

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/886/2024

ATAS/654/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 août 2024**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

représentée par ASSUAS Association suisse des assurés,  
mandataire

contre

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

intimé

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

---

---

**EN FAIT**

**A. a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1986, patrouilleuse scolaire à un taux d'activité de 28%, a déposé une demande de prestations invalidités auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), qui l'a reçue en date du 21 janvier 2020. Elle indiquait souffrir de problèmes de dos et de dépression.

**b.** En date du 7 septembre 2020, l'OAI a reçu un rapport médical du médecin traitant de l'assurée, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui indiquait, notamment, qu'il avait adressé l'assurée à un médecin rhumatologue qui n'avait pas trouvé de substrat à ses plaintes, selon lesquelles elle avait « mal partout », puis à un médecin psychiatre. Il considérait que sa patiente souffrait d'un trouble anxiodépressif et d'un trouble borderline et que sa capacité de travail dans une activité habituelle ou adaptée était nulle. Le médecin ajoutait qu'il était difficile d'estimer le nombre d'heures de travail par jour qui pouvait être raisonnablement attendu de l'assurée, dès lors qu'elle s'occupait de cinq enfants, ce qui lui demandait déjà beaucoup.

**c.** Le 24 septembre 2020, l'OAI a réceptionné un rapport médical établi par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a diagnostiqué une hyperlaxité du genou pouvant provoquer des arthralgies, particulièrement en cas de travail de force et de marche prolongée. Il recommandait d'éviter la position à genoux et accroupie, le port de charges de plus de 5 kg, les gestes répétitifs, les escaliers et échelles, la marche de plus de 60 minutes d'affilée et les terrains irréguliers. Il considérait qu'il n'y avait pas de répercussion sur la vie sociale et la tenue du ménage, en dehors des limitations fonctionnelles qui impactaient aussi la vie sociale et privée. Il considérait que, dès lors qu'elle devait s'occuper de cinq enfants, il était impossible d'exiger de l'assurée une activité professionnelle en dehors d'un temps très partiel, compte tenu du problème articulaire qui diminuait son rendement dans les tâches ménagères. Il estimait que lorsque le cadet de ses enfants aurait atteint l'âge de 12 ans au moins, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles serait possible à temps partiel à 50%, puis à 100% dès les seize ans du cadet. Il indiquait aussi la possibilité de comorbidités psychiatriques. S'agissant de l'activité de patrouilleuse scolaire, il estimait qu'elle restait possible si celle-ci ne nécessitait pas plus d'une heure de marche d'affilée et concluait qu'au vu du contexte socioprofessionnel et des limitations fonctionnelles, seule la dernière activité de patrouilleuse scolaire lui paraissait exigible, à 30%.

**d.** En date du 4 novembre 2020, l'OAI a réceptionné un rapport médical de la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cette dernière posait le diagnostic d'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.11) ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30). Elle indiquait comme limitations fonctionnelles liées à

l'atteinte à la santé : la fatigue, la fatigabilité, des difficultés relationnelles avec la hiérarchie, la nervosité et les difficultés à gérer les tâches administratives ; elle estimait que dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50%, avec une reprise progressive. L'assurée a par la suite informé l'OAI qu'elle n'était pas satisfaite des services de sa psychiatre et qu'elle avait changé pour une nouvelle psychiatre, la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.

**e.** La nouvelle psychiatre a adressé son rapport médical à l'OAI, qui l'a réceptionné le 13 janvier 2021. Elle indiquait que, selon la patiente, cette dernière était très centrée sur ses enfants et que son comportement impulsif et ses douleurs chroniques l'empêchaient de poursuivre dans son activité professionnelle actuelle. Elle confirmait le diagnostic de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif et mentionnait comme limitations fonctionnelles : une impulsivité majeure, une instabilité émotionnelle et des relations interpersonnelles difficiles ainsi que des troubles cognitifs ; la capacité de travail dans son activité habituelle était nulle. Selon la psychiatre, l'observance thérapeutique était bonne et elle observait une bonne évolution depuis la prise en charge, le 29 octobre 2020.

