RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/449/2022 **ATAS/47/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 janvier 2023

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés — recourante

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 12 août 2020, Madame A_____ (ci-après: l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1981, célibataire, de nationalité italienne, entrée en Suisse en 2016, titulaire d'une autorisation de séjour (permis B) et bénéficiaire de l'aide sociale versée par l'Hospice général, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), mesures professionnelles et/ou rente, sur la base notamment d'une incapacité totale de travail depuis le 1er novembre 2019.

Selon ses indications et les certificats de travail puis son curriculum vitae (CV) produits, au titre de son activité professionnelle – ou lucrative –, elle avait, en Suisse, exercé l'activité – rémunérée – de garde d'enfants à domicile auprès d'une famille du 29 septembre 2016 au 31 juillet 2017, puis l'activité bénévole d'accompagnante de personnes mentalement handicapées trois après-midi par semaine du 9 octobre 2018 au 28 janvier 2019, de même que la profession d'auxiliaire de santé CRS (au bénéfice d'un diplôme reconnu en Suisse sur la base d'une équivalence en 2018) dans le cadre d'un stage auprès de la Résidence B_____ du 1er au 29 décembre 2017 à un taux de 100 % ainsi que sur appel au service de C_____ Genève le 3 octobre 2019. Elle avait aussi été bénévole au sein d'un foyer pour personnes âgées, depuis janvier 2019 et jusqu'à une date non précisée.

b. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI, l'office ou l'intimé) a, dans une note du 26 octobre 2020, retenu un statut correspondant à un emploi à plein temps, et il a reçu divers renseignements médicaux.

Le 31 août 2020 – et après un premier rapport du 10 juillet 2020 annexé à la demande AI –, la doctoresse D_____, psychiatre et psychothérapeute FMH et psychiatre traitante de l'assurée, a posé les diagnostics non incapacitants de céphalées chroniques et incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotique (CIM-10 F33.2), ainsi que d'autre trouble anxieux, trouble panique moyen (F41.0), la capacité de travail étant de 0 à 50 % dans une activité de garde d'enfants (entre 0 et 4 heures par jour) ou comme aide soignante en EMS, mais de 50 à 60 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (de 4 à 5 heures par jour).

Le 22 septembre 2020, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin généraliste traitante de l'intéressée, a fait état, comme atteinte à la santé, de troubles anxieux et céphalées chroniques depuis 2017, la capacité de travail de celle-ci étant nulle en tant qu'aide soignante depuis le 1er novembre 2019.

Selon un rapport du 5 octobre 2020 – après un premier rapport du 23 juillet 2020 annexé à la demande AI – établi par la doctoresse F_____, neurologue FMH et neurologue traitante de l'assurée, cette dernière n'était actuellement pas en mesure

d'avoir une activité professionnelle, en raison de son état anxio-dépressif et de douleurs chroniques.

Dans un rapport adressé le 25 novembre 2020 à la psychiatre traitante, Mesdames G_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, et H_____, "interne neuropsychologue", ont décrit des difficultés de la patiente relevées à la suite de consultations les 4, 21, 28 et 31 août 2020, et formulé des propositions de traitements.

À teneur d'un rapport du 25 avril 2021 de la Dresse D_____ faisant suite à un questionnement du service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) du 24 mars 2021, l'évolution de l'état de santé de l'intéressée depuis le début de sa prise en charge le 20 mars 2020 était lentement favorable et actuellement stationnaire.

À la demande du SMR formulée le 25 mai 2021, l'établissement d'une expertise bi-disciplinaire a été confié le 30 juin 2021 par l'OAI aux doctoresses I_____, neurologue FMH, et J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, du M_____ (ci-après: M_____) à Montreux, dont le rapport d'expertise a été reçu le 4 novembre 2021 par l'office.

À la suite des examens somatique et psychique effectués au M_____ le 25 août 2021, ces expertes n'ont pas retenu de diagnostic incapacitant aux plans somatique et psychique, mais les diagnostics non incapacitants de céphalées tensionnelles chroniques au plan somatique et d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble mixte de la personnalité évitant et schizoïde (F61.0) au plan psychique. Il y avait des limitations fonctionnelles au plan psychique en ce sens que l'expertisée ne pouvait pas effectuer des travaux de nuit ni avoir des horaires de travail irréguliers, mais pas au plan somatique. La capacité de travail de l'expertisée sur ces deux plans était entière depuis toujours dans l'activité professionnelle habituelle et dans une activité adaptée.

Ont été réalisées, à la suite de prélèvements le 25 août 2021, des analyses sanguines permettant de déterminer la quantité et/ou proportion de médicaments dans le corps de l'expertisée.

À la demande des expertes, Madame K_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, a, à la suite d'un examen dans son cabinet à Genève le 12 octobre 2021, établi le 19 octobre 2021 un rapport d'expertise neuropsychologique.

Egalement à la demande des expertes, Madame L_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, a, à la suite d'un examen dans son cabinet à Lausanne le 4 octobre 2021 avec des tests Rorschach et TAT, établi le lendemain 5 octobre 2021 un rapport d'examen psychologique.

c. Le 8 novembre 2021, le SMR a proposé à l'OAI de suivre les conclusions des expertes I_____ et J_____, selon lui claires, motivées et cohérentes.

B. **a.** Par projet de décision ("aucun droit à une rente") du 11 novembre 2021, l'office a fait part à l'intéressée de ce qu'il envisageait de rejeter sa demande AI, pour le seul motif suivant ("résultat de nos constatations)" : "après consultations de l'ensemble des éléments médicaux recueillis dans votre dossier, il apparaît que nous ne pouvons retenir une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi"

b. L'assurée n'a pas réagi dans le délai de trente jours pour formuler des objections mentionné dans ce projet de décision.

c. Par décision du 7 janvier 2022, au même contenu que le projet de décision, l'OAI a rejeté la demande AI.

C. **a.** Par acte du 7 février 2022, l'assurée représentée par une association de défense des droits des assurés, a interjeté auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) un recours contre cette décision, concluant à son annulation ainsi qu'à la reconnaissance de son droit à des prestations de l'AI et à une rente AI.

