



Présidente : Carine Guenat  
Juges : Anne-Françoise Boillat et Nathalie Brahier  
Greffière e.o. : Océane Migliore

**ARRÊT DU 5 MARS 2026**

en la cause liée entre

A. \_\_\_\_\_,

- représentée par Me Nicolas Steullet, avocat à Delémont,

**recourante,**

et

**Office de l'assurance invalidité du canton du Jura, rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier,**

**intimé,**

**relative à la décision de l'intimé du 9 janvier 2025 (n° AVS : XXX1. \_\_\_\_\_).**

**CONSIDÉRANT**

**En fait :**

A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le . \_\_\_\_\_ 1974, mère de trois enfants nés en 1991, 1994 et 2000, sans formation certifiante et travaillant à un poste de « finition-montage » à un taux de 62.5% depuis 1996, a déposé, le 7 avril 2021, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'assureur ou l'intimé), en raison de « elektive Tumorresektion eines Tuberculum sellae Meningeoms rechts (27.11.2020) epileptischer Frühfall & psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNEA) » soit « résection tumorale d'un méningiome droit de la selle turcique (27.11.2020), avec épilepsie précoce et crises psychogènes non-épileptiques », engendrant une incapacité totale de travail depuis le 13 octobre 2020 (p. 13 ss et 201 ss du dossier de l'intimé ; les pages citées ci-après sans autre indication renvoient au dossier produit par l'intimé sur support numérique).

La recourante a précisé, dans le questionnaire « servant à déterminer le statut d'assurée » du 30 avril 2021, que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à un taux de 62% en raison du fait qu'anciennement, elle s'occupait de ses trois enfants et qu'elle a gardé ce taux pour s'occuper de son fils malade (p. 56).

- B. Après avoir requis les renseignements médicaux usuels auprès du Dr B. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante (p. 47 ss et 173 ss), de la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie et diabétologie (p. 67 ss), du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre E. \_\_\_\_\_ (ci-après : E. \_\_\_\_\_) (p. 81 ss et 186 ss), du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie (p. 91 ss) et de son employeur (p. 26 ss), l'intimé a soumis le cas au service médical régional (ci-après : le SMR) (p. 193). Sur la base de l'avis médical du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin SMR (p. 201 ss), l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Dite expertise a été confiée au Centre H. \_\_\_\_\_ (ci-après : H. \_\_\_\_\_ SA) à U1. \_\_\_\_\_ et réalisée par les Drs I. \_\_\_\_\_ pour le volet médecine interne générale, J. \_\_\_\_\_ pour le volet endocrinologie/diabétologie, N. \_\_\_\_\_ pour le volet neuropsychologie et K. \_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrie et psychothérapie (p. 348).
- C.
- C.1 Dans le rapport d'expertise du 31 mai 2023 (p. 364 ss), les experts retiennent les diagnostics suivants : craniotomie ptérionale droite en novembre 2020 pour résection d'un méningiome (2A01.0Y) situé sur le tubercule sellaire à droite, à proximité du nerf optique, sans signe de récurrence à l'imagerie jusqu'à la dernière effectuée en décembre 2022, avec gêne visuelle consécutive sur l'hémichamp droit, amputation partielle du champ visuel, dont la dernière évaluation est établie en décembre 2022 ; épilepsie secondaire (8A60.Z) survenue dans le contexte de l'intervention neurochirurgicale, à point de départ fronto-temporal droit, comportant des crises partielles, ainsi que des pseudocrises partiellement couvertes par la prise de Trileptal ; troubles de l'équilibre (MB48.1), sensations vertigineuses (MB48.0Z) dont au moins une partie semble attribuable à un trouble fonctionnel surajouté ; diabète découvert en 2009 devenu rapidement insulino-requérant, compliqué d'une polyneuropathie actuellement non invalidante (5A14) ; maladie de Basedow découverte en 2012, actuellement stabilisée sans traitement (5A02.0) ; trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ; agoraphobie (F40.1) : syndrome des jambes sans repos traité par pramipexole, (7A80) ; surcharge pondérale ; hypertension artérielle traitée (I10) ; cystites récurrentes ; fibrome du sein gauche connu : fibrome utérin connu ; cure de hernie inguinale gauche ; possibles troubles neuropsychologiques authentiques qui ne peuvent cependant pas être objectivés en raison du manque de validité de l'examen. Les limitations sont d'ordre psychiatrique et endocrinologique (cf. p. 368). D'un point de vue neurologique, formellement, les experts retiennent qu'il n'y a pas de limitation à exercer l'activité d'horlogère relativement à l'épilepsie ou à la survenance occasionnelle d'épisodes migraineux, mais ne peuvent pas se prononcer si les troubles visuels diminuent la capacité à travailler de la recourante dans l'horlogerie. Les experts retiennent donc que l'activité exercée jusqu'ici est considérée comme adaptée. L'assurée présente une capacité de travail dans une activité adaptée de 40% (taux 80% avec rendement 50%) (p. 368 s.).
- C.2 Consultée par l'intimé, la Dresse L. \_\_\_\_\_, médecin SMR, considère dite expertise comme convaincante. Elle lui reconnaît une pleine valeur probante (p. 455).