**f.** Dans son avis médical du 28 mai 2021, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a considéré qu'il pouvait suivre les conclusions du rhumatologue quant aux limitations fonctionnelles et la capacité de travail de 100%, dans une activité adaptée. Il a considéré qu'il fallait réinterroger la Dre E\_\_\_\_\_ afin de connaître l'évolution de l'état de santé de sa patiente, depuis le début du suivi, ainsi que sa capacité de travail dans une activité adaptée.

**g.** Dans son deuxième rapport médical, réceptionné par l'OAI le 25 juin 2021, la Dre E\_\_\_\_\_ a mentionné que l'évolution était assez satisfaisante concernant certains aspects cliniques. Elle complétait les limitations fonctionnelles précédemment décrites en indiquant qu'en plus de son trouble de la personnalité avec impulsivité, la patiente présentait une fibromyalgie très handicapante qui compliquait davantage son état, en raison des douleurs diffuses qui répondaient de façon limitée aux antalgiques. Sa capacité de travail restait nulle. Suite à ce rapport médical, le SMR a recommandé qu'une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, soit mise en place.

**h.** Les experts mandatés par l'OAI, soit le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport en date du 17 juin 2022. Dans leur évaluation consensuelle, ils considéraient que sur le plan somatique, on ne pouvait pas retenir de diagnostic de fibromyalgie, pas plus que d'hypermobilité articulaire et que sur le plan psychique, il existait un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline décompensé (F60.31) qui avait répondu favorablement au traitement neuroleptique ainsi qu'au suivi psychothérapeutique intense, à raison de deux fois par semaine. La capacité de travail était entière dans

l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée et, comme ménagère, elle était de 100% aussi bien sur le plan somatique que sur le plan psychique.

**i.** Dans son rapport du 27 juin 2022, le SMR a considéré que le rapport d'expertise était complet et convaincant et qu'il n'y avait pas de raison de s'en écarter. Il estimait, comme les experts, que la capacité de travail était nulle dès le 20 août 2019 en lien avec l'atteinte psychiatrique et qu'elle était à nouveau de 100% dès mars 2021, à la fin du confinement. Une incapacité de travail de 100% était ainsi admise du 20 août 2019 jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2021 dans l'activité habituelle de patrouilleuse scolaire, qui était une activité adaptée.

**j.** Dans sa note de statut du 15 juillet 2022, l'OAI a considéré une activité professionnelle de 28%, notamment confirmée par un questionnaire de statut complété par l'assurée en date du 12 juillet 2022, dans lequel cette dernière confirmait qu'elle ne cherchait pas à réduire ou augmenter le taux de son activité professionnelle. Elle précisait que ses enfants étaient âgés, respectivement, de trois ans, huit ans, dix ans, treize ans et quinze ans. Elle s'était séparée du père de ses enfants, au mois de janvier 2020, et avait « perdu » son travail car, selon ses indications, elle était incapable de travailler pour cause de douleurs insupportables.

**B. a.** Par projet de décision du 26 août 2022, l'OAI a refusé des mesures professionnelles, ainsi que d'octroyer une rente d'invalidité. Il se fondait sur un statut d'assuré d'une personne se consacrant à 28% à son activité professionnelle et pour les 72% restant à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. L'incapacité de travail était totale, dans toute activité, du 20 août 2019 au mois de mars 2021. Or, même si l'empêchement était de 100% dans le domaine professionnel, il était de 0% dans le domaine des travaux habituels, ce qui aboutissait à un taux d'invalidité égal au taux d'activité professionnelle, soit 28%, ce qui ne donnait pas le droit à une rente. Pour le surplus, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

**b.** Par courrier du 5 octobre 2022, l'assurée a contesté le projet de décision en joignant, en annexe, un certificat médical du Dr B\_\_\_\_\_, daté du 5 octobre 2022, attestant que, selon lui et selon les informations provenant des psychiatre et rhumatologue de sa patiente, cette dernière souffrait de douleurs aux quatre membres, et à la colonne dorsale ; vraisemblablement, il y avait une fibromyalgie. L'assurée était de surcroît limitée dans le temps pour ses activités quotidiennes et limitée dans ses mouvements et port de charges. L'assurée a communiqué à l'OAI un second certificat médical, daté du 12 octobre 2022 et établi par la Dre E\_\_\_\_\_, qui confirmait suivre la patiente depuis le 29 octobre 2020, que cette dernière présentait un trouble psychique qui avait déjà été expliqué, associé à des algies diffuses incapacitantes. L'assurée était sous thérapie de soutien et un traitement médicamenteux était actuellement administré, pour une période indéterminée. Elle estimait que cette dernière souffrait d'une incapacité de travail de 100% dans une activité professionnelle.