Etaient produits des rapports de la psychiatre traitante des 24 mai 2021 et 21 janvier 2022, qui reprenaient tous deux les mêmes diagnostics que ceux posés le 31 août 2021, le second rapport précisant que ladite psychiatre soutenait le recours.

b. Le 16 février 2022, l'office a transmis à la chambre de céans un rapport du 11 février 2022 de la Dresse D_____, qui soutenait le recours de sa patiente de même que "la nécessité d'une aide de type réinsertion AI, compte tenu de l'évolution partiellement positive de l'état dépressif de [l'assurée] associé à un trouble anxieux et un [trouble du déficit de l'attention avec/ou sans hyperactivité (ci-après: TDAH)] à un taux d'activité que je revois à la hausse de 80 à 100 %".

c. Le 17 mars 2022, la recourante a complété son recours, par une motivation en droit.

d. Dans sa réponse du 11 mai 2022, l'intimé, se fondant notamment sur un avis du SMR du 8 avril 2022 et un document "mandat de réadaptation" de son équipe réadaptation du 28 avril 2022 annexés, a modifié sa décision dans le sens où l'intéressée ne pouvait plus exercer son activité habituelle de garde d'enfants et d'auxiliaire de santé mais avait une capacité de travail de 60 % dès août 2020 puis de 100 % à partir d'août 2021 dans une activité adaptée, ouvrant ainsi le droit à un quart de rente limité dans le temps de février à novembre 2021, sa décision querellée étant pour le surplus confirmée.

Dans ce dernier avis du 8 avril 2022, le SMR modifiait ses conclusions précédentes (absence de toute incapacité de travail) en ce sens que l'assurée avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de garde d'enfants et d'auxiliaire de santé depuis le 1er novembre 2019, mais de 60 % dès août 2020 puis de 100 % à partir d'août 2021 dans une activité adaptée (une activité sans

responsabilités importantes, dans un travail de type manuel, dans un climat peu stressant).

e. Le 27 juin 2022, la recourante a répliqué, en persistant dans les conclusions de son recours et en sollicitant "la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique et neuropsychologique indépendante", sa capacité de travail étant selon elle de 60 % dans un milieu protégé dans lequel l'employeur tolérait ses limitations fonctionnelles et leurs conséquences sur son rendement économique.

Était produit un rapport du 22 juin 2022 de sa psychiatre traitante, qui diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel en rémission partielle (F33.2), un trouble anxieux, de type trouble panique moyen (F41.0), et un trouble de la personnalité avec traits dépendants et émotionnellement labiles (F60.8), et qui, malgré une certaine amélioration des symptômes et compte tenu de tous ces troubles, retenait une capacité de travail de 60 % (et non de 80 à 100 %) "dans une activité normale ou adaptée".

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 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'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4. Le litige porte sur la question du droit éventuel de la recourante à des prestations de l'AI, en particulier une rente, sur la base d'une incapacité de travail qui aurait commencé le 1er novembre 2019.

Il est rappelé que, 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 (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

Par ailleurs, en l'occurrence, sous l'angle de l'art. 53 al. 3 LPGA, dans la mesure où la proposition faite par l'intimé dans sa réponse au recours, correspondant à une admission partielle, ne donne pas entière satisfaction à la recourante, le recours de celle-ci n'est pas devenu sans objet et doit continuer à être traité (cf. notamment à ce sujet, a contrario, ATAS/393/2021 du 29 avril 2021).

5. 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 – dont la motivation est pour le moins très sommaire – a été rendue postérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

6.

6.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1er janvier 2021). 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).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

6.2 Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 1bis dudit art. 28 LAI – en vigueur depuis le 1er janvier 2022 – dispose qu'une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées.

Selon l'art. 28b LAI - entré en vigueur le 1er janvier 2022 -, 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 un taux d'invalidité inférieur à 50 %, la quotité de la rente est la suivante: tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40 % donnant droit à une rente - la plus basse - de 25 %, jusqu'à un taux d'invalidité de 49 % donnant droit à une rente de 47,5 % (al. 4).

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

6.4

6.4.1 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la

rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

6.4.2 Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6.5

6.5.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; 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).

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

que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

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

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

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

  A. Complexe " Atteinte à la santé " (consid. 4.3.1)

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

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

  C. Complexe " Contexte social " (consid. 4.3.3)

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

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

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

6.5.3 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins – dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée, avec des indicateurs – conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et 6.3 et les références).

Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

Des traits de personnalité 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).

7.

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales

(cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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).

7.2 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.

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

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).

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

7.3 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A 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).

7.4 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de

l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). A titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de

l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

8.

8.1 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).

8.2 Au surplus, 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).

9.

9.1 En l'espèce, la recourante énonce des griefs de nature formelle à l'encontre de l'expertise, cette dernière ne respectant selon elle aucun réquisit formel et jurisprudentiel pouvant lui faire reconnaître une valeur probante.

9.1.1 Tout d'abord, on ne voit pas en quoi il y aurait une incohérence significative entre d'une part la durée de la présence de l'expertisée au M_____ le 25 août 2021 de 9h00 jusqu'à son départ à 12h30 et d'autre part la durée de l'examen somatique de 1h45 et celle de l'examen psychiatrique de 2 heures, soit au total 3h45.

En effet, la différence n'est que de 15 minutes, ce qui peut expliquer le fait que l'assurée ait, d'après ses allégations, attendu avant de rencontrer les experts. C'est sur la base d'aucun élément factuel ou indice que la recourante juge vraisemblable que les examens auraient été réalisés sur une plus courte durée que celle indiquée dans le rapport d'expertise, si tant est que cette question ait une pertinence concrète.

9.1.2 On ne voit ensuite pas en quoi le rapport d'expertise ne respecterait pas les exigences de l'art. 44 LPGA – dans sa version au moment de son établissement le 4 novembre 2021 –, en vertu duquel, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties, et celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

L'assurée s'est vue envoyer une lettre de l'OAI du 30 juin 2021, par laquelle celui-ci lui indiquait les noms des expertes I_____ et J_____ ainsi que la possibilité d'en demander la récusation et de proposer des questions complémentaires à celles qui étaient énoncées dans ledit courrier. La recourante n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre de ces expertes.

Selon la jurisprudence invoquée par l'intéressée, l'obligation de l'assureur de donner connaissance du nom du médecin expert à l'assuré, avant le début de l'expertise, s'étend au nom du médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3).