D.

D.1 Suite au courrier du 6 octobre 2023 de la recourante faisant état d'une aggravation de son état de santé et faisant part des dernières investigations médicales réalisées (p. 473), l'intimé a procédé à un complément d'instruction. Il a requis des renseignements médicaux supplémentaires auprès des différents intervenants (not. p. 480, 498, 503).

D.2 La Dresse L. \_\_\_\_\_, médecin SMR, sur la base des divers compléments médicaux portés au dossier, retient que les conclusions retenues dans l'expertise pluridisciplinaire restent valables. Les nouveaux documents médicaux portés au dossier décrivent un état de santé stationnaire, sans nouvel élément médical (p. 548-549).

E. Une enquête économique sur le ménage (ci-après : enquête ménagère) a été mise en œuvre par l'intimé (p. 551 et 557). Dans son rapport du 5 juin 2024, l'enquêtrice, sur la base d'un statut mixte arrondi à 62.5%/37.5%, (activité lucrative/ménage) a retenu les pondérations suivantes pour les différentes activités ménagères : 39% pour l'alimentation, 23% pour l'entretien du logement, 10% pour les achats, 18% pour la lessive et l'entretien des vêtements et 10% pour les soins du jardin et de l'extérieur de la maison et des animaux domestiques. Elle a détaillé les divers empêchements rencontrés par la recourante dans ses activités ménagères ainsi que les activités pour lesquelles elle bénéficie de l'aide de son conjoint ou de ses parents. L'enquêtrice n'a retenu aucun taux d'empêchement dans l'activité ménagère, ceci en tenant compte de l'obligation de réduire le dommage (p. 561 ss).

F.

F.1 Après avoir procédé au calcul de la perte économique (p. 584 ss), l'intimé a informé la recourante, par projet de décision du 23 juillet 2024 (p. 592 ss), de son intention de lui octroyer un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2021, un degré d'invalidité global pondéré de 43% ayant été retenu par l'OAI (p. 678).

F.2 La recourante a exercé son droit d'être entendue le 10 septembre 2024 (p. 624 ss). Elle conteste le taux d'incapacité de travail retenu par les experts dans l'activité lucrative, estimant que son incapacité de travail est totale, quelle que soit l'activité exercée. Pour ce faire, elle invoque qu'une incapacité totale de travail a été établie par les médecins la suivant régulièrement, à savoir le Dr B. \_\_\_\_\_, le Service neurochirurgie et l'Hôpital universitaire de U2. \_\_\_\_\_ ainsi que le Dr D. \_\_\_\_\_. L'expertise pluridisciplinaire s'écarte, selon elle, sans explication correspondante des différents diagnostics médicaux versés au dossier, est contradictoire avec ceux-ci et est incomplète dans la mesure où les réponses aux questions dans l'expertise sont ciblées sur la capacité de travail mais ne se prononcent pas sur les problèmes de santé relevés par les différents spécialistes. Enfin, le taux d'incapacité dans l'activité ménagère doit, lui également, être réévalué, la recourante estimant qu'elle est dans l'incapacité de réaliser ses travaux habituels, l'aide apportée par ses parents dans le calcul du degré d'invalidité dans l'activité de ménagère ne devant pas être prise en compte.