**c.** Consulté pour se prononcer sur les nouvelles pièces médicales, le SMR a considéré, par avis médical du 29 novembre 2022, qu'il était nécessaire de réinterroger la Dre E\_\_\_\_\_ afin d'obtenir des détails sur le nombre de séances de psychothérapie par mois dont bénéficiait l'assurée, ainsi qu'une copie du taux sérique des psychotropes, afin de s'assurer de la compliance au traitement. De surcroît, le SMR soulignait une erreur dans son précédent rapport du 27 juin 2022 ; suite à une faute d'orthographe, la capacité de travail n'était pas de 100% dans une activité adaptée ou habituelle dès le 1<sup>er</sup> mars 2021, mais dès le 1<sup>er</sup> mars 2022.

**d.** Suite à un entretien téléphonique du 30 novembre 2022, l'assurée a confirmé à l'OAI qu'elle n'avait, à l'heure actuelle, entrepris aucune consultation auprès du centre de consultation de la douleur.

**e.** Par certificat médical réceptionné le 23 janvier 2023, la Dre E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était assez satisfaisante et a confirmé, dans les grandes lignes, les informations transmises dans son précédent rapport. Elle considérait que sa patiente présentait une fibromyalgie très handicapante, responsable de douleurs diffuses qui répondaient de façon limitée aux antalgiques. Sa capacité de travail était de 0% et il fallait considérer qu'elle devait intégrer une activité professionnelle, dans un milieu protégé, en cas de reprise future.

**f.** Par courrier du 22 janvier 2024, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin-chef de clinique à la consultation d'antalgie des Hôpitaux universitaires de Genève, a communiqué un rapport médical de consultation d'antalgie ambulatoire du 26 mai 2023 au Dr B\_\_\_\_\_, qui l'a fait suivre à l'OAI. En substance, il était mentionné que les douleurs de la patiente étaient apparues en janvier 2020, suite à une rixe avec un voisin. Le médecin considérait qu'il s'agissait de radiculalgies lombaires chroniques bilatérales secondaires à des troubles dégénératifs, avec une sacro-iliaque dans un contexte de sensibilisation centrale. Il proposait une prise en charge multimodale à la fois médicamenteuse, psychologique, physique et interventionnelle.

**g.** Par décision du 12 février 2024, l'OAI a confirmé son précédent projet de décision. Dans le cadre de la procédure d'audition, il a relevé qu'après correction de l'erreur de frappe du SMR, la pleine capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de patrouilleuse scolaire avait été retrouvée en mars 2022 et non pas en mars 2021. De surcroît, le SMR avait revu la capacité de travail, qui était estimée à 0% dès le 28 septembre 2019, à 100% dès mars 2022, puis à 50%, dès le 26 mai 2023, que ce soit dans une activité adaptée ou dans l'activité habituelle de patrouilleuse scolaire. Les limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique étaient : la fatigue, la fatigabilité, éviter le port de charges, les marches longues et un environnement froid. Sur le plan psychiatrique : une diminution de la flexibilité et des capacités d'adaptation, une diminution des capacités de jugement et de prise de position, une diminution de l'aptitude à

établir des relations avec les autres, à évoluer au sein d'un groupe, à entretenir des relations proches et à avoir des activités spontanées, des difficultés d'adaptation aux règles et aux routines ainsi qu'un problème, de gravité moyenne, de planification et de structuration des tâches. Néanmoins, l'invalidité restait inférieure à 40%, ce qui n'ouvrait pas de droit à la rente.