En l'occurrence, les expertes I_____ et J_____ apparaissent avoir procédé à tous les examens –notamment anamnèse et examens cliniques –, rédigé tous les écrits (rapports) entrant dans le cadre de leur mandat d'expertise bi-disciplinaire, y compris la participation à une discussion consensuelle le jour des examens cliniques suivie de plusieurs échanges pour établir une évaluation consensuelle (rapport d'expertise, p. 13).

Le rapport d'expertise neuropsychologique de la neuropsychologue K_____ et le rapport d'examen psychologique de la psychologue L_____ ont certes été réalisés à la demande des expertes mandatées par l'OAI, mais ces rapports sont distincts du rapport d'expertise proprement dit des Dresses I_____ et J_____, portent sur des questions et examens limités et ne servent qu'à aider ces deux expertes dans la recherche d'une appréciation qui soit la plus fondée possible. Le rapport d'expertise – de base – dont la valeur probante doit être vérifiée au premier chef est celui des expertes I_____ et J_____, lesquelles ont évalué de manière entièrement libre les rapports de Mmes K_____ et L_____.

Rien n'interdit en principe des experts mandatés à ordonner, si nécessaire, d'autres examens – complémentaires et spécialisés – comme ici (notamment un examen neuropsychiatrique, neuropsychologique ou neurologique; cf. par exemple, dans ce sens, au titre d'une ordonnance d'expertise judiciaire, ATAS/951/2022 du 2 novembre 2022 consid. 5.8 et point C.4 du dispositif). L'expertisée, qui indique en recours ne pas avoir pu faire valoir son droit d'être entendu quant aux domaines concernés (neuropsychologie et psychologie) et aux choix des psychologues, n'allègue pas avoir cherché à formuler des objections concernant ces deux points avant les examens effectués aux cabinets de celles-ci, ni ne fait valoir d'éventuels motifs de récusation contre Mmes K_____ et L_____.

9.1.3 Par ailleurs, la recourante ne conteste pas qu'elle a bénéficié de la présence d'une traductrice lors des examens cliniques effectués par les expertes I_____ et J_____, présence qui ressort du reste du rapport d'expertise (p. 15).

Concernant les rapports de Mmes K_____ et L_____, selon la jurisprudence fédérale, la réalisation d'une expertise exige que l'expert et l'assuré se comprennent. Il n'est cependant pas nécessaire que cette compréhension soit totale; il suffit que le praticien puisse recueillir les éléments utiles à une appréciation fidèle et pertinente de la situation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2008 du 17 avril 2009 consid. 2). Dans le cadre d'un examen somatique, on ne peut pas parler a priori d'une violation du droit d'être entendu lorsque malgré des difficultés de compréhension une expertise ne se déroule pas dans la langue maternelle de l'assuré et qu'aucun interprète n'est présent. La question de savoir si dans un cas concret un examen médical doit se dérouler dans la langue maternelle de l'assuré ou avec l'assistance d'un interprète, est en principe laissée à la libre appréciation de l'expert, responsable de la bonne exécution de son mandat (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 748/03 du 3 mars 2004 consid. 2.1). Une importance particulière doit cependant être portée dans le cas des expertises psychiatriques où la compréhension entre l'expert et l'expertisé doit être la meilleure possible. Dans un tel cas, une bonne expertise nécessite des connaissances linguistiques approfondies des deux côtés. Si l'expert ne maîtrise pas la langue de l'exploré, le concours d'un interprète s'impose tant sur le plan médical que factuel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 642/01 du 25 juillet 2003 consid. 3.1).

On ne voit en l'occurrence aucun manquement dans le fait que la psychologue K_____, italophone, a échangé les propos avec l'intéressée dans la propre langue de celle-ci, l'italien. Par rapport au grief de la recourante, cette psychologue relève simplement que les psychologues G_____ et H_____ – qui avaient examiné l'assurée bien avant l'expertise et de la propre initiative de la psychiatre traitante – n'étaient pas italophones et ont réalisé les nombreux tests en français. Si problème il devait y avoir en lien avec la langue utilisée – le français –, celui-ci ne concernerait pas le rapport de la psychologue K_____ mais celui des psychologues G_____ et H_____.

Quant à l'examen effectué par la psychologue L_____, il a été effectué en présence de la sœur de l'assurée, et le rapport de ladite psychologue indique que, bien que l'intéressée s'exprimait dans un français approximatif, il a été possible de se comprendre sans traducteur externe et "la passation" a pu se dérouler normalement avec toutefois une légère modification dans la formulation des questions lorsque cela s'avérait nécessaire. La recourante ne précise pas en quoi, dans les présentes circonstances il y aurait eu une violation de son droit d'être entendu ou d'autres droits.

Au demeurant, d'une manière générale, la recourante ne soutient pas que, dans le cadre de l'expertise, ses propos auraient été mal retranscrits par les deux expertes et les deux psychologues, ni que certaines plaintes auraient été omises, ni qu'elle n'aurait pas pu comprendre certaines questions.

9.1.4 Enfin, vu le fait que le rapport d'expertise de base est celui des Dresse I_____ et J_____ et que le rapport d'expertise neuropsychologique de Mme K_____ a une portée limitée, il importe peu que cette dernière a, au titre des "antécédents médicaux", cité uniquement des rapports médicaux allant jusqu'à celui – neuropsychologique – de Mmes G_____ et H_____, ou même que ces dernières n'auraient éventuellement pas eu connaissance des rapports subséquents.

9.2 En définitive, les griefs de nature formelle énoncés par l'assurée à l'encontre de l'expertise ne sont pas fondés, n'étant pas de nature à en remettre en cause la correcte exécution et la valeur probante, autre étant l'examen au plan matériel de cette valeur probante qui sera effectué plus bas.

10.

10.1 Pour ce qui est des aspects médicaux au fond, le rapport d'expertise bi-disciplinaire des Dresses I_____ et J_____ répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante : cette expertise a été conduite par des médecins spécialistes des domaines en question (somatique/neurologie et psychiatrie), sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les expertes ont personnellement examiné la recourante préalablement à l'établissement de leur rapport. Elles ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assurée et

résumé leurs propres constatations. Les expertes ont en outre énoncés les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Enfin, leurs conclusions sont claires et bien motivées.