La prise de position a été documentée par un avis du Dr D. \_\_\_\_\_ (p. 626 ss) et un rapport médical du Dr B. \_\_\_\_\_ (p. 629).

F.3 Dans son avis médical du 4 novembre 2024 (p. 642 ss), la Dresse L. \_\_\_\_\_, médecin SMR, s'est prononcée sur les griefs soulevés par la recourante. En définitive, elle retient qu'aucun diagnostic ou élément nouveau pourrait remettre en question les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire ni modifier les conclusions des précédents rapports et avis SMR.

F.4 Par décision du 9 janvier 2025, l'intimé a confirmé l'octroi d'un quart de rente d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 43% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2021 (p. 680 ss).

G. La recourante a interjeté recours le 10 février 2025 contre cette décision. Elle conclut à son annulation et à l'octroi d'une rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2021, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens. Elle requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Elle considère que l'expertise pluridisciplinaire du H. \_\_\_\_\_, sur laquelle s'est fondé l'intimé, n'est pas probante au motif qu'elle est contredite par les autres pièces médicales figurant au dossier, ne tient pas compte de la problématique de santé dans son ensemble et comporte des incohérences et contradictions avec son état de santé, respectivement avec sa capacité de travail. En outre, l'appréciation est partielle dans la mesure où l'expertise comprend des jugements de valeur. Le taux d'incapacité de travail est total depuis le 13 octobre 2020. Enfin, la recourante conteste la méthode mixte d'évaluation, quoi qu'il en soit, l'aide de ses parents ne saurait être prise en considération.

H. Dans son mémoire de réponse du 3 avril 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, à la confirmation de la décision attaquée et à la mise des frais judiciaires à la charge de la recourante, sans allocation de dépens. Il retient, sur la base des déclarations de la recourante, que sans l'atteinte à la santé survenue en 2020, elle aurait poursuivi son activité d'opératrice à un taux de 62%. En outre, il considère que les griefs invoqués par la recourante à l'encontre de l'expertise H. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de la remettre en cause, en particulier les éléments apportés par le Dr D. \_\_\_\_\_ et de la Dresse C. \_\_\_\_\_. Les experts ont procédé, en toute connaissance de cause, à une évaluation convaincante en indiquant les diagnostics retenus et leur répercussion sur la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles. Enfin, s'agissant de la valeur probante de l'enquête ménagère, il estime que la recourante n'a apporté aucun élément objectif susceptible de la remettre en cause.

I. Le 30 mai 2025, la recourante a maintenu ses conclusions, tout en produisant un bordereau complémentaire de pièces justificatives (en particulier concernant sa situation financière), l'intimé faisant de même le 13 juin 2025.