**C. a.** Par acte reçu le 14 mars 2024, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 12 février 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle considérait n'être plus en état de travailler à 100% depuis le mois de mars 2020 et indiquait avoir dû changer de médecin traitant. Elle mentionnait encore qu'elle devait faire une infiltration auprès du service de la douleur et joignait en annexe un courrier de son fils aîné I\_\_\_\_\_, confirmant ses difficultés, ainsi qu'un rapport du centre de consultation de la douleur. Elle concluait, implicitement, à l'annulation de la décision de l'OAI.

**b.** Par complément reçu le 15 mars 2024, l'assurée a confirmé qu'elle avait consulté de nouveaux médecins, notamment un chirurgien orthopédique et un rhumatologue, et qu'elle allait bientôt lui adresser des rapports médicaux détaillant ses atteintes à la santé et démontrant son incapacité de travail totale dans toute activité.

**c.** Par réponse du 6 mai 2024, l'OAI a considéré que la recourante n'alléguait aucun fait précis et aucun élément susceptible de remettre en cause ses conclusions, tant sur le plan médical, que sur le calcul du taux d'invalidité. En raison du statut mixte, avec une part ménagère de 72%, le taux d'invalidité global était insuffisant pour ouvrir un droit à des prestations.

**d.** Par réplique de son mandataire, datée du 4 juin 2024, l'assurée a allégué qu'elle n'était plus à même de réaliser ses travaux domestiques seule et était obligée de demander de l'aide à ses enfants. Elle concluait à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à des prestations d'invalidité, en raison de son incapacité de gain totale, sous suite de frais et dépens.

**e.** Par complément de son mandataire du 21 juin 2024, l'assurée a récapitulé le contenu des pièces médicales précédant le rapport d'expertise et a critiqué la valeur probante de ce dernier, considérant qu'il ne pouvait pas être retenu, en raison des contradictions avec les appréciations des médecins traitants. L'absence d'enquête ménagère était également critiquée. Enfin, il était relevé que l'abattement sur le revenu d'invalidité issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) avait été mal calculé par l'OAI dans la mesure où, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, une déduction de 20% devait être appliquée.

**f.** Par duplique du 15 juillet 2024, l'OAI a considéré qu'au vu des rapports médicaux et du fait que, selon les informations figurant dans la base de données Calvin, ce n'était qu'au mois d'août 2021 que l'époux avait quitté le domicile familial, les enfants avaient, dans l'intervalle, grandi et une exigibilité réduite

pouvait être attendue de la part d'enfants adolescents. De surcroît, les limitations fonctionnelles retenues dans l'avis du SMR du 27 juin 2022 se recoupaient avec celles retenues dans l'avis du 12 février 2024. Enfin, il était exact qu'une déduction de 20% devait être appliquée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, en raison de la capacité de travail de 50% reconnue dès le 26 mai 2023 ; cependant, même en appliquant cet abaissement de 20% sur la capacité de travail, en raison de la part prépondérante de l'activité ménagère à 72%, le taux d'invalidité global était insuffisant pour justifier le droit à une rente d'invalidité, ce qui amenait l'OAI à persister intégralement dans ses conclusions.

**g.** Par courrier de son conseil du 7 août 2024, l'assurée a confirmé à la chambre de céans qu'une enquête ménagère lui semblait nécessaire, comme cela ressortait des empêchements « dans l'accomplissement des travaux habituels » rapportés par les médecins de la recourante.

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

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

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI de refus de prestations invalidité.

### **3.**

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

**3.2** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

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

En l'occurrence, à teneur de l'état de fait, l'éventuel droit à la rente de l'assuré est né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

## 5.

**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 malade, 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 ; 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 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 émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM

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

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6. 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).

## 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).

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

médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

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

**7.4** 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**7.5** 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 ; 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).

**7.6** On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

**7.7** Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (*cf.* ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

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

psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

## 9.

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

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activité forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux

habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

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

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

**9.3** Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître

une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et 129 V 67 consid. 2.3.2 publié *in* VSI 2003 p. 221 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et I 733/06 du 16 juillet 2007).