Ce qui précède n'est pour l'essentiel pas contesté par la recourante par des arguments de fond, ses griefs formels contre l'expertise étant infondés comme exposé ci-dessus.

10.2 Dans ces écritures de recours, l'intéressée cite néanmoins un arrêt de la chambre de céans au sujet de la diminution des facultés intellectuelles et de la détermination du quotient intellectuel (ci-après: QI).

10.2.1 À teneur d'un arrêt de la chambre de céans cité par l'assurée, on parle d'atteinte à la santé mentale ou psychique quand, en raison d'une infirmité congénitale, d'un accident ou d'une maladie, il existe un trouble des fonctions mentales, intellectuelles, cognitives ou émotionnelles, permanent ou de longue durée, qui persiste malgré les mesures thérapeutiques et entraîne une incapacité de travail durable, partielle ou totale. Il incombe dans chaque cas au médecin de juger, en se basant sur le dossier ou sur les résultats de ses propres examens, si l'assuré présente une atteinte à la santé mentale ou psychique. La présence d'une atteinte à la santé mentale ou psychique doit être prouvée par des constatations objectives, fiables et attestée par un dossier. Pour l'appréciation d'un rapport médical ou d'une expertise médicale, il convient de tenir particulièrement compte du fait que les plaintes alléguées par l'assuré ne peuvent pas être considérées comme des constatations objectives. En cas de doute, il est nécessaire de compléter le rapport ou l'expertise en demandant des renseignements supplémentaires ou en renvoyant le document concerné. Les services médicaux régionaux peuvent aussi, dans de tels cas, confirmer la fiabilité des constatations par un examen de l'assuré. Toute atteinte à la santé mentale ou psychique doit faire l'objet d'un diagnostic selon le CIM-10. Pour l'évaluation du rapport médical ou de l'expertise médicale, il convient de rechercher tout particulièrement des contradictions entre les critères diagnostiques cités dans le CIM-10 et les indications figurant dans le rapport (ATAS/40/2020 du 28 janvier 2020 consid. 4). Toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbécillité, idiotie, démence) doit être quantifiée au moyen de séries de tests adéquats. Un QI inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite. Il est toutefois nécessaire de procéder dans chaque cas à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social. L'indication de l'étiologie est indispensable pour les troubles psychiques d'origine organique. L'atteinte, notamment celle des aptitudes cognitives, doit être quantifiée (expertise neuropsychiatrique ou neuropsychologique; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité - CIIAI nos 1007 ss, plus précisément n. 1011 dans sa version valable à partir du 1er janvier 2015 mais abrogé depuis mars 2016, les versions n'évoquant depuis lors plus la question de la diminution

des facultés intellectuelles; cité par l'ATAS/40/2020 précité consid. 4; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 5.1). Une évaluation pronostique est également nécessaire (ATAS/40/2020 précité consid. 4).

10.2.2 Dans le cas présent, sur la base notamment d'un examen clinique et de tests, les psychologues G_____ et H_____ relèvent, dans leur rapport du 25 novembre 2020, ce qui suit : d'une part des difficultés très significatives au niveau de l'attention, de l'administrateur central de la mémoire de travail (difficultés majeures à traiter simultanément des stimuli visuels et sonores) ainsi que des capacités d'apprentissage, tant verbal que non verbal, d'autre part des difficultés exécutives (difficultés à résister aux interférences, ou à passer avec flexibilité d'une tâche à une autre), ces deux types de difficultés n'étant toutefois pas totalement indépendantes les unes par rapport aux autres; en revanche, bonne préservation des fonctions instrumentales (langage, perception visuelle, capacités visuconstructives); par ailleurs, un degré élevé d'anxiété et de dépression; une haute plausibilité d'une problématique développementale, le tableau clinique remplissant les critères d'un TDAH.

Compte tenu du fait que l'expertisée n'est pas francophone, un test du QI complet n'a pas pu être effectué par la neuropsychologue K_____, seuls les tests non-verbaux ayant pu être administrés; seuls sont notés, dans son rapport d'expertise neuropsychologique du 19 octobre 2021, le "raisonnement perceptif", avec la note 70 et l'interprétation "limite", donc "déficitaire", la mémoire de travail" avec la note 83 et l'interprétation "moyen faible", donc "dans les normes inférieures", ainsi que la "vitesse de traitement" avec la note 72 et l'interprétation "limite", donc "déficitaire". La neuropsychologue K_____ conclut à ce qui suit : sur le plan cognitif, un ralentissement de l'expertisée dans plusieurs tâches chronométrées et rendant d'ailleurs certaines performances déficitaires dès lors qu'un temps est imparti, ce à quoi s'ajoutent des troubles en mémoire épisodique verbale et visuo-spatiale, associés à une difficulté en auto-activation; sur le plan de la fatigue et de la résistance, une absence de signes flagrants de fatigue, l'intéressée étant toutefois ralentie et apathique; sur le plan de la passation des tests, un ralentissement et beaucoup d'hésitation, certaines performances pouvant être meilleures, mais l'expertisée est souvent trop appliquée au détriment de la vitesse qui lui a été imposée. Selon la conclusion de ladite neuropsychologue, compte tenu des difficultés d'apprentissage (école, permis de conduire, outils informatiques; expression et compréhension orales pauvres même en italien) présentes depuis longtemps, une "intelligence limite" de l'assurée semble tout autant appropriée qu'un TDAH en termes d'explication des troubles cognitifs; le ralentissement est également présent depuis longtemps et ne peut donc pas être uniquement le reflet de la médication.

10.2.3 Cela étant, les difficultés de l'assurée telles qu'exposées dans le rapport du 25 novembre 2020 des psychologues G_____ et H_____ ainsi que dans le

rapport d'expertise neuropsychologique du 19 octobre 2021 de la neuropsychologue K_____, qui ne retient notamment pas un QI inférieur dans l'ensemble à 70, n'apparaissent pas suffisamment graves pour être considérées comme entraînant, à elles seules déjà, une réduction de la capacité de travail, ce qui n'empêche nullement que lesdites difficultés soient prises en considération dans l'évaluation générale du cas.

