

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3617/2024

ATAS/892/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 novembre 2025

Chambre 3

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Andrea VON FLÜE, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1966, de nationalité espagnole, titulaire d'un permis C, est mariée et mère de deux enfants nés en 1991 et 2001.
- b.** Entre 1999 et 2005, l'assurée a effectué des missions temporaires. Elle a diminué son taux d'occupation à 60% à partir de 1991, suite à la naissance de son fils aîné. Selon une attestation d'employeur du 11 mai 2006, l'assurée a travaillé huit heures par jour, 2 jours par semaine à compter de décembre 2004.
- c.** Il ressort du *curriculum vitae* de l'assurée, d'une demande de prestations du 1^{er} décembre 2020 et d'un rapport d'enquête ménagère du 18 juillet 2024 que l'intéressée a travaillé, en dernier lieu, en tant qu'auxiliaire temporaire au sein de la B_____ à 60% pendant environ quatre mois en 2005.
- d.** L'assurée, en arrêt de travail depuis le 7 février 2005, a été licenciée pour « faute comportementale » en date du 18 octobre 2005 pour le 5 décembre 2005.
- B.** **a.** Le 27 février 2006, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
- b.** Selon un rapport du 28 août 2006, établi par la docteure C_____, spécialiste en médecine générale, l'assurée souffrait de stress post-traumatique (code F43.1 de la 10^e édition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé de 2008 [ci-après : CIM-10]), de dépression chronique et somatisation depuis environ trois ans. Son incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} novembre 2005.
- c.** Par décision du 24 septembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que l'assurée avait refusé de coopérer. En effet, elle ne s'était pas présentée au rendez-vous qui lui avait été fixé pour se soumettre à une expertise psychiatrique. Or, les documents médicaux versés au dossier étaient insuffisants pour permettre à l'OAI de se déterminer sur l'existence d'une atteinte à la santé et son éventuelle influence sur la capacité de travail et de gain.
- d.** Cette décision a été confirmée par arrêt du 14 mai 2009 du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS ; ATAS/606/2009).
- C.** **a.** Le 1^{er} décembre 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une dépression et des angoisses importantes depuis 2007 – en lien avec un traumatisme lié à une agression –, des problèmes à l'épaule droite depuis juillet 2019 et des douleurs dorsales depuis 2019.

Dans un rapport du 28 décembre 2020, le docteur D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie assurant le suivi de l'assurée depuis août 2020, a indiqué avoir constaté la présence de signes de stress post-traumatique en lien avec une agression sexuelle subie treize ans auparavant, selon l'anamnèse, pour laquelle il avait prescrit une traumathérapie déléguée de type « Eye Movement

Desensitization and Reprocessing » (EMDR). En l'absence de suivi psychiatrique antérieur et de dossier médical à sa disposition, il n'avait pas d'élément objectif pour décrire la situation précédant la première consultation et ne pouvait, en particulier, décrire l'évolution depuis le dépôt de la première demande de prestations. Sa patiente mentionnait toutefois une aggravation survenue cinq ans plus tôt, sous la forme de douleurs dorsales permanentes, apparues sans traumatisme physique nouveau, qu'elle mettait en lien avec le traumatisme psychique de l'agression. La violence physique de celle-ci lui avait laissé, treize ans auparavant, des douleurs lombaires intermittentes suggérant des réviviscences intrusives de type dissociatif sur le déclencheur de la position assise. Le Dr D_____ préconisait une expertise, bidisciplinaire, afin de documenter l'évolution depuis la dernière demande de prestations.

b. Par décision du 1^{er} novembre 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 1^{er} décembre 2020.

c. Cette décision a été confirmée par la Cour de céans par arrêt du 30 juin 2022 (*cf.* ATAS/625/2022 du 30 juin 2022 consid. 8).

D. a. Le 25 avril 2023, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI. À l'appui de cette demande, elle a produit un certificat établi le 31 janvier 2023 par le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'un suivi depuis le 5 janvier 2023 en raison d'un trouble anxieux sévère dans le cadre d'un syndrome de stress post-traumatique.

b. Dans un rapport du 25 septembre 2023, le Dr E_____ a retenu les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique avec modification durable de la personnalité, trouble hyperkinétique avec déficit de l'attention (code F90.0 CIM-10), trouble de l'anxiété généralisé, agoraphobie sévère et crise de panique, ainsi que dépression majeure à évolution chronique. L'incapacité de travail était totale, dans toute activité, et ce de façon définitive. Un test neuropsychologique était demandé afin d'écarter un possible trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et un trouble autistique.

c. Madame F_____, psychologue, spécialiste en neuropsychologie, a effectué un bilan cognitif mettant en évidence une atteinte cognitive d'intensité légère à modérée. Le tableau semblait se comprendre dans le contexte de la symptomatologie anxiodépressive et du probable état de stress post-traumatique (PTSD) impactant le fonctionnement cognitif de l'assurée au quotidien (rapport du 15 septembre 2023).

