RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3235/2020 **ATAS/565/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juin 2022

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée aux AVANCHETS recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Christine TARRIT-DESHUSSES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 19 juillet 2019, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970, mariée et mère de deux enfants nés en 2003 et 2009, a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations en raison des atteintes suivantes : épilepsie, scoliose, crises d'angoisse et de panique.

b. Après avoir rassemblé plusieurs pièces médicales, dont notamment des comptes-rendus d'imageries (scanner du cou du 23 avril 2019 ; IRM cardiaque au stress au dipyridamole du 5 février 2009 ; IRM cérébrale du 24 septembre 2012 ; orthopantomogramme du 15 octobre 2015), la lettre de sortie établie le 27 septembre 2012 suite une hospitalisation du 24 au 27 septembre 2012 au service de neurologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ainsi que les rapports de la doctoresse B_____, médecin FMH et médecin traitant de l'assurée, et du docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie et neurologue traitant, des 8 juin 2016, 18 avril 2018, 5 juin et 12 août 2019, l'OAI a mandaté, pour expertise, le D_____, soit pour lui, les docteurs E_____, spécialiste FMH en neurologie, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Après avoir étudié les pièces du dossier et examiné l'assurée, les médecins précités ont retenu, dans leur rapport du 18 juin 2020, les diagnostics, sur le plan neurologique, de crises comitiales partielles vs pseudo-crises d'épilepsie (diagnostic différentiel) et, sur le plan psychique, de trouble panique (40.0) depuis 2009 ou 2010, possibles convulsions dissociatives (F44.5), possibles troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation de sédatif, syndrome de dépendance, utilisation continue (D12.25) et accentuation de certains traits de personnalité. Malgré ces atteintes, la capacité de travail de l'assurée était entière tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Une incapacité de travail limitée dans le temps depuis 2009, selon les périodes, pouvait toutefois être admise.

B. Par projet de décision du 1er juillet 2020, confirmé le 15 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante, étant encore précisé que son statut était celui d'une personne se consacrant à 70% à son activité professionnelle et, pour les 30% restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

C. **a.** Par courrier du 14 octobre 2020, complété les 1er décembre 2020 et 26 février 2021, l'assurée, notamment sous la plume d'un conseil, a contesté, auprès de la Chambre de céans, la décision du 15 septembre 2020, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, après avoir, au préalable, entendu ses médecins, la Dresse B_____, le Dr C_____ et la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et réalisé une expertise bi-disciplinaire. A l'appui de ses conclusions, la recourante a

contesté le statut retenu et la valeur probante du rapport du D_____, en se fondant notamment sur des rapports de la Dresse B_____ du 14 octobre 2020 et du Dr C_____ des 11 mai 2012, 29 septembre 2020 et 17 février 2021.

b. L'OAI a répondu en date du 31 mars 2021 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, persistant notamment à retenir un statut mixte et considérant, en se référant à un avis de son service médical régional (SMR), daté du 25 mars 2021, que les pièces médicales transmises par la recourante ne modifiaient pas les précédentes appréciations.

c. Par courrier du 19 avril 2021, la recourante a persisté dans ses précédents arguments et conclusions.

d. Le 14 juin 2021, le Conseil de la recourante a informé la Chambre de céans qu'il n'était plus constitué pour cette dernière.

e. Une audience de comparution personnelle et d'enquêtes s'est tenue le 14 septembre 2021. A cette occasion, la Chambre de céans a entendu la recourante, les Dresses B_____ et G_____ ainsi que le Dr C_____.

Entendue en premier, la Dresse B_____ a expliqué suivre la recourante depuis vingt ans en tant que médecin traitant. Après avoir rappelé l'historique médical, le médecin traitant a considéré que la recourante souffrait d'une dépression grave et invalidante, chronique, et de crises de panique, en sus de l'épilepsie. Sa capacité de travail était nulle, aucun employeur ne voulant engager une personne ayant des crises de panique et d'épilepsie avec de l'angoisse et de la dépression.

La Chambre de céans a ensuite entendu le Dr C_____, qui suivait la recourante depuis 2007. Celui-ci s'est déclaré en accord avec l'expertise du Dr E_____, à l'exception de son appréciation de la capacité de travail, le neurologue traitant ne voyant également pas quel employeur pourrait engager une personne faisant une crise d'épilepsie imprévisible une fois par mois. Pour le Dr C_____, c'était l'état anxio-dépressif qui ne permettait pas à la recourante de travailler à temps plein, en raison du manque de résistance à l'effort, avec le risque de crise d'épilepsie mensuelle qu'aucun employeur ne pouvait accepter. L'état épileptique était, quant à lui, stabilisé durablement et avait le potentiel de s'améliorer, vu notamment la réduction de la fréquence des crises d'épilepsie.