J. Il sera revenu ci-après, dans la mesure utile, sur les autres éléments du dossier.

**En droit :**

1. Interjeté dans les formes (art. 61 let. b LPGA) et délai légaux (art. 60 LPGA), auprès de l'autorité compétente (art. 69 al. 1 let. a LAI ; art. 169 let. a Cpa), par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir (art. 59 LPGA), le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.
2. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA, notamment, ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (à cet égard, cf. not. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et réf. cit.), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur au 31 décembre 2021, dans la mesure où, bien que la décision administrative litigieuse ait été rendue postérieurement à cette date, tant la survenance de l'invalidité que le début d'un éventuel droit à la rente sont antérieurs à cette date (Circulaire de l'OFAS relative aux dispositions transitoires concernant le système des rentes linéaire, état au 1<sup>er</sup> janvier 2022, N 1007 et 1009 ; TF 8C\_119/2023 du 15 juin 2023 consid. 2.1). Les dispositions visées seront citées ci-après, sauf mention contraire, dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021.
- 3.
- 3.1 Selon une jurisprudence constante, le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits qui sont survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et réf. cit. ; 121 V 362 consid. 1b ; 117 V 293 consid. 4). Le tribunal doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (TF 8C\_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3 et réf. cit. ; 9C\_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).
- 3.2 Au cas particulier, la recourante a joint à son recours 3 pièces justificatives, toutes postérieures à la décision attaquée (PJ 3 à 5), étant précisé que seul le certificat médical du 31 janvier 2025 de la Dresse C.\_\_\_\_\_ (PJ 5) apporte un élément factuel postérieur à la décision (décompensation du diabète), lequel ne peut être pris en compte que dans la mesure où il aurait trait à la situation antérieure. Tel n'est pas le cas puisque l'épisode de décompensation du diabète présenté dans le rapport médical est survenu en date du 13 janvier 2025, soit postérieurement à la décision attaquée. Quoi qu'il en soit, l'instabilité du diabète de la recourante a été prise en

considération, en particulier lors de l'expertise pluridisciplinaire dans le volet endocrinologie/diabétologie (p. 377).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité en lieu et place d'un quart de rente d'invalidité accordé par l'intimé. Sont litigieuses, en particulier, la méthode d'évaluation de l'invalidité, la valeur probante du rapport d'expertise du H. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2023 ainsi que l'enquête ménagère du 5 juin 2024.
5. Dans un premier grief qu'il convient d'examiner en premier lieu (cf. infra. 5.3.2), la recourante conteste l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Elle allègue que, si son fils n'était pas tombé malade et qu'elle n'avait pas rencontré ses soucis de santé, elle aurait repris une activité lucrative à un taux de 100%.
  - 5.1 À teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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. La LAI ne contenant aucune disposition qui définit l'invalidité, la LPGA est également applicable (art. 1 al. 1 LAI).
  - 5.2 Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).
  - 5.3
    - 5.3.1 Pour évaluer le taux d'invalidité chez les assurés actifs, 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 ; il s'agit de la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a LAI et 16 LPGA ; cf. ATF 139 V 592 consid. 2.2 ; 137 V 334 consid. 3.1.1 ; cf. également TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2).
    - 5.3.2 Lorsque les assurés n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le

degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation (art. 28 al. 3 LAI et 27<sup>bis</sup> RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 ; 131 V 51 consid. 5.1.2).

5.3.3 Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En d'autres termes, pour faire le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation, il ne s'agit pas de savoir si l'exercice de telle ou telle activité serait raisonnablement exigible, mais bien de déterminer quelle activité l'assuré exercerait et à quel taux, dans des circonstances semblables, en l'absence d'atteinte à la santé (VALTERIO, *Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance invalidité*, 2018, N 6 ad art. 28a ; TF 9C\_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2 et réf. cit. ; TF 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées).

6.

6.1 Au cas d'espèce, l'intimé considère que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait continué d'exercer son activité lucrative habituelle à un taux de 62.5%. Pour parvenir à une telle conclusion, l'intimé s'est notamment fondé sur les déclarations de la recourante dans le cadre du questionnaire « servant à déterminer le statut d'assurée » rempli par la recourante le 30 avril 2021 (p. 56 ss), dans lequel elle indiquait que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 62.5%.