**9.4** Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 et les références ; 140 V 267 consid. 5.2.1 et les références). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation d'organiser son travail et de solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. L'aide exigible de tiers ne doit cependant pas devenir excessive ou disproportionnée (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1 et les références).

Toutefois, la jurisprudence ne répercute pas sur un membre de la famille l'accomplissement de certaines activités ménagères, avec la conséquence qu'il faudrait se demander pour chaque empêchement si cette personne entre effectivement en ligne de compte pour l'exécuter en remplacement (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 133 V 504 consid. 4.2). Au contraire, la possibilité pour la personne assurée d'obtenir concrètement de l'aide de la part d'un tiers n'est pas décisive dans le cadre de l'évaluation de son obligation de réduire le dommage. Ce qui est déterminant, c'est le point de savoir comment se comporterait une cellule familiale raisonnable, soumise à la même réalité sociale, si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance. Dans le cadre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 LAI), la personne qui requiert des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent se laisser opposer le fait que des tiers - par exemple son conjoint (art. 159 al. 2 et 3 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 [CC - RS 210]) ou ses enfants (art. 272 CC) - sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.2 et les références, *in* SVR 2023 IV n. 46 p. 156).

Le Tribunal fédéral a récemment confirmé qu'il n'y a pas de motif de revenir sur le principe de l'obligation de diminuer le dommage tel que dégagé par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3 et les références).

10. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
11. Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
12. En l'espèce, la recourante critique la valeur probante de l'expertise médicale, l'absence d'enquête ménagère, le taux d'exigibilité retenu, ainsi que le calcul du degré d'invalidité.

L'OAI a retenu un statut de personne consacrant 28% de son temps à la sphère professionnelle et 72% aux travaux habituels du ménage. Ce pourcentage n'est, à juste titre, pas critiqué par la recourante qui a, par ailleurs, confirmé dans un questionnaire sur le statut, daté du 12 juillet 2022, qu'elle n'envisageait pas de modifier son taux d'activité professionnelle.

Ce point étant établi, il convient de relever que, conformément au principe d'économie de procédure, il n'est pas nécessaire, à ce stade, d'examiner en détail l'estimation de la capacité de travail dans la sphère professionnelle dès lors que le pourcentage le plus important - et qui est déterminant pour atteindre le taux minimum de 40% d'invalidité - est dédié à la sphère des travaux ménagers, ce qui nécessite un complément d'instruction, comme cela sera expliqué *infra*.

**12.1** En ce qui concerne la valeur probante de l'expertise, le rapport des experts correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite

connaissance du dossier médical, dont les pièces sont énumérées et résumées. Les constatations résultant de l'examen somatique ainsi que de l'examen psychiatrique sont clairement décrites, ce dernier étant complété par un bilan neuropsychologique avec test de QI.

L'évaluation consensuelle confirme que, sur le plan somatique, avec un indice de l'étendue de la douleur de 5/19 et une échelle des symptômes de 4/12, l'expert rhumatologue ne retient pas le diagnostic de fibromyalgie évoqué précédemment, pas plus qu'il ne retient une hypermobilité articulaire, en présence d'un score de *Beighton* de 1/9.

Sur le plan psychiatrique, l'experte psychiatre a clairement décrit le trouble envahissant du développement qui s'est présenté dans l'enfance de l'assurée, avec des interactions sociales réciproques et des modalités de communication altérées qui infiltrent l'ensemble du fonctionnement du sujet, quelles que soient les situations. L'assurée a fréquenté l'école spécialisée de la Petite Ourse puis, en raison de maltraitance, a bénéficié de placements gérés par le Service de protection des mineurs, qui n'ont pas fonctionné. Enfin, elle a « vécu dans la rue » de l'âge de 14 à 18 ans, après quoi elle a rencontré son mari et a quitté la rue.

L'anamnèse personnelle, familiale et professionnelle est très fouillée, et les experts ont rapporté leurs observations cliniques de manière détaillée. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés, et les experts ont précisé sur quels critères ils se fondaient en évoquant les diagnostics différentiels. Ils ont, en outre, exposé l'avis des autres intervenants ainsi que leurs propres appréciations. Les conclusions sont, elles aussi, claires et motivées. Les conclusions de l'examen neuropsychologique des 9 et 23 mai 2022 confortent le diagnostic de la psychiatre, les résultats des tests étant, selon la psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP J\_\_\_\_\_, compatibles avec une pathologie psychiatrique, soit un trouble de la personnalité.