d. Le 5 février 2024, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a noté que la péjoration psychique était, selon le psychiatre traitant, réactionnelle, en lien avec la dernière décision de refus de rente. Le bilan neuropsychologique n'avait fait état que d'une atteinte légère à modérée et ne contenait que peu de précisions sur la description d'une journée type. Quant au rapport du psychiatre, il était essentiellement anamnestique, avec peu d'éléments objectifs. Le SMR n'était

donc pas en mesure de suivre les conclusions du psychiatre traitant et préconisait une expertise psychiatrique avec bilan neuropsychologique incluant des tests de validation des symptômes si l'expert le jugeait utile. L'expert serait chargé d'évaluer l'existence d'une éventuelle atteinte à la santé psychiatrique avec impact sur la capacité de travail dans l'économie libre depuis la dernière décision de l'OAI et de se prononcer sur l'exigibilité d'un traitement.

e. L'expertise a été confiée au docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 15 avril 2024.

L'expert a retenu, à compter de janvier 2022, les diagnostics incapacitants suivants : trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (code F33.11 CIM-10), trouble anxieux généralisé (code F41.1 CIM-10) et trouble douloureux somatoforme persistant (code F45.4 CIM-10). Il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 50% (4.5 heures de travail par jour) dans toute activité depuis janvier 2022. L'évolution de la capacité de travail était difficilement déterminable et dépendait du status somatique, la situation n'étant pas stabilisée. Un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur différent pouvaient améliorer le pronostic.

f. Le 22 avril 2024, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique. Retenant des limitations psychiatriques significatives modérées et uniformes dans tous les domaines de la vie courante (ralentissement psychomoteur modéré, troubles de la concentration modérés, anxiété généralisée modérée et isolement social partiel), il a admis une capacité de travail réduite de 50% dans toute activité depuis janvier 2022.

g. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 17 juillet 2024.

À teneur du rapport établi le 18 juillet 2024 par le service des évaluations de l'OAI, l'empêchement pondéré dans la tenue du ménage était de 14%, mais de 0% en tenant compte de l'aide du conjoint et de la fille, âgée de 23 ans.

L'assurée a notamment expliqué avoir travaillé comme employée de commerce après l'obtention de son certificat fédéral de capacité (CFC), de 1984 à 1985. Elle avait ensuite exercé comme employée de commerce à l'Hospice général, de 1985 à 1998 et avait diminué son taux d'occupation à 60% à compter de 1991, en raison de la naissance de son fils aîné. De 1999 à 2005, elle avait effectué des missions intérimaires (secrétaire à 60% pendant six mois, puis cinq mois à 60% et, finalement, six mois à 60% pour un troisième employeur). Elle avait travaillé, en dernier lieu, en tant qu'auxiliaire temporaire au sein de la B_____, à 60%, pendant environ quatre mois en 2005. Sans atteinte à la santé, l'assurée exercerait une activité lucrative au même taux. Sa fille de 23 ans était désormais autonome, bien que vivant toujours au domicile familial. Son conjoint occupait un poste d'agent de sécurité à 90%, son employeur refusant d'augmenter son taux de travail. Leur fils, âgé de 33 ans, avait quitté le domicile familial.

h. Le 18 juillet 2024, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de rejeter la demande de prestations.

Le statut retenu était celui de personne consacrant 60% à son activité professionnelle et 40% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

Une incapacité de travail de 50% était admise à compter du 1^{er} janvier 2022 (début du délai d'attente d'un an). La comparaison des gains avant invalidité (CHF 52'733.-) et après invalidité (CHF 25'008.-) révélait une perte de gain de CHF 27'725.-, correspondant à un degré d'invalidité de 52.58% dans la sphère professionnelle. L'enquête à domicile avait conclu à des empêchements dans la sphère ménagère de 14%, pondérés à 0% compte tenu de l'aide exigible des membres de la famille. Le degré d'invalidité global s'élevait donc à 31.55%, arrondi à 32% (31.55% dans la sphère professionnelle [60% x 52.58%] + 0% dans la sphère ménagère [40% x 0%]), ce qui était insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

À compter du 1^{er} janvier 2024, et malgré une réduction forfaitaire de 20% opérée sur les valeurs statistiques salariales du revenu avec invalidité, la perte de gain, de CHF 30'504.- (CHF 52'733.- - CHF 22'229.-), correspondait à un taux d'invalidité de 57.85% dans la sphère professionnelle. Le degré d'invalidité global, de 34.71%, arrondi à 35% (34.71 dans la sphère professionnelle [60% x 57.85%] + 0% dans la sphère ménagère [40% x 0%]), ne suffisait toujours pas à ouvrir droit à une rente.