Enfin, la Dresse G_____ s'est exprimée et a expliqué qu'elle avait vu la recourante à quatre reprises entre décembre 2020 et mars 2021. Lors de la séance, le 11 mars 2021, elle avait suggéré à la recourante d'effectuer une thérapie de psychomotricité, traitement plus adéquat pour sa problématique. Elle ne suivait donc plus la recourante. La psychiatre traitante était toutefois d'accord avec le diagnostic psychiatrique posé par l'expert mais pas avec les conclusions sur la capacité de travail. En effet, la recourante avait une capacité d'introspection limitée, raison pour laquelle elle lui avait conseillé une thérapie de psychomotricité. En outre, son anxiété était difficile à soigner psychiatriquement notamment en raison de son intolérance aux médicaments. Enfin, elle considérait

la capacité de travail de la recourante restreinte mais n'était pas en mesure de la quantifier faute d'éléments suffisants, étant toutefois d'avis que possiblement, la recourante pouvait bien fonctionner dans un cadre protégé, agréable, et sans trop d'exigences de rendement.

Quant à la recourante, elle a notamment expliqué que sa peur de présenter des crises d'épilepsie et le fait de ne pas arriver à faire tout ce qu'elle devait entraînaient des crises d'angoisse, lesquelles l'empêchaient de sortir seule et de travailler. Pour supprimer ses angoisses, elle prenait du Temesta, arrêtait ses tâches en prenant une pause, ou encore elle respirait en pensant à autre chose. Le Temesta, lorsqu'elle en prenait trop, entraînait une baisse d'énergie et des difficultés de concentration et de mémoire, ces dernières l'empêchant alors de suivre les instructions d'un éventuel employeur. En revanche, si elle ne prenait pas trop de Temesta, elle allait bien et elle pouvait faire des activités. Cela étant, cela faisait cinq ou six ans qu'elle arrivait à mieux gérer ses angoisses. Par ailleurs, elle avait maintenant beaucoup moins de crises d'épilepsie, et n'allait presque plus à l'hôpital pour cette raison. Par ailleurs, elle sentait désormais quand une crise d'épilepsie arrivait et elle s'asseyait dans ce cas. Quant aux crises de panique, elles avaient disparu depuis un ou deux ans, sauf exception, comme cela a été le cas juste avant d'être examinée par les experts. Elle les reconnaissait car elle ne se mordait pas la langue comme dans les crises d'épilepsie et qu'elle avait des délires, avec le sentiment d'être devenue folle.

f. Par courriers des 6 octobre et 17 novembre 2021, la recourante, respectivement l'intimé, se sont prononcés sur les auditions précitées et ont persisté dans leurs précédentes conclusions.

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

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

3. Par ailleurs, 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 reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue le 15 septembre 2020, soit antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (ci-après : aLAI et aRAI lorsque la disposition en question a été modifiée).

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la demande de prestations de la recourante. Concrètement, les questions litigieuses portent sur le statut de la recourante et la valeur probante du rapport d'expertise des Drs E_____ et F_____.

6. Les parties s'opposent tout d'abord sur le statut de la recourante et, par conséquent, la méthode de calcul applicable.

6.1. 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 déterminer quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a aLAI, en corrélation avec les art. 27 ss aRAI).

Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que 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, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral I.693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

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

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 aRAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 aLAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100 % et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par

exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

7. En l'espèce, sous la plume de son conseil, qui a entretemps cessé d'occuper, la recourante a expliqué que sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité à 100 %, ses enfants étant désormais adolescents et son mari étant au chômage. En d'autres termes, elle est d'avis que le statut de personne active doit lui être reconnu.

Le dossier soumis à la Chambre de céans ne permet toutefois pas de suivre les conclusions de la recourante et de retenir un tel statut.

En effet, il ressort du rapport d'expertise du 18 juin 2020 qu'antérieurement à son mariage et à la naissance de ses enfants, la recourante a notamment travaillé en qualité de jeune fille au pair ou de femme de ménage, pendant près de 11 ou 12 ans (7 ans auprès d'un premier employeur, 4 à 5 ans auprès d'un second), toutefois sans être déclarée comme cela ressort de son compte individuel, lequel ne comprend aucune inscription avant 2006.

Selon le compte individuel en question, la recourante a travaillé en 2006 (3 mois), 2013 (4 mois), 2014 (8 mois), et 2016 (1 mois), ce en qualité de femme de ménage. Le montant des revenus réalisés dans ces quatre activités (2006 : CHF 4'803.- en trois mois, soit CHF 1'601.- en moyenne par mois ; 2013 : CHF 7'527.- sur quatre mois, soit CHF 1'881,75 en moyenne par mois ; 2014 : CHF 15'058.- sur huit mois, soit CHF 1'882,25 en moyenne par mois et 2016 : CHF 1'397.- pour un mois) ne permet toutefois pas de retenir que ces activités auraient été exercées à 100 %. En réalité, de septembre 2013 à août 2014, la recourante travaillait seize heures par semaine comme cela ressort de sa demande de prestations du 19 juillet 2019. Or, cela correspond à une activité à 40% environ.