Les reproches du mandataire de la recourante à l'encontre des rapports d'expertise tombent à faux ; ils consistent à tenter d'opposer les appréciations médicales des médecins traitants avec celles des experts, pour contester la valeur probante de l'expertise.

Ainsi, la recourante se fonde sur le rapport médical du Dr C\_\_\_\_\_ du 17 septembre 2020. Or, ce dernier a clairement exposé (pièce 29, chargé intimé, ch. 8) qu'il n'y a pas de répercussion des troubles somatiques de l'assurée sur la vie sociale et la tenue du ménage en dehors des limitations fonctionnelles (sous ch. 6), soit éviter la position à genoux et accroupie, le port de charges de plus de 5 kg, les gestes répétitifs, les escaliers et les échelles, la marche de plus de 60 minutes d'affilée et les terrains irréguliers. Il conclut qu'au vu du contexte socioprofessionnel et des limitations fonctionnelles, seule la dernière activité de patrouilleuse scolaire lui paraît exigible à 30%. Il est vrai qu'il mentionne que les tâches ménagères sont « forcément déjà très lourdes vu le contexte de famille

nombreuse » mais uniquement pour en tirer l'argument qu'en raison de ces dernières, et de la présence de cinq enfants, il lui semble impossible d'exiger de l'assurée une activité professionnelle en dehors d'un temps très partiel. On ne saurait en tirer un argument selon lequel, en l'absence de toute activité professionnelle, l'assurée ne disposerait pas d'une pleine capacité dans les travaux du ménage.

La recourante cite également le certificat médical du Dr B\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2022 pour en tirer l'argument qu'elle souffrirait de douleurs vraisemblablement liées à une fibromyalgie. Or, le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été évoqué par le Dr C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 septembre 2020. Ce diagnostic ne figure pas non plus dans le rapport médical de la psychiatre D\_\_\_\_\_, daté du 31 octobre 2020, pas plus que dans le rapport médical de la psychiatre E\_\_\_\_\_, du 14 décembre 2020 ; ce n'est que dans son rapport médical du 17 juin 2021 que la psychiatre E\_\_\_\_\_ mentionne, pour la première fois, une « fibromyalgie très handicapante », sans toutefois fournir aucun détail sur les constatations qui lui permettent d'aboutir à cette conclusion. Enfin, le Dr B\_\_\_\_\_ conclut que la recourante est limitée dans le temps à ses activités quotidiennes, par opposition à ses activités professionnelles, sans remettre en question sa capacité à effectuer lesdites activités quotidiennes.

On relèvera encore que, dans le rapport de consultation d'antalgie ambulatoire daté du 26 mai 2023, le motif de consultation est celui de « douleurs diffuses au dos et aux quatre membres » et le diagnostic posé est celui de radiculalgies lombaires chroniques bilatérales et non pas de fibromyalgie, terme qui n'apparaît à aucun moment dans le rapport médical de trois pages rédigé par le Dr H\_\_\_\_\_.

Il résulte de ce qui précède que le diagnostic de fibromyalgie doit être écarté.

**12.2** S'agissant des douleurs diffuses au dos et aux quatre membres, le rapport de consultation d'antalgie ambulatoire du 26 mai 2023 mentionne - sous la rubrique « Anamnèse douleur » - que, selon l'expertisée, son activité générale a considérablement diminué. Elle n'arrive plus à réaliser ses travaux domestiques seule et est obligée de demander de l'aide à ses enfants. Le score du questionnaire « *Oswestry* » montre une capacité fonctionnelle modérée à 28%. La recourante ajoute qu'elle a des difficultés à se laver, s'habiller seule, qu'elle ne peut pas soulever des charges et qu'elle est limitée à 10 minutes de marche.