À cet égard, il découle d'arrêts de la Haute Cour que même un faible niveau intellectuel d'une partie recourante (QI entre 72 et 80, soit supérieur au QI de 70 à compter duquel on retenait en règle générale une capacité de travail réduite) ne l'empêche pas d'exercer des activités simples et répétitives (comme celles de contrôleuse ou employée de production [ou ouvrière d'usine], vendeuse dans un kiosque, caissière ou surveillante de parking, de musée ou de sécurité dans un magasin; cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_198/2011 précité consid. 5.1 ainsi que 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.2.2 en lien avec 9F_3/2011 du 11 juillet 2012).

10.3 Dans son avis du 8 avril 2022 suivi par l'OAI, le SMR a, à la suite de l'examen minutieux de l'ensemble des pièces médicales du dossier, modifié ses conclusions précédentes (absence de toute incapacité de travail) en ce sens que l'assurée avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de garde d'enfants et d'auxiliaire de santé depuis le 1er novembre 2019, mais de 60 % dès août 2020 puis de 100 % à partir d'août 2021 dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité sans responsabilités importantes, dans un travail de type manuel, dans un climat peu stressant. Selon le SMR, l'activité de garde d'enfants et d'auxiliaire de santé implique une responsabilité, l'habileté à prendre des décisions ainsi qu'un certain niveau de stress, et n'est donc plus exigible, l'intéressée ne pouvant exercer qu'une activité en tant qu'"exécutante".

Ces nouvelles conclusions du SMR diffèrent de celles des expertes I_____ et J_____, selon lesquelles la capacité de travail de l'expertisée, aux plans somatique et psychique, était entière depuis toujours dans l'activité professionnelle habituelle et dans une activité adaptée.

Par ses nouvelles conclusions, le SMR tend à harmoniser le rapport d'expertise fondé en particulier sur les examens cliniques de la recourante par les expertes le 25 août 2021, et les autres rapports, notamment ceux de la Dresse D_____, y compris celui de cette dernière du 22 juin 2022 qui admet une capacité de travail de 80 % (et non plus de 80 à 100 % comme dans son rapport du 11 février 2022), "dans une activité normale ou adaptée", donc apparemment dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

Comme exposé plus haut, le rapport d'expertise des Dresses I_____ et J_____ remplit, sur le plan formel, toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

10.4 Cela étant, il convient de relever ce qui suit, en particulier quant à l'évolution de la situation médicale de l'assurée.

10.4.1 C'est probablement sur la base du rapport du 22 septembre 2020 de la Dresse E_____, médecin généraliste traitante de l'intéressée, que le SMR a retenu une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de garde d'enfants et d'auxiliaire de santé. Ce rapport faisait état, comme atteinte à la santé, de troubles anxieux et céphalées chroniques depuis 2017, la capacité de travail de la patiente étant nulle en tant qu'aide soignante depuis le 1er novembre 2019; il n'excluait pas une capacité de travail nulle également dans une activité adaptée.

10.4.2 Jusqu'au rapport du 5 octobre 2020 - après un premier rapport du 23 juillet 2020 annexé à la demande AI - établi par la Dresse F_____, et comme énoncé dans ce rapport de la neurologue traitante de l'assurée qui est également le dernier, celle-ci souffrait de migraines chroniques (diagnostic - de nature neurologique - avec répercussion sur la capacité de travail selon cette neurologue) - les migraines se manifestant (d'une manière générale) par des épisodes de maux de tête intenses, souvent associés à des nausées, des vomissements, une intolérance au bruit et à la lumière (cf. site internet du service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], https://www.chuv.ch/fr/neurologie/nlg-home/patients-et-familles/maladies-traitees/maux-de-tete-cephalees/) -, ce depuis juin 2018 à tout le moins et avec une exacerbation des crises douloureuses depuis la fin 2019 possiblement en raison d'une surconsommation d'antalgiques (céphalées médicamenteuses) dont la patiente était parvenue à se sevrer et en lien avec l'état psychique. Si, selon la Dresse F_____, l'assurée n'était alors pas en mesure d'avoir une activité professionnelle, en raison de son état anxio-dépressif et de douleurs chroniques, ces dernières pouvant entraîner notamment des difficultés de concentration et des troubles attentionnels, il ressort de son rapport (du 5 octobre 2020) que c'était "surtout d'un point de vue psychiatrique" que la patiente n'était pour le moment pas en mesure de reprendre son ou une activité professionnelle, et que "d'un point de vue strictement neurologique, une fois les douleurs améliorées, elle [aurait] une capacité de travail de 100 %".

Or la recourante n'a par la suite pas produit de nouveaux rapports de sa neurologue traitante ni même de médecins faisant encore état de migraines, ni allégué que son incapacité de travail était causée par celles-ci. Ainsi, d'une part, ces dernières peuvent pour une part importante expliquer une capacité de travail nulle entre novembre 2019 et juillet 2020 comme finalement admis par le SMR, d'autre part, ce trouble d'ordre neurologique n'apparaît plus problématique à tout le moins depuis début 2021. Il toutefois précisé qu'en tout cas dès le début de l'automne 2020 l'incapacité de travail était considérée par la neurologue traitante comme principalement due aux troubles psychiques, donc pas ou peu aux migraines, et que la psychiatre traitante considérait, dans son rapport du 31 août 2020, les "céphalées chroniques" comme non incapacitantes.

Seul l'aspect psychique entre donc en ligne de compte depuis août 2020.

10.4.3 La reconnaissance le 8 avril 2022 par le SMR d'une capacité de travail de 60 % d'août 2020 à juillet 2021 dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles qui consistent en une activité sans responsabilités importantes, dans un travail de type manuel, dans un climat peu stressant, se fonde sur les rapports de la Dresse D_____ des 31 août 2020 ainsi que 25 avril et 24 mai 2021.

L'état psychique décrit est très similaires entre ces trois rapports. En effet, il y a les mêmes diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotique (F33.2), ainsi que de trouble panique (ou anxiété épisodique paroxystique; F41.0), qui fait partie des autres troubles anxieux (F41.-) et est qualifié de moyen par la psychiatre traitant.