La recourante s'est en outre inscrite à l'office cantonal de l'emploi (OCE) pour une activité à un taux de 70 % et rien dans le dossier ne permet de considérer que ce taux était dû à une capacité de travail réduite pour une cause médicale. En particulier, le dossier soumis à la Chambre de céans ne comporte aucun certificat médical attestant d'une incapacité de travail, à tout le moins partielle. Certes, dans son rapport du 19 septembre 2019, la Dresse B_____ considère que la recourante n'a jamais été capable de travailler. Cela ne correspond toutefois pas à la réalité, dès lors que la recourante explique elle-même avoir travaillé 11 ou 12 ans, de toute évidence non déclarés vu les comptes individuels, et 16 mois déclarés. Dans de telles circonstances, l'appréciation de la capacité de travail faite par le médecin précité n'est pas convaincante et ne saurait être retenue

Enfin, le fait que son époux soit au chômage n'est pas, à lui seul, un motif suffisant pour retenir que la recourante aurait exercé une activité à temps plein, en l'absence d'autres éléments dans ce sens.

Au vu des considérations qui précèdent, force est d'admettre qu'aucun élément du dossier ne permet de retenir que la recourante aurait travaillé à 100 % si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé : en effet, antérieurement à son atteinte à la santé, elle ne travaillait qu'à 40 %, sans qu'il ne soit établi que c'était pour des questions de santé ; sa recherche d'emploi portait sur un 70 % et rien ne permet de considérer que ce taux était dû à son atteinte à la santé. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a retenu un statut mixte, à raison de 70 % actif et 30 % ménagère, étant encore relevé que le taux de 70 % est bien supérieur à l'activité déployée avant l'atteinte, laquelle était exercée à 40 % selon la demande de prestations.

8. Les parties s'opposent ensuite sur la valeur probante du rapport du D_____ et, partant, sur la capacité de travail retenue par les experts, la recourante étant d'avis qu'elle est totalement incapable d'exercer une quelconque activité.

8.1. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité - La question des ressources mobilisables, in RSAS 2019, p. 60).

En vertu de l'art. 28 al. 2 aLAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 aLAI).

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent 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).

8.3. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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

8.4. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; ATF 145 V 215 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

9. **9.1.** La catégorie F40 de la CIM-19 porte sur le trouble panique. Il s'agit là d'un trouble dans lequel une anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle. Ces situations sont de ce fait typiquement évitées ou endurées avec appréhension. Les préoccupations du sujet peuvent être centrées sur des symptômes individuels tels que des palpitations ou une impression d'évanouissement et aboutissent souvent à une peur de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou. La simple évocation d'une situation phobogène déclenche habituellement une anxiété anticipatoire.

9.2. Les convulsions dissociatives sont, quant à elles, classées parmi les troubles dissociatifs ou de conversion, dans la catégorie F44 de la CIM-10. Ces troubles ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. On admet que ces troubles sont psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables, ou des relations interpersonnelles difficiles. Les symptômes traduisent souvent l'idée que se fait le sujet du tableau clinique d'une maladie physique. L'examen médical et les examens complémentaires ne permettent pas de mettre en évidence un trouble physique (en particulier neurologique) connu. Par ailleurs, on dispose d'arguments pour penser que la perte d'une fonction est, dans ce trouble, l'expression d'un conflit ou d'un besoin psychique. Les symptômes peuvent se développer en relation étroite avec un facteur de stress psychologique et ils surviennent souvent brusquement.

Les convulsions dissociatives sont plus particulièrement définies dans la sous-catégories F44.5 de la CIM-10. Ainsi, de telles convulsions peuvent ressembler très étroitement aux mouvements que l'on observe au cours d'une crise épileptique; toutefois, la morsure de la langue, les blessures dues à une chute ou la perte des urines sont rares. Par ailleurs, le trouble peut s'accompagner d'un état de stupeur ou de transe mais il ne s'accompagne pas d'une perte de la conscience.

9.3. Des traits de personnalité (notamment évoqués sous Z73.1 de la CIM-10) signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

10. **10.1.** 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).

10.2. 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).

10.3. 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.

10.3.1. 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).

10.3.2. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

10.3.3. 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). A 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 des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

10.3.4. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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).

11. **11.1.** 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).

11.2. 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).

11.3. 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 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la

jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. **12.1**. En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante a déposé, en date du 19 juillet 2019, une demande de prestations en raison d'une épilepsie, d'une scoliose, de crises d'angoisse et de panique.

Concrètement, selon les explications données par la recourante, elle a présenté, en 2000, 2003 et occasionnellement depuis lors, des épisodes de perte de connaissance, précédée de céphalées intenses et accompagnée de mouvements des quatre extrémités et parfois d'une morsure de langue. Parallèlement, elle a également souffert de crises sous forme de sensations de malaises, à point de départ épigastrique, avec altération de la vigilance.