Par ailleurs, il était estimé que les mesures professionnelles ne seraient pas de nature à réduire le dommage.

Enfin, il y avait lieu de considérer que l'assurée pouvait prétendre à de nombreux emplois sur le marché équilibré du travail au vu de son profil (employée de commerce, téléphoniste, réceptionniste, secrétaire et scannage).

i. Le 20 août 2024, l'assurée a contesté ce projet de décision en faisant valoir que sa fille, en formation, ne participait à aucune tâche ménagère, dès lors qu'elle passait la majorité du temps à l'extérieur, pour ses études et avec ses amis. Quant à son époux, il travaillait à 90% et participait peu aux tâches ménagères. Son incapacité de travail ayant été dûment constatée par le SMR, il se justifiait selon elle de lui accorder une demi-rente à tout le moins.

j. Le 30 août 2024, le SMR a relevé que l'aide exigible retenue, correspondant à 3h31 par semaine, soit environ 30 minutes par jour, ne paraissait pas excessive au vu de la composition familiale et de l'emploi du temps de la famille.

k. Par décision du 24 septembre 2024, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

L'OAI a relevé que, malgré l'application d'une nouvelle jurisprudence fédérale prévoyant une déduction supplémentaire sur le salaire statistique de référence

concernant les années 2022 et 2023, le degré d'invalidité restait inférieur à 40% pour ces deux années.

- E. a.** Par acte du 28 octobre 2024, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

La recourante allègue que cela fait de nombreuses années qu'elle n'est pas en mesure d'exercer une activité lucrative, qu'elle s'est vu refuser une première fois le droit à des prestations en raison d'un défaut de collaboration imputable à ses problèmes de santé et qu'il lui a ensuite été difficile d'obtenir la réouverture de son dossier, vu l'absence de faits nouveaux.

Elle conteste les conclusions de l'enquête ménagère à laquelle elle reproche d'avoir réduit l'ampleur de ses empêchements «de manière fictive». La recourante se dit dans l'incapacité d'assumer la moindre tâche ménagère et estime que la charge du ménage ne saurait être reportée sur les membres de sa famille, dès lors que son époux et sa fille sont occupés à plein temps.

Enfin, au vu des appréciations totalement divergentes de son médecin-psychiatre et de l'intimé, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise.

- b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 novembre 2024, a conclu au rejet du recours.

L'intimé considère que l'enquêtrice ménagère a développé de manière circonstanciée les différentes rubriques de son mandat. L'évaluation des empêchements rencontrés par la recourante dans l'accomplissement des tâches du ménage se fonde sur les déclarations de l'intéressée, consignées dans le rapport d'enquête. L'enquêtrice a également pris connaissance du dossier médical et tenu compte de l'état de santé de la recourante et des conclusions du SMR.

L'intimé relève que, dans l'enquête ménagère, l'enquêtrice a considéré que la tenue hebdomadaire du ménage, pour la période pertinente et pour cette constitution familiale, pouvait être estimée à 25.12h, en se fondant sur les chiffres de l'enquête suisse sur la population active (ESPA). Les deux personnes vivant sous le même toit que la recourante peuvent apporter une contribution raisonnable aux tâches ménagères, étant précisé qu'il n'y a aucun facteur susceptible de réduire l'aide exigible de leur part. Les empêchements cumulés sans obligation de réduire le dommage des membres de la famille correspondent à 3.31h, ce qui est cohérent avec les déclarations de la recourante lors de l'enquête. Les éléments apportés par la recourante ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas.

- c.** Dans sa réplique du 16 décembre 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle soutient que le rapport d'expertise psychiatrique du 15 avril 2024 s'apparente plutôt à un avis médical qui ne saurait se voir reconnaître une valeur probante supérieure aux appréciations médicales de son psychiatre traitant, qui la connaît bien mieux. Cette expertise est d'autant plus contestable que la recourante s'est récemment vu diagnostiquer une grave maladie oncologique qui constitue un élément nouveau induisant une nette péjoration de son état de santé, tant physique que psychique.

À l'appui de sa réplique, la recourante a joint un certificat médical du docteur H_____ du 12 décembre 2024.

d. Par écriture du 7 janvier 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

Il relève que l'élément nouveau invoqué par la recourante est postérieur à la décision litigieuse, de sorte qu'il ne peut être retenu dans le cadre de la présente procédure.

e. Le 10 mars 2025, l'intimé a transmis à la Cour de céans le courrier du docteur I_____, spécialiste en oncologie, du 5 mars 2025.

f. Le 25 mars 2025, se référant à un avis du SMR du 19 mars 2025, l'intimé a indiqué que s'il y avait lieu de reconnaître une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à la décision litigieuse, cette aggravation ne pouvait être prise en considération dans le cadre de la présente procédure.

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

EN DROIT

1.

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

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

1.2 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.

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

1.3 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, le recours est recevable.