Le Dr H\_\_\_\_\_ mentionne, au regard des plaintes de l'assurée que, selon le score global d'handicap fonctionnel résultant du test *Oswestry Disability Index*, soit un questionnaire complété par l'assurée selon ses perceptions subjectives, la capacité fonctionnelle serait jugée comme modérée à 28%. On relèvera qu'aucun élément objectivé par le médecin ne permet de confirmer les déclarations de la recourante lors de la consultation. Étant encore précisé que le Dr H\_\_\_\_\_ a proposé une prise en charge multimodale qui n'a été que partiellement acceptée par l'assurée. En ce qui concerne un enseignement TENS, soit une ressource de traitement

autogéré, l'assurée - selon les explications du médecin - « ne semble pas motivée pour cette thérapie », pas plus qu'elle n'envisage une proposition interventionnelle, par la mise en place de blocs anesthésiques diagnostiques des branches médianes lombaires.

En ce qui concerne la capacité à effectuer les travaux habituels dans la sphère ménagère, le certificat médical de la Dre D\_\_\_\_\_, relatant le status au 16 juillet 2020, mentionne que l'assurée fait le ménage à fond au point de se faire mal au dos ou à la jambe ou de « péter les plombs », mais qu'elle termine le ménage « même mal fait », ajoutant être aidée pour faire le ménage par ses trois enfants aînés et par son mari.

Néanmoins, et de manière quelque peu paradoxale, la Dre E\_\_\_\_\_, dans son certificat médical du 14 décembre 2020 (établi cinq mois après celui de la Dre D\_\_\_\_\_), mentionne que la patiente lui dit avoir cinq enfants et très bien s'occuper d'eux, ce qui la structure et la rend apaisée. Elle déclare « bien faire son ménage » et « distribuer ses tâches à ses enfants, selon leurs capacités ».

Les déclarations de la recourante à ses médecins traitants, à cinq mois d'intervalle, concernant sa capacité à effectuer les tâches ménagères sont donc fluctuantes.

La recourante ne mentionne pas des empêchements dans le ménage, dans son opposition du 5 octobre 2022, et les difficultés mentionnées par la patiente lors de la consultation du 26 mai 2023 n'apparaissent pas dans le certificat médical de la Dre E\_\_\_\_\_, du 12 octobre 2022, dans lequel cette dernière conclut à une « incapacité de 100% pour exercer une activité professionnelle », sans mentionner, à aucun moment, des difficultés dans la sphère ménagère.

Les difficultés dans la sphère ménagère ne sont pas non plus citées par son médecin traitant, le DR B\_\_\_\_\_, et n'apparaissent ni dans son rapport médical daté du 2 septembre 2020, ni dans son dernier certificat daté du 5 octobre 2022.

Le rapport d'expertise ne mentionne pas non plus de plaintes en ce qui concerne des difficultés dans la sphère du ménage ; au contraire, il est mentionné en p. 16 de l'expertise que « les ressources de l'assurée lui permettent d'assumer son ménage, la prise en charge de ses cinq enfants, de 15 à 3 ans, avec leur aide, et de marcher régulièrement 1-2 h/jour de manière fractionnée ». Appelée à décrire une journée quotidienne, l'assurée déclare se lever à 7h pour les enfants, qui se préparent tout seul et débarrassent la table, puis les amener à l'école à huit minutes à pied, après quoi elle va avec le petit de trois ans au parc et rentre à 10h pour préparer à manger. Les deux avant-derniers enfants mangent à la cuisine scolaire ; le repas de midi se fait donc à trois ou quatre personnes et le grand ne vient qu'une fois par semaine car il mange « au foot ». L'après-midi, après une sieste de trois heures, nouvelle promenade au parc puis goûter à 16h pour tout le monde sauf pour l'enfant de 13 ans qui reste au parc. À 18h, souper puis douche et les enfants vont au lit. Ménage et coucher à 22h30. S'agissant du ménage, l'assurée déclare passer l'aspirateur, repasser, faire la lessive (machine à laver à la

maison) avec les enfants qui aident beaucoup, rangent leurs chambres et font parfois à manger. Le petit de trois ans commence à être propre et celui de sept ans va à l'appui scolaire une fois par semaine ; Madame essaie de l'aider pour les devoirs. Elle mentionne encore avoir une voiture, qu'elle partage avec son mari séparé, et l'utiliser pour les courses en France pendant le week-end. Selon les observations du médecin durant l'examen, l'assurée est autonome dans les gestes du déshabillage et de l'habillage.

