIRAI, valable dès le 1er janvier 2022 (*cf*. ch. 3609).

En effet :

Domaine d’activité	Pondération du champ d'activité en %		
	Enquête	CIRAI	
		Minimum	Maximum
Alimentation	34%	10%	50%
Entretien du logement	30%	5%	30%
Achats et courses diverses	10%	50%	10%
Lessive et entretien des vêtements	16%	5%	20%
Soins aux enfants ou autres membres de la famille	10%	0%	50%

Enfin, s’agissant de l’aide de la famille, il y a lieu de rappeler que la jurisprudence ne répercute pas sur un membre de la famille l'accomplissement de certaines activités ménagères, avec la conséquence qu'il faudrait se demander pour chaque empêchement si cette personne entre effectivement en ligne de compte pour l'exécuter en remplacement. Au contraire, la possibilité pour la personne assurée d'obtenir concrètement de l'aide de la part d'un tiers n'est pas décisive dans le cadre de l'évaluation de son obligation de réduire le dommage. Ce qui est déterminant, c'est le point de savoir comment se comporterait une cellule familiale raisonnable, soumise à la même réalité sociale, si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance. Dans le cadre de son obligation de réduire le dommage, 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 CC) ou ses enfants (art. 272 CC) - sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille.

Dans le cas présent, la recourante habite avec son époux et ses deux fils, âgés de 15 et 20 ans au jour de l’ouverture de l’éventuel droit à une rente, en 2018. Ces trois personnes, vivant sous le même toit, peuvent par conséquent apporter une contribution raisonnable aux tâches ménagères. Par ailleurs, sans minimiser la charge de travail d'un enfant en formation, la chambre de céans rappellera que selon l'Enquête suisse sur la population active (ESPA), effectuée périodiquement par l'OFS, un adolescent en formation de l'âge des fils de la recourante, consacre en moyenne 12.1 heures par semaine au travail domestique et familial (table T

03.06.00.01, Population résidante permanente âgée de 15 ans et plus, pour l'année 2016, année la plus proche de celle de l'ouverture du droit à une éventuelle rente). Au demeurant, à la lecture de l'enquête sur le ménage, on constate que l'époux et les enfants exécutent bon nombre d'activités ménagères en remplacement de la recourante, telles que faire la cuisine, changer les draps, charger la lessive mouillée dans le sèche-linge et plier les grandes pièces de linge par exemple. Partant, la chambre de céans peine à comprendre en quoi l'exigibilité retenue différerait de la situation effective.

En tout état, par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans renoncera à entendre le fils aîné de la recourante, dès lors que la possibilité pour la recourante d'obtenir concrètement de l'aide de la part de sa famille n'est pas décisive dans le cadre de l'évaluation de son obligation de réduire le dommage. Ce qui est déterminant, c'est le point de savoir comment se comporterait une cellule familiale raisonnable, soumise à la même réalité sociale, si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance.

Il y a dès lors lieu de confirmer la valeur probante du rapport d'enquête à domicile et de retenir une invalidité de 6,3% dans la tenue du ménage.

16. Il convient désormais de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

À titre liminaire, c'est le lieu de rappeler que conformément à l'art. 27 RAI, dans le cadre de la méthode mixte, le degré d'invalidité est calculé comme suit :

(Taux d'occupation avant l'invalidité x degré d'invalidité)

+ (Taux des travaux habituels (ménage) x limitation dans le ménage)

= Degré d'invalidité

En prenant en considération les degrés d'invalidité établis dans la sphère professionnelle (*cf.* supra consid. 13) et dans la sphère ménagère (*cf.* supra consid. 15), le degré d'invalidité est de 22% conformément au calcul suivant :

40% x 46%

\+ 60% x 6.3%

= 18% + 4%

= 22%

Or, dans la mesure où il est inférieur à 40%, le degré d'invalidité de 22% est insuffisant pour donner droit à une rente.

17. La recourante conclut enfin à des mesures d'ordre professionnel.

17.1 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). La prestation

dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221 et les références ; ULRICH MEYER-BLASER, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, 1985, p. 82 ss et 123 ss). Quant à la condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI, elle doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (*cf.* Ulrich MEYER, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, 2ème éd. 2010, *ad* art. 8 LAI p. 95).

17.2

17.2.1 Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par ailleurs, seule une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités).

17.2.2 Conformément à l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29 ; voir également arrêt I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, *in* RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-

invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29 ; MEYER-BLASER, *op. cit*., p. 156 ss). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (arrêt I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, *in* RCC 1988 p. 191 ; voir également MEYER, *op. cit*., *ad* art. 15 LAI p. 174).

17.2.3 Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5ème révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit : a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié ; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4ème révision de la LAI (*cf*. ATF 116 V 80 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références).

A notamment droit au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c).

Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2).

18. En l'espèce, la comparaison des revenus conduit à une invalidité de 46% dans l'activité professionnelle.

La décision querellée ne se prononce à aucun moment sur la question des mesures d'ordre professionnel. Confronté à cette problématique, l'intimé s'est limité à relever, dans sa réponse, que le SMR avait considéré que l'activité habituelle était adaptée, de sorte qu'aucune mesure ne s'imposait.

Force est toutefois de constater que, selon les pièces au dossier, l'incapacité de travail durable a commencé le 9 décembre 2016, soit à une période où la recourante était au chômage. L'activité habituelle n'était dès lors plus exercée et l'examen du droit aux mesures d'ordre professionnel ne pouvait s'effectuer au regard d'une activité particulière, qui n'est plus exercée.

Par conséquent, c'est à tort que l'intimé n'a pas examiné la question des mesures d'ordre professionnel, de sorte que le recours sera admis sur ce point.

19. Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis.

La décision querellée sera annulée en tant qu'elle ne se prononce pas sur les mesures d'ordre professionnel et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur ce point uniquement.

La recourante obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 28 juin 2022 uniquement en tant qu'elle ne se prononce pas sur le droit à des mesures d'ordre professionnel et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur ce point au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 800.-.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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