2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

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

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en octobre 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 25 avril 2023 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. À titre liminaire, il convient de circonscrire l'objet du litige.

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

3.2 En l'espèce, la décision querellée a été rendue en date du 24 septembre 2024, de sorte que l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur sa capacité de travail doivent être examinés à cette date. Or, la nouvelle pièce médicale transmise par l'intimé à la Cour de céans en date du 10 mars 2025, à savoir le rapport du Dr I_____ du 5 mars 2025, atteste d'un diagnostic de carcinome invasif NST G3 du quadrat inféro interne du sein droit posé à la suite d'exams effectués entre octobre et décembre 2024. Cette nouvelle pièce fait ainsi état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à la décision litigieuse,

de sorte qu'elle ne sera pas prise en compte par la Cour de céans dans le cadre de la présente procédure. Il est loisible en revanche à l'assurée de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI pour aggravation de son état de santé.

Le litige porte donc sur le bien-fondé de la décision du 24 septembre 2024, par laquelle l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente en raison d'un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation à l'époque.

4.

4.1 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

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).

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

d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4.2 Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

4.3 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

4.4 Une fois le diagnostic posé par 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), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue

d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion

médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

4.6 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

4.7 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 LPG) 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

4.8 S'agissant de la valeur probante des rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, le Tribunal fédéral considère qu'elle est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Toutefois, les offices AI devraient toujours ordonner des expertises externes lorsque le caractère interdisciplinaire d'une situation médicale problématique l'exige, lorsque le SMR ne dispose pas des ressources professionnelles nécessaires pour pouvoir répondre

à une question qui se pose ou lorsqu'il existe une divergence entre le rapport du SMR et la teneur générale du dossier médical, divergence qui ne reposerait pas sur des prémisses différentes dues à la conception bio-psycho-sociale de la maladie, répandue en médecine et qui est plus large que la notion d'atteinte à la santé en droit des assurances sociales (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

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

4.10 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).

5.

5.1 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 RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré

appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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

5.2

5.2.1 Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité du 25 septembre 1952 (loi sur les allocations pour perte de gain, LAPG - RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b).

Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI).

Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174).

Selon l'art. 26 al. 1 1^{re} phrase RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité.

Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26bis al. 2 RAI).

Il y a lieu 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). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu

contraignantes (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

Le 1^{er} janvier 2024, la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur.

Selon sa nouvelle teneur, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

Pour les droits à la rente qui prennent naissance entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2023 – de même que pour les droits à la rente qui ont dû être adaptés entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2023 en raison d'une révision ou d'un octroi échelonné avec effet rétroactif –, il convient de tenir compte de l'ATF 150 V 410. Cela signifie que lors de la détermination du revenu avec invalidité en se fondant sur des données statistiques, il faut également examiner la pertinence de l'application d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022, en sus de l'abattement de 10% prévu pour le travail à temps partiel par l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2025 du 29 avril 2025 consid. 5.1 et les références).

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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). 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'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur

(ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

5.2.2 Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_497/2024 du 8 avril 2025 consid. 5.1.1). Le seuil à partir duquel on peut exclure une possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré a été considéré comme non atteint pour des assurés âgés de 58 ans (arrêts du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.3), ainsi que pour un assuré âgé de 60 ans au moment de la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2).

5.2.3 Selon l'art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

Selon l'art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'al. 2. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité.

Selon l'art. 27^{bis} al. 3 RAI, le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé : en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans

invalidité (let. a) ; en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2 let. c et une activité lucrative exercée à plein temps (let. b).

Selon l'art. 27^{bis} al. 1 RAI, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition des taux suivants : le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) ; le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b).

Selon l'art. 27^{bis} al. 2 RAI, le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé : en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% (let. a) ; en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante (let. b) ; en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (let. c).

5.2.4 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 ; 129 V 67 consid. 2.3.2 in VSI 2003 p. 221 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 ; I.733/06 du 16 juillet 2007).

5.2.5 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 ; 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 ; 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 in SVR 2023 IV n. 46 p. 156).

Le Tribunal fédéral a 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).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 140 V 267 consid. 5.2.1 ; 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).

5.3 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

6.

6.1 En l'espèce, l'intimé a reconnu à la recourante un statut mixte, comprenant une part professionnelle de 60% et une part ménagère de 40%. Sur la base de l'avis du SMR du 22 avril 2024, lui-même fondé sur le rapport d'expertise du 15 avril 2024, il a admis une capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée dès janvier 2022. L'intimé a en outre conclu, en se fondant sur les conclusions du rapport d'enquête ménagère du 18 juillet 2024, à l'absence d'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels, compte tenu de l'aide exigible du conjoint et de la fille de l'assurée.