Les diagnostics d'épilepsie partielle complexe (cf. lettre de sortie du professeur H_____, médecin auprès de la clinique de neurologie des HUG du 27 septembre 2012 et rapports du Dr C_____ du 12 août 2019 et de la Dresse B_____ du 19 septembre 2019) et d'état anxio-dépressif chronique (cf. rapport de la Dresse B_____ du 19 septembre 2019) ont été évoqués dans ce contexte.

Afin de pouvoir se prononcer sur le caractère invalidant des atteintes précitées et, par conséquent, sur la demande de prestations de la recourante, l'OAI a mandaté le D_____, soit pour lui, les Drs E_____ et F_____, pour expertise. En juin 2020, les médecins précités ont établi leurs rapports respectifs ainsi qu'une appréciation consensuelle.

Il convient, dès lors, d'examiner la valeur probante de ces documents.

12.2. Force est de constater, tout d'abord, que les rapports du 18 juin 2020 répondent, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse leur accorder une pleine valeur probante : ces expertises ont été conduites par des médecins spécialistes des domaines en question, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné la recourante préalablement à l'établissement de leurs rapports. Ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assurée et résumé leurs propres constatations. Les experts ont en outre énoncés les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Enfin, leurs conclusions sont claires et bien motivées.

12.2.1. Sur le fond, sur le plan neurologique, le Dr E_____ a retenu le diagnostic différentiel de crises comitiales partielles et généralisées versus pseudo-crises d'épilepsie, lesquelles ne limitaient pas la capacité de travail de la recourante.

Le neurologue précité a en particulier expliqué que vu les éléments à disposition et les explications de la recourante, il lui était impossible de trancher clairement quant à l'origine des troubles. Il estimait toutefois probable que la recourante ait présenté, à tout le moins à quelques reprises, des crises comitiales généralisées

convulsives tonico-cloniques. La fréquence de ces manifestations n'était pas précisable, si ce n'était qu'il n'y en avait pas eu beaucoup.

Parallèlement, la recourante présentait des manifestations plus difficiles à définir clairement, avec des sortes d'aura épigastrique, accompagnées d'une altération de la vigilance, lesquelles pouvaient correspondre à des crises comitiales partielles complexes (crises temporales), mais la description desdits troubles et les éléments objectifs à disposition ne permettaient pas d'affirmer ce diagnostic, dans un contexte de phénomènes pseudo-épileptiques de type crises de panique.

Par ailleurs, sur le plan strictement neurologique, la fréquence des malaises ne représentait pas une cause d'incapacité de travail significative dans l'activité de femme de ménage/nettoyeuse ni dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail en hauteur, pas d'activité à proximité d'une machine dangereuse, pas de conduite professionnelle d'un véhicule automobile, ces activités étant à risque majeur en cas de perte de connaissance soudaine. Quant aux céphalées et aux cervico-dorsalgies, elles ne représentaient pas non plus de cause objective d'incapacité de travail et de limitations fonctionnelles au vu de leur caractère objectivement modéré.

Enfin, le Dr E_____ a considéré que les troubles susmentionnés étaient plausibles et cohérents, mais que leur nature exacte (épileptogène ou psychogène) restait indéterminée avec un possible mélange des deux.

12.2.2. Sur le plan psychique, le Dr F_____ a retenu les diagnostics de trouble panique (F40.0) depuis 2009 ou 2010, possibles convulsions dissociatives (F44.5), possibles troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation de sédatifs, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.25), et accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1). Ces diagnostics n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

Il ressort plus particulièrement de l'expertise psychiatrique que sous la pression de son entourage, la recourante avait avorté en septembre 1999. Neuf mois après, elle avait présenté la première crise d'épilepsie alors qu'elle se rendait dans sa belle-famille. Par la suite, l'assurée avait regretté cette décision et elle culpabilisait depuis lors. Pour l'expert psychiatre, il était clair que cet avortement n'avait pas été intégré d'un point de vue psychique. Compte tenu des conclusions neurologiques évoquant une pseudo-épilepsie, le Dr F_____ a retenu, dans ce contexte, le diagnostic différentiel de possibles convulsions dissociatives (F44.5). En effet, les premières crises épileptiques étaient survenues dans un contexte psychologique bien particulier, suffisamment important pour justifier une origine psychique, la recourante vivant une culpabilité et des regrets quant à sa décision d'avorter. De plus, compte tenu de l'absence d'attaques de panique entre 2000 et 2009, la symptomatologie pseudo-épileptique ne pouvait pas uniquement être imputée au trouble panique, raison pour laquelle le diagnostic de possible convulsions dissociatives (F44.5) a été évoqué.

Le Dr F_____ a également relevé que durant la deuxième grossesse de la recourante, en 2009, des angoisses étaient apparues. C'est pourquoi, il a retenu le diagnostic de trouble panique (F40.0), ce trouble étant caractérisé par une anxiété sévère, accompagnée de différents symptômes neurovégétatifs (sensation d'évanouissement, sensation de mort imminente, sensation de devenir folle) et survenant, dans le cas de la recourante, environ quatre fois par année, de manière imprévisible.