6.2 La recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle allègue que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps. Il ressort des pièces du dossier que la recourante a, dès son entrée en fonction en 1996 chez M. \_\_\_\_\_ SA, et alors qu'elle était déjà maman de deux enfants en bas âge (nés en 1991 et 1994), travaillé à un taux d'occupation de 62.5% que ce soit lors de sa prise de fonction jusqu'à la naissance de son troisième enfant en 2000 ou après ses problèmes de santé (notamment diabète dès 2009 ; p. 18, 27, 562). S'il ressort de l'extrait de compte individuel de la recourante que, dès son entrée en fonction, elle aurait travaillé à un taux vraisemblablement plus élevé (p. 23 ; en 1997, par exemple : CHF 30'826.-), il est dans tous les cas établi et non contesté que la recourante n'a pas augmenté son taux pour s'occuper de son fils malade, né en 2000.

Selon les propres affirmations de la recourante lors du questionnaire « servant à déterminer le statut de l'assurée » et lors de l'enquête ménagère, elle travaillait depuis 1996 à un taux de 62% lorsque ses enfants étaient petits et elle a maintenu ce taux pour continuer à s'occuper de son enfant malade. Elle a précisé qu'elle n'avait pas fait de recherches d'emploi (p. 56, 562).

Aussi, au moment où la décision attaquée a été rendue, il semble que le fils de la recourante, à qui l'on avait diagnostiqué une leucémie en 2009 (p. 375), était alors encore en rémission et souffrait d'une neuropathie sévère l'obligeant à se déplacer avec un déambulateur ou en chaise (p. 375). Dès lors, la recourante n'aurait de toute évidence pas entamé des recherches d'emploi pour augmenter son taux d'occupation au vu de la situation de santé de son fils. Par ailleurs, la recourante n'apporte aucun élément permettant de retenir qu'elle aurait augmenté son taux d'activité.

On rappellera qu'en droit des assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, il convient d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (déclarations dites de la « première heure », ATF 143 V 168 consid. 5.2.2, ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 9C\_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 4.3). En l'occurrence, il est pertinent d'observer que ce n'est qu'au moment du recours que la recourante a mentionné qu'elle aurait voulu travailler à temps complet. L'intéressée ne connaissait alors sans doute pas les implications que cela pourrait avoir sur sa demande de prestations auprès de l'intimé. Cet élément, qui n'est pas déterminant à lui seul, peut être pris en considération à titre d'indice supplémentaire dans l'appréciation du taux d'occupation.

Dès lors, compte tenu de la situation globale de la recourante, il sied d'admettre qu'au regard de l'expérience générale de la vie, dans des circonstances semblables et sans atteinte à la santé, celle-ci n'aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas exercé d'activité lucrative à 100%, mais aurait continué son activité habituelle à un taux de 62.5%.

- 6.3 Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, la recourante exercerait, selon toute vraisemblance, une activité lucrative à un taux de 62.5%.
- 7. Dans un second grief, en lien avec l'activité lucrative, la recourante conteste l'évaluation de sa capacité de travail effectuée par l'intimé, lequel a retenu un taux de 43% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur la base du rapport d'expertise du 31 mai 2023.
  - 7.1 Lorsque les assurés n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. Il s'agit ainsi de comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide à 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 équilibré du travail (art. 28a LAI et 16 LPGA ; cf. consid. 5.3.1 et 5.3.2).

Il découle de la notion d'invalidité ainsi définie que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, mais ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité ou une perte de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée, qui sont déterminantes. Les atteintes à la santé qui n'ont pas au moins cette conséquence n'aboutissent pas à une invalidité au sens de l'AI ; si elles ont un caractère passager, elles sont éventuellement du ressort de l'assurance-accidents ou de l'assurance-maladie ou bien il s'agit là d'un risque que chacun est censé supporter lui-même. Le taux d'invalidité étant ainsi une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle tel que le déterminent les médecins. Ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe en définitive d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

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

- 7.2 L'invalidité, au sens des art. 7 et 8 LPGA, suppose la réalisation de trois conditions : une atteinte à la santé physique ou mentale, une diminution des possibilités de gain présumée permanente ou de longue durée, ainsi qu'un rapport de causalité adéquate entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain.