La recourante ne remet en cause, ni le statut mixte, ni la pondération des parts professionnelle et ménagère, mais conteste, de manière générale, l'appréciation de son degré d'invalidité, faisant valoir, en substance, que celui-ci est de 50% et lui ouvrirait donc droit à une demi-rente d'invalidité.

Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise et du rapport d'enquête ménagère et de confronter ceux-ci aux autres éléments figurant au dossier.

6.2 S'agissant du rapport d'expertise psychiatrique du 15 avril 2024, la Cour de céans constate que, sur le plan formel, celui-ci répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. En effet, l'expert a pris connaissance du dossier complet de la recourante, présenté une anamnèse détaillée et retranscrit précisément les informations livrées par l'intéressée s'agissant, particulièrement, de ses plaintes et de ses habitudes (description de la journée-type) et des traitements suivis.

L'expert a retenu le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (code F33.11 CIM-10), trouble anxieux généralisé (code F41.1 CIM-10) et trouble douloureux somatoforme persistant (code F45.4 CIM-10).

Il a en outre effectué l'analyse des indicateurs jurisprudentiels pertinents, relevant, s'agissant du complexe de la personnalité, que l'assurée avait pu se former et travailler par le passé sans difficultés, malgré une certaine instabilité professionnelle, un trouble de la personnalité, l'état de stress post-traumatique survenu en 2006 et le trouble de l'attention avec hyperactivité présent depuis l'enfance. Quant au contexte social, l'expert a constaté l'existence d'un certain isolement social, pas total, depuis janvier 2022. Sous l'angle de la cohérence, il a observé une discordance entre une capacité de travail nulle selon le dossier

asséculoologique et la description de la journée-type d'une assurée gérant son quotidien – en dehors de l'administratif complexe et des activités lourdes physiquement –, bien que de manière ralentie. Elle faisait le ménage, les courses, les repas, gérait l'administratif léger, se déplaçait au moyen des transports en commun, passait de bons moments en famille, se promenait, partait en vacances, etc. (*cf.* rapport d'expertise du 15 avril 2024, pp. 29-30). L'expert a objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et les constats objectifs, avec toutefois un certain décalage, s'inscrivant dans un contexte de trouble de la personnalité mixte émotionnellement labile et anxieuse avec des bénéfices primaires et secondaires, mais sans exagération volontaire des plaintes (*cf.* rapport d'expertise du 15 avril 2024, p. 44). S'agissant de l'évaluation des capacités, des ressources disponibles et des difficultés, l'expert a procédé à leur appréciation en s'appuyant sur le canevas Mini-CIF-APP [outil d'hétéroévaluation utilisé pour mesurer les aptitudes psychiques] ; il a constaté des limitations psychiatriques significative modérées (ralentissement psychomoteur modéré, troubles de la concentration modérés, anxiété généralisée modérée et isolement social partiel). La recourante a de bonnes ressources et gère son quotidien – en dehors des activités lourdes physiquement –, malgré un ralentissement. Dans ce contexte, en présence de limitations fonctionnelles modérées et objectivables selon l'anamnèse, l'examen clinique et la description de la journée-type, l'indice de gravité fonctionnelle est partiellement présent d'un point de vue psychiatrique depuis janvier 2022 (*cf.* rapport d'expertise du 15 avril 2024, p. 43). Enfin, l'expert a indiqué que les comorbidités psychiatriques, à savoir les troubles psychiatriques retenus à titre de diagnostic incapacitant, entraînaient des limitations fonctionnelles psychiatriques modérées objectivables (*cf.* rapport d'expertise du 15 avril 2024, p. 44). En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité ont été jugés remplis depuis janvier 2022 pour une capacité de travail de 50% sans baisse de rendement (*cf.* rapport d'expertise du 15 avril 2024, p. 45).

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'expertise psychiatrique a été établie conformément à la jurisprudence applicable. Elle doit donc se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant que la recourante ne fait valoir aucun grief concret, se limitant à soutenir que « les éléments au dossier ne [permettent] aucunement de retenir la moindre capacité de travail » (*cf.* mémoire de recours du 28 octobre 2024, p. 7), substituant ainsi sa propre appréciation à celle de l'expert, sans argumenter plus avant.

Au surplus, le rapport du 25 septembre 2023 du Dr E_____ n'est pas non plus de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise susvisée, dès lors que les allégations du psychiatre traitant – qui indique que sa patiente reste cloîtrée à son domicile, avec une peur extrême de sortir et des conduites d'évitements massifs et qu'elle s'occupe à peine de son ménage (*cf.* rapport du 25 septembre 2023, p. 2 ; pièce n°12 - recourante) sont en contradiction manifeste avec la description de la journée-type faite par la recourante elle-même au

Dr G_____. On relèvera également que le Dr E_____ a retenu les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique, trouble hyperkinétique avec déficit de l'attention (code F90.0), trouble de l'anxiété généralisé, agoraphobie sévère et crise de panique et dépression majeure à évolution chronique, sans procéder à une analyse des critères jurisprudentiels requis. Ce spécialiste n'a pas non plus fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés par l'expert et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de ce dernier. Pour tous ces motifs, l'appréciation du Dr E_____, selon laquelle la recourante serait en incapacité totale de travailler de façon définitive, ne saurait être considérée comme probante, étant rappelé qu'en cas de divergence d'opinion entre un expert et un médecin traitant, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise et qu'en raison de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, 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 médecin traitant a une opinion contradictoire (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Par conséquent, l'évaluation de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que retenue par l'intimé, doit être confirmée.