En outre, l'expert a considéré qu'il ressortait implicitement des déclarations de l'assurée que le Temesta était pris de manière excessive. Dans ces moments, la recourante était apathique.

Par ailleurs, le psychiatre a constaté une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1), notamment dans le domaine obsessionnel, avec une tendance importante à aimer l'ordre, le rangement, les détails ou la précision notamment. Cela étant, il n'y avait pas d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité.

Enfin, le Dr F_____ a relevé que lors de l'expertise, la recourante avait arrêté toute prise en charge psychiatrique depuis cinq ans et n'utilisait que du Temesta en réserve et du Relaxane chaque matin pour traiter sa symptomatologie. L'expert ne savait pas si l'assurée avait bénéficié d'une approche psychothérapeutique centrée sur l'avortement et ses conséquences affectives en termes de culpabilité. Si la capacité d'introspection était cliniquement très faible, voire absente, et que la dimension obsessionnelle de la personnalité était un argument en faveur de difficultés à intégrer l'avortement et à surmonter la symptomatologie dissociative et anxieuse, une amélioration clinique n'était pas exclue avec un traitement adéquat, sous la forme d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, adaptée au profil de personnalité et des ressources psychiques, avec en parallèle un traitement psychotrope adéquat.

12.2.3. Les médecins précités ont par ailleurs procédé à une appréciation consensuelle. Ils ont notamment relevé que sur le plan étiologique, il était difficile de définir la nature exacte des troubles. La recourante avait présenté, voire présentait encore occasionnellement des crises comitiales généralisées convulsives tonico-cloniques, auxquelles pouvaient se surajouter des crises partielles complexes temporales, sans qu'il ne soit possible, sur la base des éléments à disposition, de trancher entre des phénomènes comitiaux partiels et pseudo-comitiaux/crises de panique. Dans tous les cas, l'atteinte neurologique n'entraînait pas d'incapacité de travail. Quant à la psychopathologie, elle ne justifiait que des périodes d'incapacité de travail de courtes durée, étant précisé que cette pathologie n'était pas adéquatement traitée.

12.3. 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).

La recourante a sollicité l'audition de ses médecins traitants dans le but de remettre en question les conclusions des experts.

12.3.1. Entendue en premier, la Dresse B_____ a considéré que la recourante souffrait d'une dépression grave et invalidante, chronique, et de crises de panique, en sus de l'épilepsie. Sa capacité de travail était nulle, aucun employeur ne voulant engager avec de telles pathologies. La recourante était déjà aidée par sa famille, y compris sa fille, dans son propre quotidien, de sorte que la Dresse B_____ ne voyait pas comment la recourante pouvait travailler. Elle ne pouvait pas garder des enfants ni sortir de chez elle.

Les critiques de la Dresse B_____ ne sauraient toutefois être suivies. En effet, ce médecin a tout d'abord posé un diagnostic psychiatrique, celui de dépression, qui dépasse sa spécialisation en médecine interne générale, et qui n'a été retenu par aucun des spécialiste en psychiatrie consultés, que ce soit le Dresse G_____ ou le Dr F_____. Or, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de conclusions médicales. Ainsi, le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical (ou, comme dans le cas d'espèce, le médecin entendu par la Chambre de céans) doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante de ses conclusions est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI). A cela s'ajoute le fait que le médecin traitant n'a pas procédé à une appréciation médicale de la capacité de travail de la recourante, se contentant d'expliquer ne pas concevoir d'employeur voulant engager une personne ayant des crises de panique et d'épilepsie avec de l'angoisse et de la dépression.

12.3.2. La Chambre de céans a ensuite entendu le Dr C_____, qui suivait la recourante depuis 2007. Celui-ci s'est déclaré en accord avec l'expertise du Dr E_____, à l'exception de son appréciation de la capacité de travail, le neurologue traitant ne voyant également pas quel employeur pourrait engager une personne faisant une crise d'épilepsie imprévisible une fois par mois. Pour le Dr C_____, c'était l'état anxio-dépressif qui entraînait de la fatigue et un manque de résistance à l'effort et qui ne permettait ainsi pas à la recourante d'effectuer huit heures de travail par jour. Il estimait également qu'aucun employeur ne pouvait accepter le risque de crise d'épilepsie mensuelle due au manque de résistance à l'effort. Ce n'était pas les médicaments qui l'empêchaient de travailler, au contraire, étant toutefois précisé que trop de Temesta pouvait avoir un effet sédatif. Enfin, le Dr C_____ a expliqué que l'état épileptique était stabilisé

durablement et avait le potentiel de s'améliorer, vu notamment la réduction de la fréquence des crises d'épilepsie.