S'agissant de la diminution de la capacité de gain, la jurisprudence a considéré que l'incapacité de gain équivaut, après avoir épuisé tous les efforts et possibilités de réadaptation, à l'impossibilité permanente ou de longue durée de gagner sa vie sur l'ensemble du marché du travail, à cause d'une atteinte à la santé. En d'autres termes, pour savoir s'il y a incapacité de gain, il ne s'agit pas de rechercher uniquement si l'assuré peut ou non exercer l'activité qui était la sienne avant la survenance de l'atteinte à la santé, mais il faut encore déterminer si ses forces physiques le mettent ou ne le mettent pas en état de profiter des possibilités de gain qui lui seraient offertes sur l'ensemble du marché de travail. En tous les cas, l'assuré est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité, en tirant parti de sa capacité de gain résiduelle (ATF 123 V 96 consid. 4c ; 113 V 28 consid. 4c).

- 7.3 La rente de l'assurance-invalidité visant la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 2 LAI), son octroi présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40 % au moins (ATF 137 V 334 consid. 5.5.3). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution

de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et réf. cit.).

8.

8.1 Pour pouvoir déterminer le taux d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.1).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est décisif de se demander si ce rapport est suffisant pour trancher le litige, s'il repose sur des examens complets du patient, s'il tient compte des douleurs dont celui-ci se plaint, s'il a été établi en connaissance des actes antérieurs (anamnèse), s'il est clair dans l'évaluation des relations médicales et du statut médical et si les conclusions de l'expert sont fondées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et réf. cit. ; TF 8C\_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.1).

8.2 En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 143 V 105 consid. 2.4 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

8.3 Le principe de l'instruction d'office ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « seconde opinion » sur les faits déjà établis par une expertise. Lorsque le juge examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique. La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions

différentes ; il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2). Dans cette hypothèse, 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 ; TFA I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1), 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, compte tenu de la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient. Toutefois, ce motif seul ne suffit pas pour écarter purement et simplement l'avis de médecins traitants (dans ce sens, cf. not. TF 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent 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 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b).

- 8.4 Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 151 V 280 consid. 3.3.1, 125 V 193 consid. 2 ; 121 V 47 consid. 2a).

Selon la maxime inquisitoire qui régit la procédure devant le tribunal cantonal des assurances - de même que la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA) - dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties. Celui-ci comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 146 V 240 consid. 8.3.2, 125 V 193 consid. 2 et réf. cit. ; cf. également ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; TF 9C\_476/2021 du 30 juin 2022 consid. 5.2.1).

- 8.5 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 ; cf. ATF 144 V 361 consid. 6.5, 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1 et réf. cit.).

En revanche, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). C'est le lieu de rappeler ici, d'une part, que le rôle d'un expert consiste à apporter un regard neutre, moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) et, d'autre part, que l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées, mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

- 8.6 Dans le cas particulier, la recourante conteste pour l'essentiel l'expertise du H. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2023 et fait valoir l'appréciation divergente de ses médecins traitants. Elle indique que l'expertise est également contredite par les autres pièces médicales du dossier, ne tient pas compte de sa problématique de santé dans son ensemble et contient des incohérences et contradictions avec son état de santé. L'expertise est entachée de nombreux jugements de valeur qui lui dénie son caractère partial. Elle relève que la capacité de travail de 64% dans une activité adaptée retenue par les experts dans le volet psychiatrique ne tient pas et est illusoire.

Pour rendre sa décision, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du H. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2023 à laquelle il accorde une pleine valeur probante. Il considère que les faits médicaux dont se prévaut la recourante ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts.