À cet égard, à teneur de la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ce trouble panique (F41.0) sont des attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible, ce à quoi s'ajoute notamment le fait qu'en cas de trouble dépressif, les attaques de panique sont probablement secondaires à la dépression (cf. version française de la CIM-10 téléchargeable depuis le site internet de la Confédération "https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20665872").

En outre, selon les trois rapports de la psychiatre traitante précités, l'évolution est jugée, depuis le début, le 20 mars 2020, du suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré (avec des médicaments et des séances de consultation entre deux à quatre fois par mois), légèrement favorable et actuellement stationnaire. Selon ces rapports de la Dresse D_____, l'anxiété de la patiente est légère à modérée, la thymie est sévèrement (31 août 2020 et 25 avril 2021) à modérément (25 avril 2021) triste, ou seulement triste (24 mai 2021), ce à quoi s'ajoutent un repli sur soi, un isolement social, une perte d'intérêt et de confiance en soi, un sentiment d'échec vis-à-vis de la vie; les idées suicidaires sont occasionnelles, actuellement sans projet, et il y a un léger ralentissement ainsi que des troubles de la concentration observés et décrits par l'intéressée, des troubles mnésiques légers, des troubles de l'adaptation modérés à sévères sous forme de difficultés relationnelles et émotionnelles, une absence d'hallucination ou d'idées délirantes; le sommeil est perturbé avec des difficultés d'endormissement et l'appétit diminué. Même si la psychiatre traitante n'évoque pas une amélioration, même légère, dans son rapport du 24 mai 2021 et que les constations du status y sont en grande partie similaires à celles des deux précédents rapports, il sied néanmoins de relever que la thymie n'est désormais décrite que comme triste, sans précision d'intensité, et le sommeil est conservé avec la médication, avec en outre une prise de poids de 20 kg depuis le début de l'année 2021, étant en outre précisé que les idées suicidaires ne sont plus mentionnées. Ce dernier rapport du 24 mai 2021 n'aborde pas la question de la capacité de travail. D'après les rapports de la Dresse D_____ des 31 août 2020 et 25 avril 2021, la capacité de travail de

l'assurée est de 0 à 50 % dans une activité de garde d'enfants (entre 0 et 4 heures par jour) ou comme aide soignante en EMS, mais de 50 à 60 % (31 août 2020) ou 40 à 60 % (25 avril 2021) dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (de 4 à 5 heures par jour), celles-ci consistant en une "thymie triste, perte de confiance, anxiété paroxystique, trouble de l'adaptation et dans les relations interpersonnelles ou dans le rôle de soignante ou de garde d'enfants, troubles de la concentrations modérés, perte d'intérêt, aboulie, repli sur soi, difficultés dans l'acquisition du français dans les cours de chômage, troubles mnésiques en partie aux anxiolytiques utilisés pour apaiser l'anxiété paroxystique" (31 août 2020), ou, en d'autres termes, en "une activité sans responsabilités importantes, dans un travail manuel, avec un climat de travail pas stressant ou anxiogène, comme une activité à la fondation PRO" (25 avril 2021).

10.4.4 Les constatations faites et les diagnostics posés par les expertes I_____ et J_____ présentent certaines similitudes par rapport à ceux de la Dresse D_____.

En effet, à teneur de la CIM-10, l'anxiété généralisée (F41.1) et persistante ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est "flottante"); les symptômes essentiels sont variables, mais le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de "tête vide", de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique; par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident (cf. version française de la CIM-10 téléchargeable depuis le site internet de la Confédération "https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20665872"). Selon les expertes, ce trouble d'anxiété généralisée représente une limitation fonctionnelle chez l'expertisée, à savoir qu'elle ne peut pas se présenter à un poste de travail sans se sentir en danger.

Quant au "trouble mixte de la personnalité évitant et schizoïde" diagnostiqué par les expertes, il présente, selon la CIM-10, des caractéristiques (F61.0) appartenant à plusieurs des troubles décrits en F60.- (troubles spécifiques de la personnalité), ici une personnalité schizoïde (F60.1; trouble de la personnalité caractérisé par un retrait des contacts [sociaux, affectifs ou autres], une préférence pour la fantaisie, les activités solitaires et l'introspection, avec une limitation à exprimer ses sentiments et à éprouver du plaisir) et une personnalité anxieuse (ou évitante; F60.6; caractérisé par un sentiment de tension et d'appréhension, d'insécurité et d'infériorité, avec un désir perpétuel d'être aimé et accepté, une hypersensibilité à la critique et au rejet, une réticence à nouer des relations et une tendance à éviter certaines activités en raison d'une exagération des dangers ou des risques potentiels de situations banales; cf. version française de la CIM-10 téléchargeable depuis le site internet de la Confédération "https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20665872").

De l'avis des expertes, la décompensation de ce trouble mixte de la personnalité évitante et schizoïde, déjà présent chez la recourante, a abouti par le passé à

l'installation de façon chronique du trouble anxieux généralisé (F41.1), mais l'intensité de ces troubles, qui était incapacitante dans un premier temps, ne l'est plus au moment de l'examen clinique du 25 août 2021 (dans le cadre de l'expertise); "les limitations fonctionnelles mesurées lors du Mini-ICF, n'ont pas montré d'atteinte vers une diminution de celles-ci". Sur ce dernier point, les expertes déduisent en effet d'un "profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles - selon le Mini-ICF" que l'expertisée ne pouvait pas effectuer des travaux de nuit ni avoir des horaires de travail irréguliers, limitations fonctionnelles compatibles selon elles avec l'activité habituelle de garde d'enfants. Sur la base des déclarations de l'expertisée et de leurs constations et dans le cadre du Mini-ICF, les expertes retiennent des problèmes légers concernant la flexibilité et les capacités d'adaptation, les capacités d'endurance, l'aptitude à établir des relations avec les autres, ainsi que des problèmes moyens concernant l'aptitude à évoluer au sein d'un groupe et l'aptitude à ses activités spontanées, les autres aptitudes et capacités étant jugées sans "aucun problème". Par ailleurs, les expertes relèvent que l'assurée est soutenue par sa sœur (avec laquelle elle habite) et ses amis (elle a un réseau social), et elles considèrent que sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont présentes. Elles concluent à une capacité de travail entière depuis toujours dans l'activité professionnelle habituelle et dans une activité adaptée.