6.3 Concernant les empêchements dans les travaux ménagers, la Cour de céans relève que le rapport d'enquête ménagère du 18 juillet 2024 a été réalisé au domicile de la recourante par une personne qualifiée qui a fait état des déclarations de l'intéressée quant à sa situation et à son organisation familiale, tout en prenant en considération les conditions de logement.

L'enquêtrice a en particulier noté que la recourante vit avec sa fille de 23 ans, qui poursuit une formation de CFC d'employée de commerce, et son époux de 40 ans qui travaille principalement de nuit comme agent de sécurité à 90% et se lève à 10h00 pour faire du sport. Elle a en outre rapporté que la recourante prépare les repas en alternance avec sa fille et son époux, mais qu'elle ne peut plus porter les casseroles, ni sortir la plaque du four, car cela lui provoque des blocages dans le dos. Elle fait tout de même les provisions, malgré une fatigue qui la ralentit (*cf.* rapport d'enquête, p. 5). L'intéressée peut ranger la vaisselle et la cuisine, ainsi que vider le lave-vaisselle, malgré une fatigue et des douleurs, alternant l'usage de ses mains pour passer l'aspirateur et la serpillère. Ces gestes sont effectués au ralenti (*cf.* rapport d'enquête, p. 6). La recourante effectue les tâches ménagères légères physiquement (nettoyage du lavabo et des toilettes, passer l'aspirateur et la serpillère) en mettant plus de temps et en les alternant sur la semaine. Certains travaux lourds sont effectués par son époux (nettoyer la baignoire) et sa fille l'aide à faire les lits (*cf.* rapport d'enquête, p. 7). Les travaux saisonniers sont réalisés par l'époux de la recourante (suspendre les rideaux, nettoyer les vitres, etc.), l'intéressée ne pouvant pas monter sur un escabeau ou

une chaise (peur de tomber) ni effectuer des mouvements circulaires avec ses bras (cf. rapport d'enquête, p. 8). La recourante fait des petites courses alimentaires quotidiennes et son époux se rend régulièrement en France pour faire les courses lourdes (la lessive, les boissons, etc.). L'intéressée fait des commandes en ligne pour les habits ou les diverses affaires ménagères et gère l'administratif du couple avec l'aide de sa fille (cf. rapport d'enquête, p. 9). Enfin, la recourante explique qu'elle s'occupe des lessives de la famille, faisant toutefois des demi-charges, car elle rencontre des difficultés à sortir le linge du tambour, pousse la corbeille de linge avec les pieds et rencontre des difficultés avec les pièces lourdes. Elle ne repasse plus son linge car le fer à repasser est trop lourd et les mouvements lui provoquent des douleurs lombaires et dans les bras. Par conséquent, elle plie le linge et fait des tas d'habits pour chaque membre de la famille et chacun range ses affaires (cf. rapport d'enquête, p. 10). L'enquêtrice a ainsi soigneusement rapporté les indications données par la recourante concernant les tâches qu'elle effectue seule ou avec l'aide de son époux et de sa fille. Les conclusions du rapport d'enquête ménagère du 18 juillet 2024 reposent donc sur un examen concret des circonstances du cas d'espèce.

Sur le plan matériel, l'enquêtrice a estimé que, pour une famille telle que celle de la recourante, le nombre d'heures nécessaires à la tenue du ménage, par semaine, est de 25.12 heures (soit 25 heures et 7 minutes), sans toutefois indiquer sur quelle base elle s'est fondée pour retenir ce chiffre.

La Cour de céans déplore ce défaut d'explication et se réfère, dans le présent cas et par hypothèse, au tableau intitulé « Travail domestique et familial : mère en couple élevant 1 enfant » (référence : T 03.06.02.07), publié en 2021 par l'office fédéral de la statistique (OFS), à teneur duquel, pour une mère, en couple et élevant un enfant dont l'âge est compris entre 18 et 24 ans, le nombre total d'heures par semaine consacré au travail domestique familial est de 30.6 heures (ligne « total ») ; il diminue à 29.4 heures pour une mère dans la même situation mais active entre 50% et 89%. Or, même en déduisant le temps consacré aux « animaux, plantes et jardinage », qui n'a pas été retenu par l'enquêtrice, le nombre d'heures diminue de, respectivement, 3.1 heures dans le premier cas (soit un total de 27.5 heures par semaine) et de 2.9 heures dans le second cas (soit un total de 26.5 heures par semaine), ce qui ne correspond pas au nombre total hebdomadaire de 25.12 heures retenu par l'enquêtrice.