Comme pour la Dresse B_____, force est de constater que le Dr C_____ n'a pas procédé à une appréciation médicale de la capacité de travail en considérant qu'aucun employeur ne pouvait accepter le risque d'épilepsie. Cette affirmation est en outre en contradiction avec son appréciation de la situation sur le plan neurologique, dès lors que pour le neurologue traitant, l'état épileptique était stabilisé durablement et qu'il avait même le potentiel de s'améliorer vu la réduction de la fréquence des crises. De plus, il se contredit dans ses explications quant à la régularité de telles crises. En effet, lors de son audition, il a expliqué que ces crises arrivaient tous les mois alors que dans son certificat du 29 septembre 2020, il évoque des crises d'épilepsie tous les trois à quatre mois. En tout état, dans la mesure où le Dr C_____ ne donne aucune indication quant une incapacité de travail de longue durée après une crise d'épilepsie, la Chambre de céans ne voit pas en quoi une telle crise serait incapacitante, ce d'autant plus que de l'aveu même de la recourante lors de son audition le 14 septembre 2021, elle pouvait désormais anticiper la venue de crises d'épilepsie et prendre les mesures nécessaires pour ne pas se mettre en danger. Enfin, nier une quelconque capacité de travail en raison du seul risque de crises d'épilepsie revient à écarter, par principe, une personne épileptique du marché du travail.

12.3.3. Enfin, la Chambre de céans a procédé à l'audition de la Dresse G_____, psychiatre, laquelle avait vu la recourante à quatre reprises, soit le 18 décembre 2020, le 21 janvier 2021, le 11 février 2021 et le 11 mars 2021. Le 11 mars 2021, elle avait suggéré à la recourante d'effectuer une thérapie de psychomotricité, ne s'estimant pas être la thérapeute adéquate pour sa problématique en raison de sa capacité d'introspection limitée. Elle ne suivait donc plus la recourante. La psychiatre traitante était d'accord avec le diagnostic psychiatrique posé par l'expert mais non avec les conclusions sur la capacité de travail. En effet, elle était d'avis que l'anxiété, qui pouvait, lorsqu'elle était importante, engendrer le trouble dissociatif, était difficile à soigner psychiatriquement notamment en raison de son intolérance aux médicaments, sauf peut-être aux benzodiazépines (Temesta). Partant, la capacité de travail de la recourante était restreinte, mais la Dresse G_____ ne pouvait pas la définir plus précisément faute d'éléments suffisants. Peut-être que la recourante pouvait bien fonctionner dans un cadre protégé, agréable, et sans trop d'exigences de rendement.

Les critiques de la Dresse G_____ ne sauraient toutefois pas non plus être suivies. En effet, ce médecin a essentiellement considéré que l'anxiété de la recourante était difficile à soigner notamment en raison de son intolérance aux médicaments, sauf peut-être aux benzodiazpéines, dont le Temesta fait partie. Il ressort cependant du dossier que de l'Efexor 37,5mg et du Deanxit ont été prescrits par le passé sans qu'il y ait de mention d'une quelconque intolérance. A cela s'ajoute le fait que lors de la réalisation de l'expertise, la recourante n'était

plus suivie par un psychiatre depuis plusieurs années. Elle n'a, par la suite, vu la Dresse G_____ qu'à quatre reprises seulement. De plus, le trouble dissociatif reconnu par la psychiatre précitée était susceptible d'être soigné ou du moins géré avec l'aide d'un(e) psychomotricien(ne). Dans de telles circonstances, il paraît prématuré de considérer que les troubles dont souffre la recourante sont difficiles à soigner. En tout état, ces éléments ont été pris en considération par l'expert psychiatre, lequel a estimé qu'une amélioration était malgré tout possible.

12.4. Force est de constater, à l'issue de l'audition des médecins traitants de la recourante, que ces derniers rejoignent les conclusions des experts en ce qui concerne les diagnostics, étant rappelé que le diagnostic de dépression a uniquement été évoqué par la Dresse B_____, qui n'est pas psychiatre. En revanche, ils s'écartent de l'expertise s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail. Leurs explications ne montrent toutefois pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. Partant, une pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise réalisée par les Drs E_____ et F_____ et il doit être considéré que la capacité de travail de la recourante est entière.

13. Enfin, même si les appréciations des médecins traitants quant à la capacité de travail, réduite ou nulle, devaient être prises en considération, le recours devrait néanmoins être rejeté pour les motifs suivants, étant précisé que ces médecins s'accordent pour retenir une incapacité de travail en raison de troubles psychiques seulement.

13.1. Comme indiqué précédemment, pour qu'il y ait une incapacité de gain, notion centrale pour la définition de l'invalidité, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (MESTRE CARVALHO, op. cit., p. 60). Les maladies psychiques ne peuvent être déterminées ou prouvés sur la base de critères objectifs que de manière limitée. Elles sont donc 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 (MESTRE CARVALHO, op. cit., p. 61 et 70). Compte tenu des similitudes avec les troubles d'ordre psychosomatique ou syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, tels que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux, le Tribunal fédéral a considéré que l'approche instaurée dans l'ATF 141 V 281 pour clarifier le droit à une rente de l'assurance invalidité devait également s'appliquer aux troubles psychiques (MESTRE CARVALHO, op. cit., p. 71).