Les constatations et conclusions des expertes I_____ et J_____, y compris le fait qu'elles considèrent que les fonctions cognitives de l'expertisée sont dans la norme, n'apparaissent pas incompatibles avec celles des psychologues K_____ et L_____, une "intelligence limite" et un certain ralentissement n'étant en soi pas forcément incapacitants.

10.4.5 Certes, dans ses rapports des 11 février et 22 juin 2022 (ultérieurs à l'expertise), la Dresse D_____ critique les diagnostics et les conclusions énoncés par les expertes I_____ et J_____.

Les diagnostics posés dans ces deux derniers rapports de la psychiatre traitante sont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, en rémission partielle (F33.2) le 11 février 2022 et simplement épisode actuel en rémission partielle (F33.2) le 22 juin 2022, ainsi qu'un trouble anxieux, de type trouble panique moyen (F41.0), enfin, le 22 juin 2022 seulement, un "trouble de la personnalité avec traits dépendants et émotionnellement labiles (F60.8)" au lieu, "selon [son] anamnèse et évaluation clinique", du trouble mixte de la personnalité évitante et schizoïde diagnostiqué par les expertes; par rapport au TDAH, la psychiatre traitante prend note des conclusions du bilan neuropsychologique de Mme K_____, qui pourrait, d'après elle, aussi expliquer en partie la prise de benzodiazépines depuis longtemps et les difficultés de la patiente pour apprendre le français (le 11 février 2022); selon ladite psychiatre, "l'état clinique après l'introduction d'un traitement pour le TDAH de type méthylamphétamine a permis une amélioration des symptômes de type impatiences avec agitation psychique,

désorganisation de la pensée, troubles de la concentration" (22 juin 2022). Cela étant, le 11 février 2022, la Dresse D_____ reconnaît que la patiente a présenté une évolution plutôt positive de la symptomatologie dépressive depuis environ août-septembre 2022 (recte: 2021) et soutient "la nécessité d'une aide de type réinsertion AI, compte tenu de l'évolution partiellement positive de l'état dépressif de [l'assurée] associé à un trouble anxieux et un TDAH à un taux d'activité que je revois à la hausse de 80 à 100 %"; dans son rapport du 22 juin 2022, la psychiatre traitante émet la même proposition, mais annonce une capacité de travail "de 60 % environ et pas de 80-100 %", ce "dans une activité normale ou adaptée" (point 3), puis "dans une activité si possible protégée comme la fondation PRO" (point 5). Cette réduction du degré de capacité de travail de 80-100 % à 60 % énoncée par la Dresse D_____ n'est motivée que "compte tenu de tous [les] troubles" de sa patiente, ce qui n'est pas une motivation suffisante, et on peut s'interroger pourquoi la capacité de travail resterait en 2022 à 60 % comme en août 2020 et avril 2021, alors qu'une amélioration est admise par la psychiatre traitante dès août-septembre 2021.

Quoi qu'il en soit, ces rapports des 11 février et 22 juin 2022, qui émanent de la psychiatre traitante, donc d'une médecin qui, comme relevé par la jurisprudence, peut avoir tendance, en cas de doute, de prendre parti pour sa patiente, ne contiennent pas d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise ni qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des expertes I_____ et J_____, et ne sont ainsi pas de nature à remettre en cause les constatations, les appréciations (y compris les diagnostics) ainsi que les conclusions énoncées par lesdites expertes.

10.5 En définitive, les nouvelles conclusions du 8 avril 2022 du SMR ne remettent à juste titre pas en cause la pleine valeur probante du rapport d'expertise des Dresses I_____ et J_____, mais elles s'en écartent sur deux seuls points de manière bien motivée et convaincante, à savoir premièrement l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'intéressée avant les examens cliniques le 25 août 2021 (effectués par lesdites expertes), soit sur des circonstances dont celles-ci ne pouvaient pas avoir une connaissance directe, deuxièmement l'ajout aux limitations fonctionnelles retenues par les expertes (pas de travaux de nuit ni d'horaires de travail irréguliers) de celles – plus générales – afférentes à la nécessité d'une activité sans responsabilités importantes, dans un travail de type manuel, dans un climat peu stressant comme énoncé par la psychiatre traitante. Ces limitations fonctionnelles tiennent notamment compte des difficultés et limites de l'assurée au plan cognitif telles qu'énoncées plus haut. Il n'y a pas de motif pour ordonner une expertise judiciaire aux plans psychiatrique et neuropsychologique.

En conséquence, et comme admis par l'intimé dans sa réponse au recours, la recourante avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de garde d'enfants et d'auxiliaire de santé depuis le 1er novembre 2019, mais de 60 % dès

août 2020 puis de 100 % à partir d'août 2021 dans une activité adaptée, qui n'est notamment pas celle de garde d'enfants et d'auxiliaire de santé et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : activité sans travaux de nuit ni horaires de travail irréguliers, ni responsabilités importantes, dans un travail de type manuel, dans un climat peu stressant (en tant qu'"exécutante").

C'est dès lors de manière conforme au droit, en particulier aux art. 17 LPGA et 88a al. 1 RAI, que l'office, en suivant en tous points les nouvelles conclusions du 8 avril 2022 du SMR, a retenu, au plan médical, une amélioration sensible de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée à partir d'août 2021.

11.

11.1 Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI - entré en vigueur le 1er janvier 2022 -, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

11.2 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est

rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

11.3 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne " total secteur privé " (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). 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 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée

(ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

11.4 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; ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

11.5 La jurisprudence a encore précisé que lorsque les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b) -, il était superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalide afin de tenir compte, conformément aux principes développés à l'ATF 126 V 75, de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

12.

12.1 Par ailleurs, aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée

probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

12.2 Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

13.

13.1 Dans le cas présent, c'est en se fondant non seulement sur les nouvelles conclusions médicales du SMR du 8 avril 2022 mais aussi sur le document "mandat de réadaptation" de son équipe réadaptation du 28 avril 2022 que, dans sa réponse au recours, l'intimé reconnaît à la recourante le droit à un quart de rente limité dans le temps de février 2021 – six mois après le dépôt de la demande AI le 12 août 2020 (art. 29 al. 1 LAI) et compte tenu d'une incapacité de travail et invalidité de 40 % dès août 2020 donnant droit à une rente d'invalidité de 25 % (art. 28b al. 4 LAI) – à novembre 2021 – trois mois après le retour à une capacité de travail entière en août 2021 (art. 88a al. 1 RAI) –, sa décision querellée étant pour le surplus confirmée.