L'enquêtrice est ensuite parvenue à la conclusion que l'empêchement avant l'obligation de réduire le dommage correspondait à 14%, correspondant à 3.31h par semaine et l'exigibilité de l'entourage à 14% également, de sorte que l'empêchement après l'obligation de réduire le dommage était nul (0%). Dès lors, la durée hebdomadaire pour la tenue du ménage à charge de l'entourage de la recourante (son époux et sa fille de 23 ans) représente une durée de 30 minutes par jour (3.5 heures x 60 minutes = 210 minutes / 7 jours = 30 minutes) à charge de ces derniers.

En tout état de cause, même en retenant, en application des statistiques de l'OFS susmentionnées, que le nombre total d'heures par semaine consacré au travail domestique familial est de 30.6 heures – et non de 25.12 heures –, cela équivaut à une durée hebdomadaire à charge de l'entourage de la recourante de 4.2 heures (14% de 30.6 heures), soit 34 minutes par jour (environ 4 heures x 60 minutes = 240 minutes / 7 jours = 34 minutes), ce qui n'apparaît pas excéder ce qui peut être raisonnablement exigé de membres de la famille dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage.

Le fait que l'époux et la fille de la recourante soient « occupés à plein temps » n'y change rien.

En application de la jurisprudence fédérale et du principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité, la recourante a, entre autres, l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable (*cf.* ATF 133 V 504 consid. 4.2). 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. Aussi, dans le cadre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 LAI), la recourante doit se laisser opposer le fait que son conjoint (en vertu de l'art. 159 al. 2 et 3 CC) et sa fille (en vertu de l'art. 272 CC) sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022, *op. cit.*, consid. 5.3.2 et les références).

S'agissant de la fille aînée de la recourante, l'ESPA, effectuée périodiquement par l'OFS, indique qu'une jeune adulte de cet âge qui vit chez ses parents consacre en moyenne 17,4 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 2020, année la plus proche de celle de l'ouverture du droit à une éventuelle rente), soit près de 2.5 heures par jour.

Compte tenu de ces statistiques, l'aide exigible de 3.31 heures par semaine, réparties entre la fille et l'époux de la recourante, n'apparaît aucunement déraisonnable.

6.3.1 Par conséquent, il convient de suivre les conclusions du rapport d'enquête ménagère du 18 juillet 2024 et de confirmer la prise en compte d'une aide de l'entourage de l'ordre de 14%, correspondant à 3.31 heures par semaine, qui n'apparaît pas excéder ce qui peut être raisonnablement exigé des membres de la famille dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage.

7. Il convient à présent d'examiner les calculs du degré d'invalidité global de la recourante, compte tenu d'une part professionnelle de 60% et d'une part consacrée aux tâches ménagères de 40%.

7.1 Pour la période dès le 1^{er} janvier 2023, soit à l'issue du délai d'attente d'un an (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), l'intimé a retenu que le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 31.55 % (60% x 52.58%). Dans la sphère ménagère, il a retenu un taux d'invalidité de 0% (40% x 0%), de sorte que le degré d'invalidité global de 31.55%, arrondi à 32% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), n'est pas suffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

7.1.1 Il ressort en l'espèce du document « Détermination du degré d'invalidité » du 17 septembre 2024 (cf. dossier intimé, pp. 590-597), que l'intimé a déterminé le degré d'invalidité de la recourante en se fondant sur les données statistiques pour les revenus avec et sans invalidité.

S'agissant du revenu sans invalidité, la Cour de céans rappelle qu'il convient de comparer le salaire effectivement réalisé par la recourante avant la survenance de l'invalidité avec les valeurs statistiques médianes usuelles dans la branche.

Ayant travaillé pour la dernière fois en 2005, la recourante, titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a exercé cette profession de 1986 à 2001, puis a travaillé en qualité de téléphoniste-réceptionniste en 2003 et d'auxiliaire temporaire au sein de la B_____ en 2005 (cf. CV de la recourante, dossier de l'intimé, p. 179). Dès lors que la recourante était absente du marché du travail depuis près de 20 ans à la date de la décision litigieuse et qu'elle n'exerçait au demeurant pas dans sa profession d'employée de commerce avant de cesser toute activité, il n'apparaît pas critiquable de se référer, comme l'a fait l'intimé, au tableau TA1_tirage_skill_level, lignes 77,79-82 (sans 78) (« activités de services admin ») pour une femme, niveau de compétence 1 et non pas au tableau T17, groupe 4 (« employé(e)s de type administratif »), pour un employé de commerce avec un CFC, dans les secteurs privé et public.

Selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2022 qui était déjà publiée au moment déterminant de la décision litigieuse, le 24 septembre 2024, le salaire mensuel retenu de CHF 4'006.-, soit celui de l'année 2022, correspond à un salaire annualisé de CHF 48'072.- (CHF 4'006.- x 12). Ce salaire annuel hypothétique se basant sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises, il doit effectivement être ajusté à la durée hebdomadaire normale de travail dans le secteur des « activités de services administratifs (sans 78) », laquelle est de 42 heures en 2022 (tableau 03.02.03.01.04.01 « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », lignes 77 + 79-82), ce qui porte le salaire annuel à CHF 50'475.60 pour un plein temps (CHF 48'072.- x 42 /40).

Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2023 selon la table T39 publiée par l'Office fédéral de la statistique (ISS : en 2022 : 2822 et en 2023 : 2872), le revenu sans invalidité s'élève à CHF 51'370.- (50'475.60 x 2872 / 2822) pour un plein temps.

7.1.2 En ce qui concerne le revenu avec invalidité, l'intimé s'est à juste titre fondé sur les valeurs statistiques dès lors que la recourante n'exploite pas sa capacité de travail résiduelle.

Le revenu d'invalide peut ainsi être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS 2022. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé. Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Ainsi, d'après l'ESS 2022, ce revenu s'élève à CHF 4'367.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, femme, part au 13^e salaire comprise) ou à CHF 52'404.- par année ($4'367 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2022, laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 54'631.17 pour un plein temps ($52'404 \times 41.7 / 40$).

Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2023 selon la table T39 publiée par l'Office fédéral de la statistique (ISS ; en 2022 : 2822 et en 2023 : 2872), le revenu avec invalidité s'élève à CHF 55'599.12 ($54'631.17 \times 2872 / 2822$) ou à CHF 27'799.56 ($55'599.12 / 2$) au vu de la capacité de travail raisonnablement exigible de 50%, telle que retenue par l'intimé sur la base de l'expertise du Dr G_____.

À ce montant, il y a lieu d'opérer une déduction de 10% conformément à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023), sans qu'il y ait lieu d'appliquer un facteur de réduction supplémentaire en l'occurrence (ATF 150 V 410 consid. 10.6).

Il sera à ce propos relevé que, conformément à la jurisprudence fédérale, même si la recourante était âgée de 58 ans au moment de la décision litigieuse, il apparaît que certaines des activités simples et répétitives mentionnées par l'intimé (téléphoniste et activité de scannage) ne nécessitent aucune formation spécifique et qu'aucun certificat médical ne permet de douter de leur adéquation à l'état de santé physique de l'intéressée au moment où la décision litigieuse a été rendue. Surtout que ces activités sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressée sur le marché équilibré du travail (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3 et les références).

En application de la déduction de 10% sur le revenu d'invalide de CHF 27'799.56, ce dernier s'élève à CHF 25'019.60 ($27'799.56 - 2'779.56$).

Compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 51'370.-, le taux d'invalidité de la recourante est de 51.29% $([51'370 - 25'019.60] / 51'370 \times 100)$.

Il s'ensuit que le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 30.77% $(60\% \times 51.29\%)$, soit un taux inférieur au taux de 31.55% retenu par l'intimé. Le taux d'invalidité de la sphère ménagère étant de 0%, en raison de l'absence d'empêchement, le taux d'invalidité global est de 30.77%, arrondi à 31%, au 1^{er} janvier 2023.

7.2 Dès le 1^{er} janvier 2024, il convient toutefois de procéder à une déduction de 20% sur le revenu avec invalidité eu égard à la capacité de travail résiduelle de 50%. Par conséquent, le revenu d'invalidité se trouve réduit à CHF 22'239.648 (CHF 27'799.56 - 5'559.912).

La comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 51'370.- aboutit ainsi à un taux d'invalidité de 56.70% $([51'370 - 22'239.648] / 51'370 \times 100)$ dans la sphère professionnelle.

Par conséquent, compte tenu du taux d'invalidité de 0% dans la sphère ménagère et du taux d'invalidité dans la sphère professionnelle de 34% $(60\% \times 56.70\%)$ le taux d'invalidité global est de 34% dès le 1^{er} janvier 2024.

7.3 Les taux d'invalidité globaux de respectivement 31% dès le 1^{er} janvier 2023 et de 34% dès le 1^{er} janvier 2024 étant inférieurs au taux de 40% nécessaire à l'ouverture du droit à une rente d'invalidité, c'est à bon droit que l'intimé a refusé toute prestation à la recourante.

8. Aussi, au vu de la valeur probante de l'expertise du Dr G _____ du 15 avril 2024 et par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la Cour de céans ne donnera pas suite à la demande de mise en œuvre d'une expertise judiciaire telle que sollicitée par la recourante.

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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