Ainsi, selon la jurisprudence, dans le cas de troubles psychiques également, 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).

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

14. En l'espèce, la Chambre de céans relève, à titre liminaire, que personne ne remet en doute le trouble panique et les possibles convulsions dissociatives dont souffre la recourante. Toutefois, en tant qu'atteintes psychiques, par définition, non objectivables, celles-ci ne sont invalidantes 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.

Or, il ressort tout d'abord de l'expertise judiciaire et des pièces du dossier qu'au jour de l'expertise, la recourante ne suivait plus de traitement psychiatrique depuis cinq ans et que par la suite, elle avait vu, à quatre reprises seulement, la Dresse G____, qui lui avait suggéré un suivi avec un psychomotricien. L'expert psychiatre était en outre d'avis qu'une amélioration clinique était possible grâce à une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, adaptée au profil de personnalité et à celui des ressources psychiques, en parallèle d'un traitement psychotrope adéquat. Pour sa part, la psychiatre traitante a adressé la recourante à un psychomotricien, considérant qu'une personne de cette spécialisation serait plus à même d'aider la recourante. Il résulte donc de ce qui précède que la recourante n'a pas épuisé les possibilités de traitement raisonnablement exigibles, de sorte qu'on ne peut pas considérer que le trouble panique et les possibles convulsions dissociatives ne sont plus accessibles à une thérapie et, par conséquent, invalidants pour ce motif (cf. indicateur « succès du traitement et de la réadaptation ou résistance », voir à cet égard GÄCHTER / MEIER, Schmerzrechtsprechung 2.0 - Bemerkung zur grundlegenden Praxisänderung im Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015, zur Publikation vorgesehen, in Jusletter 29 juin 2015, ch. 51).

Par ailleurs, outre les diagnostics incapacitants sur le plan psychique (trouble panique et possibles convulsions dissociatives), la recourante présente également des crises comitiales partielles et généralisées, des cervicalgies et des lombalgies communes ainsi qu'une accentuation de certains traits de personnalité. Les atteintes somatiques et neurologiques ne sont, selon les experts et les médecins traitants, en tant que telles pas incapacitantes, mais elles entraînent quelques limitations fonctionnelles, lesquelles sont toutefois respectées dans l'activité habituelle de la recourante (cf. rapport d'expertise du 18 juin 2020). Quant aux traits de la personnalité, ils ne sont par définition pas incapacitants (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3). En tant que ces comorbidités ne sont pas incapacitantes, elles ne privent pas la recourante de ses ressources (cf. indicateur « comorbidité ou affections corporelles concomitantes, voir à cet égard MESTRE CARVALHO, op. cit., p. 67, voir également GÄCHTER / MEIER, op.cit., ch. 58).

Malgré la capacité d'introspection limitée, l'expert psychiatre et, implicitement, la Dresse G_____ ont considéré que les atteintes psychiques dont souffrait la recourante étaient accessibles à un traitement et susceptible d'amélioration. Les médecins précités n'ont donc pas considéré que la recourante était incapable

d'adopter un point de vue critique mais qu'elle devait être accompagnée par un spécialiste pour y parvenir. On ne peut donc pas considérer, à ce stade, que la recourante n'a pas les ressources psychologiques pour adopter un point de vue critique par rapport à sa capacité de travail résiduelle (cf. indicateur « complexe de personnalité, voir à cet égard MARELLI, Nicht können oder nicht wollen ? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, SZS 2007, pp. 336 ss).

S'agissant de l'indicateur « complexe 'contexte social' », force est de constater que la recourante a un niveau d'activité bas. Elle n'a plus d'amis. Cependant, elle a le soutien de ses sœurs, de son époux et, dans une certaine mesure, de ses enfants. Elle bénéficie ainsi d'un soutien familial et d'un contexte social favorable. Des ressources mobilisables peuvent à l'évidence être tirées de son entourage familial, de sorte qu'elles n'ont pas été encore épuisées (voir à cet égard MESTRE CARVALHO, op.cit., p. 68; GÄCHTER / MEIER, op.cit., ch. 68).

Enfin, en lien avec la catégorie « cohérence », la Chambre de céans constate que la recourante n'a pas cherché à entreprendre de thérapies pour traiter ses troubles psychiques. En effet, avant l'expertise, elle n'était plus suivie par un psychiatre. Après l'expertise, la Dresse G_____ l'a reçue à quatre reprises, avant de l'adresser à un psychomotricien, plus compétent à ses yeux. Toutefois, rien dans le dossier ne permet de retenir que la recourante a suivi cette suggestion. Ce faisant, elle adopte un comportement incohérent. En effet, une personne souffrant de troubles psychiques l'empêchant de sortir de chez elle cherchera au contraire un moyen thérapeutique pour y remédier (voir à cet égard GÄCHTER / MEIER, op.cit., ch. 72 ; MESTRE CARVALHO, op.cit., p. 69).