Selon les conclusions de l'experte psychiatre, l'assurée souffre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile avec des chances de guérison faibles, avec, dans le meilleur des cas, une compensation du trouble de la personnalité, avec la possibilité de réintégrer une activité professionnelle. Elle ajoute ne pas avoir remarqué d'incohérence. En dépit des limitations fonctionnelles décrites en p. 40 et 41 du rapport d'expertise et citées par la recourante au niveau de sa réplique du 21 juin 2024 (p. 10), on ne voit pas en quoi ces dernières diminueraient sa capacité de travail dans la sphère ménagère.

Partant, et comme relevé dans la note de travail de l'OAI du 26 août 2022 (pièce 63, chargé intimé), qui se fonde sur les rapports des Drs B\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ et le rapport d'expertise, la chambre de céans considère que, en l'état du dossier, au regard des déclarations de la recourante, de ses médecins traitants et du rapport d'expertise, l'OAI pouvait, à bon droit, en date du 26 août 2022, considérer qu'il n'existait pas d'empêchement dans la sphère des travaux du ménage et renoncer à mandater une enquête ménagère.

Cependant, suite au diagnostic de douleurs chroniques dues à des radiculalgies lombaires chroniques bilatérales posé par le Dr H\_\_\_\_\_ dans sa lettre du 22 janvier 2024 adressé au Dr B\_\_\_\_\_, l'OAI a modifié son appréciation et a considéré que l'assurée ne bénéficiait que d'une capacité de travail de 50% dans la sphère professionnelle, dès le 26 mai 2023, jour de la consultation. Il n'a, en revanche, pas modifié son appréciation d'une capacité de 100% de l'assurée dans l'accomplissement des travaux ménagers.

Le rapport médical du Dr H\_\_\_\_\_ ne permet pas d'apprécier si les douleurs chroniques ont un effet dans la sphère ménagère, étant rappelé que l'invalidité est fixée selon une méthode spécifique pour cette activité. Le médecin semble désigner un état qui existe depuis plusieurs années (soit depuis 2020, selon ce qu'il mentionne sous la rubrique « Anamnèse douleur »), sans que l'on puisse discerner si l'intensité des douleurs chroniques aurait augmenté depuis lors, de telle sorte que l'assurée ne serait plus à même de s'occuper des travaux dans la sphère ménagère. Il mentionne toutefois que « le froid, la marche prolongée, la fatigue, le stress et l'énervement » peuvent aggraver les douleurs et relève un « mécanisme de catastrophisation important » sous la rubrique « Anamnèse psycho-sociale ».

**12.3** Il résulte de ce qui précède que ni les rapports des médecins traitants, ni l'expertise ne permettent d'établir avec certitude - au regard des douleurs chroniques dont elle souffre - la capacité de l'assurée de s'occuper de son ménage, avec l'aide de ses enfants, étant rappelé que ceux-ci sont nés, respectivement : I\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ 2007, K\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ 2008, L\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ 2011, M\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ 2014 et N\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ 2019.

Concernant ce dernier point, la lettre produite par le recourante dans le cadre de son recours, dont elle explique qu'elle a été écrite par son fils aîné I\_\_\_\_\_, ne permet pas de déterminer l'exigibilité de l'aide des enfants dans le cadre des travaux ménagers.

À la lecture du rapport du Dr H\_\_\_\_\_, on ne peut exclure que les douleurs chroniques se soient aggravées depuis la fin de l'année 2022 et aient impacté la capacité de l'assurée d'effectuer ses travaux dans la sphère ménagère.

### **13.**

**13.1** À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'une enquête ménagère est désormais indispensable, afin d'évaluer la capacité de la recourante d'effectuer ses travaux ménagers et son rendement, ainsi que le pourcentage d'aide exigible de la part des enfants.

**13.2** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 12 février 2024 sera annulée.

**13.3** La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 12 février 2024 et renvoie la cause à l'intimé, pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
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

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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