Par ailleurs, compte tenu de la situation de l'assurée, à savoir sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, son parcours professionnel et les gains réalisés, l'équipe réadaptation de l'OAI considère que des mesures professionnelles ne sont pas de nature à réduire le dommage, ne sont pas simples et adéquates et ne sont donc pas indiquées.

13.2 Selon le document "mandat de réadaptation" de l'OAI, compte tenu du parcours professionnel de l'assurée et de ses gains fluctuants, il n'est pas possible de déterminer avec exactitude son revenu sans invalidité.

13.2.1 Cette conclusion se fonde sur l'extrait du compte individuel (CI) de l'intéressée, qui montre les revenus qui suivent : des revenus à titre de personne sans activité lucrative à hauteur de CHF 872.- de mai à décembre 2016; des revenus de la part de la famille chez laquelle elle gardait des enfants de CHF 2'236.- d'octobre à décembre 2016 puis de CHF 3'887.- de janvier à juillet 2017; des revenus à titre de personne sans activité lucrative à hauteur de CHF 177.- de janvier à décembre 2017; un montant versé par la Résidence B_____ à concurrence de CHF 600.- pour décembre 2017; des revenus à titre de

personne sans activité lucrative à hauteur de CHF 4'667.- de janvier à décembre 2018; des revenus de C_____ Genève (Œuvre suisse d'entraide ouvrière, proposant des projets d'insertion professionnelle destinés à des demandeurs d'emploi) à concurrence de CHF 199.- pour les mois d'octobre à décembre 2019.

13.2.2 Ces revenus sont effectivement fluctuants et très modestes, et sont, pour l'assurée considérée comme exerçant une activité lucrative à plein temps, très inférieurs aux salaires statistiques retenus par l'ESS.

C'est donc à bon droit que, pour le revenu sans invalidité de l'intéressée qui est impossible à déterminer, l'équipe de réadaptation de l'OAI a envisagé d'appliquer les tabelles de l'ESS pour un emploi simple (ligne "total, pour une femme, niveau 1" qui consiste en des "tâches physiques ou manuelles simples"), et qu'il en a fait de même pour son revenu avec invalidité.

En effet, comme exposé à juste titre par l'équipe réadaptation de l'intimé, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvre le marché de travail équilibré pris en considération, un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante, qui sont une activité sans travaux de nuit ni horaires de travail irréguliers, ni responsabilités importantes, dans un travail de type manuel, dans un climat peu stressant (en tant qu'"exécutante"). Ladite équipe réadaptation cite, à titre d'exemples, des tâches simples de surveillance, de vérification et/ou de contrôle, des tâches de nettoyage, celles d'ouvrière à l'établi ou encore des activités d'accueil.

Il sied de préciser que l'absence de formation et d'expérience ne joue en règle générale pas de rôle lorsque le revenu d'invalide est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les femmes - et les hommes - effectuant des activités simples et répétitives du niveau de compétence 1, comme c'est le cas en l'espèce. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêts du Tribunal fédéral 8C_196/2022 du 20 octobre 2022 consid. 7.5 et 8C_608/2021 précité consid. 4.3.3 et les références).

C'est enfin en conformité avec la jurisprudence, la tabelle statistique étant ici la même pour les revenus sans et avec invalidité, que l'équipe de réadaptation de l'intimé a considéré que l'incapacité de travail se confond avec la perte de gain (ou degré d'invalidité).

13.2.3 Pour le reste, il ne ressort pas du dossier – et la recourante ne fait pas non plus valoir – qu'il y aurait des facteurs de nature à justifier une déduction globale sur le salaire statistique afférent à son revenu avec invalidité. En particulier, une réduction au titre du handicap dépendrait de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entrerait en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y aurait plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_196/2022 précité consid.

7.3 et 8C_608/2021 précité consid. 4.3.1 et les références), ce qui n'est pas le cas ici comme exposé ci-dessus.

13.2.4 Il découle de ce qui précède que, comme retenu par l'office, le degré d'invalidité correspond à celui de l'incapacité de travail et est de 40 % de février à novembre 2021, 0 % pour le reste du temps.

13.3 Enfin, bien que sa psychiatre traitant relève sans motivation ni précision "la nécessité d'une aide de type réinsertion AI", la recourante ne sollicite pas précisément expressément l'octroi d'éventuelles mesures professionnelles, et il ne découle pas du dossier que celles-ci se justifieraient dans les présentes circonstances.

Notamment, en l'absence d'une perte de gain d'au moins 20 % environ, une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (art. 17 LAI) ne peut pas entrer en considération.

Concernant une éventuelle orientation professionnelle (art. 15 LAI), on ne peut pas retenir qu'au regard de l'existence de nombreux emplois compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'intéressée, cette dernière, capable en principe d'opérer le choix d'une profession, en serait empêchée – ou entravée – par la seule invalidité parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne seraient pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

Pour le même motif (nombreux emplois compatibles avec les limitations fonctionnelles), et faute d'être entravée de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi parmi seulement des activités légères (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274; principe demeuré valable également après l'entrée en vigueur de la 4ème et de la 5ème révision de l'AI: arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162; arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2), la recourante ne saurait non plus se voir octroyer une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI).

14. Vu ce qui précède, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et de suivre la proposition de l'intimé formulée dans sa réponse au recours et de reconnaître à la recourante le droit à un quart (25 %) de rente d'invalidité de février à novembre 2021, la décision querellée étant pour le surplus confirmée.

15. La recourante, représentée par une mandataire professionnellement qualifiée, a droit à une indemnité de dépens réduite, de CHF 1'000.-, compte tenu de l'admission partielle de son recours (cf. art. 61 let. g LPGA a contrario).

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un

émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al. 1 bis LAI).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision rendue le 7 janvier 2022 par l'intimé en ce sens que la recourante a droit à un quart (25 %) de rente d'invalidité du 1er février au 30 novembre 2021, et confirme ladite décision pour le surplus.
4. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'000.-, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
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