En résumé, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'un trouble panique et de possibles convulsions dissociatives. Ces atteintes étant difficilement objectivables (cf. consid. 13.1 supra), la question est de savoir si la recourante dispose de ressources suffisantes pour les surmonter et travailler. Or, en procédant à l'examen des indicateurs jurisprudentiels, il peut être constaté que la recourante dispose justement de telles ressources. Ainsi, on ne saurait dans tous les cas parler d'une incapacité de gain objectivement insurmontable au sens de l'art. 7 al. 2 *in fine* LPGA.

Partant, même si la Chambre de céans devait tenir compte des conclusions des médecins traitants quant à une capacité de travail réduite ou inexistante, elle serait contrainte de s'en écarter et d'inviter la recourante à suivre le traitement préconisé et à déposer, le cas échéant, une nouvelle demande en cas d'échec.

15. Etant donné qu'un statut mixte a été reconnu à la recourante, la question de l'empêchement dans les travaux habituels se pose.

15.1. 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).

15.2. Sous l'empire de l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 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).

15.3. 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).

15.4. En résumé, 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

16. En l'espèce, comme indiqué précédemment, le statut mixte a été reconnu à la recourante, à savoir 70 % active et 30 % ménagère.

Or, lors de l'audience de comparution personnelle du 14 septembre 2021, la recourante a expliqué que lorsqu'elle était dans un bon jour, elle arrivait à cuisiner et à faire des nettoyages à la main, des lessives et du repassage. En revanche, elle ne passait pas l'aspirateur lorsqu'elle était seule à cause du bruit qui lui coupait la respiration. Lorsqu'elle était dans un mauvais jour, elle ne faisait rien. Lors de son audition du même jour, le Dr C_____ a fait une description similaire.

Dans ce contexte se pose donc la question du degré d'invalidité dans la sphère ménagère et de la nécessité de réaliser une enquête économique. La réalisation d'une telle enquête est toutefois superflue pour les motifs suivants.

En effet, selon le dossier, les activités habituelles de la recourante, en tant qu'activité lucrative à temps partiel, étaient celles de jeune fille au pair et de femme de ménage. Il s'agit là d'activités correspondant à plusieurs des domaines examinés lors de l'enquête sur place soit notamment les domaines de l'alimentation, de l'entretien du logement ou de la maison, de la lessive et de l'entretien des vêtements, ainsi que des soins et de l'assistance aux enfants et proches (cf. ch. 3609 de la Circulaire de l'office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI), qui a remplacé, avec effet au 1er janvier 2022, la circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie [CIIAI] et notamment son ch. 3087). Or, selon l'expertise, à laquelle une pleine valeur probante a été

reconnue, la capacité de travail de la recourante dans les activités habituelles est en l'état entière, ses atteintes psychiques, les seules qui sont potentiellement incapacitantes, étant accessibles à un traitement et susceptibles d'amélioration. S'il est établi que la capacité de travail de la recourante est entière dans les activités de jeune fille au pair et de femme de ménage, la Chambre de céans ne voit pas en quoi il y aurait des empêchements dans la tenue du ménage.

Par surabondance, même si l'on devait retenir un empêchement de 100 % dans la sphère ménagère, ce qui n'est pas le cas vu ce qui précède, le degré d'invalidité dans les travaux habituels serait de 30 % au maximum, ce qui correspondrait à un degré d'invalidité général du même taux, insuffisant pour donner droit ne serait-ce déjà à un quart de rente :

	70% x 0%			0%
+	30% x 100% au maximum	soit	+	30% au maximum
=	30%		=	30%

Où 70 % correspond au taux d'occupation avant l'invalidité et 0 % au taux d'incapacité de travailler et

Où 30 % correspond au taux des travaux habituels et 30 % à la limitation dans le ménage.

C'est encore le lieu de rappeler que l'empêchement de 30 % est un maximum, dès lors qu'il a été établi sur la base d'une incapacité totale d'exercer *tous* les travaux habituels (soit l'alimentation [préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions], l'entretien du logement ou de la maison [ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer en profondeur, soigner les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, sortir les déchets et garde des animaux domestiques], les achats [courses quotidiennes et achats plus importants, et courses diverses (telles que la poste, les assurances, les services officiels], la lessive et l'entretien des vêtements [laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures] et les soins et l'assistance aux enfants et aux proches] – cf. ch. 3087 CIIAI jusqu'au 31 décembre 2021, étant précisé que depuis le 1er janvier 2022, le soin du jardin et de l'extérieur de la maison et la garde des animaux domestique constituent un domaine à part et ne figurent plus dans l'entretien de la maison, cf. ch. 3609 CIRAI) et sans tenir compte de l'aide de l'époux de la recourante et de leurs enfants. Ce pourcentage constitue dès lors un taux théorique maximum.

17. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

La recourante, bien qu'ayant été représentée par un avocat, n'a pas droit à une indemnité de procédure dans la mesure où elle succombe (art. 61 let. g LPGA a contrario).

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a par ailleurs lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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