## 8.7

- 8.7.1 En l'occurrence, quoi qu'en dise la recourante, il convient d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise du H. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2023. Celle-ci remplit tous les critères jurisprudentiels en la matière, les experts ayant décrit précisément l'anamnèse personnelle et médicale de la recourante, en faisant état de ses plaintes, résultats des examens cliniques, en posant un diagnostic clair et motivé dans leur appréciation du cas, puis en précisant l'influence des troubles retenus sur la capacité de travail de la recourante (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Contrairement à ce que paraît alléguer la recourante, les experts disposaient des rapports médicaux des médecins traitants dont elle se prévaut (cf. annexe 6 de l'expertise, p. 419-429). Ils ont décrit la teneur de ces rapports avant de motiver leurs propres conclusions consensuelles. Les experts ont par ailleurs pris en compte les plaintes décrites par la recourante et ont également fondé leurs conclusions à la suite de leurs propres constatations faites lors de leurs consultations spécialisées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts dûment motivées. C'est ainsi sur la base d'un examen complet et fouillé du dossier médical de la recourante que les experts justifient et expliquent leurs diagnostics, leur appréciation du cas et leurs conclusions.

S'agissant plus particulièrement de la force probante de l'expertise psychiatrique sous l'angle matériel, contrairement à ce qu'invoque la recourante, l'analyse expose et tient globalement compte de son état de santé (cf. p. 402). En outre, l'experte a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée, activité qui comprend de nombreux temps de pauses, qui ne nécessite pas de prise de décisions et qui se ferait seule en évitant le contact avec d'autres personnes (p. 410). Il n'incombe pas à l'administration, respectivement au juge, de désigner le poste ou la fonction qui pourrait correspondre aux limitations présentées par la recourante. Il s'agit uniquement de savoir si, compte tenu de son état de santé, l'assuré est à même d'exercer une activité déterminée sans que l'on ait à rechercher s'il va effectivement trouver un employeur disposé à lui confier ce travail (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, N 2112). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_340/2015 du 1<sup>er</sup> septembre 2015 consid. 4.4). Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail ne la connaît pratiquement pas ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 148 V 174 consid. 9.1 ; VALTERIO, op. cit. N 2114). Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvre le secteur de l'horlogerie, la Cour de céans convient qu'un certain nombre d'entre elles sont compatibles avec l'aménagement de pauses, l'absence de prise de décisions et une éviction sociale (p.ex. travail à domicile), de sorte qu'elles peuvent être exercées de manière adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. La Cour de céans relève également que même si la recourante ne dispose pas d'une formation certifiée, dès son arrivée en Suisse en 1990, elle a été à même de trouver du travail, tout d'abord dans un restaurant puis chez M. \_\_\_\_\_ SA où elle a occupé une poste depuis 1996 dans le domaine de la finition et du montage (p. 76), de sorte qu'elle pourra également de toute évidence faire valoir son expérience acquise, depuis 1990, sur le marché du travail.

- 8.7.2 C'est également en vain que la recourante reproche à l'expert J.\_\_\_\_\_ d'avoir porté un jugement de valeur en déclarant que « A.\_\_\_\_\_ a certainement des capacités, puisqu'elle a été capable de s'adapter à un nouveau pays et de trouver après quelques années une activité qu'elle a exercée pendant plus de 20 ans, tout en réduisant son taux de travail à 60%, dans la même entreprise » (p. 377). Dite déclaration a été faite dans le contexte de l'appréciation des capacités de la recourante, de ses ressources et de ses difficultés. Il ne s'agit en aucun cas d'un jugement de valeur porté sans contexte.

La recourante met encore en doute l'analyse de l'expert neurologue. Avant de conclure que « d'un point de vue neurologique, formellement, il n'y a pas de limitation à exercer l'activité d'horlogère relativement à l'épilepsie ou à la survenue occasionnelle d'épisodes migraineux », il a déclaré : « il me paraît bien difficile sur la base du présent examen de savoir si les troubles visuels, la gêne ressentie est à même de diminuer sa capacité à travailler dans l'horlogerie. Le rendement pourrait être altéré par la fatigue, dont la cause est probablement multiple » (p. 48ss de l'expertise, p. 416ss). Or la recourante omet de mentionner la suite de la phrase de l'expert neurologue : « ... médicamenteuse pour le Trileptal, mais d'ordre psychologique, cet aspect devant être analysé par mes confrères psychiatre et neuropsychologue » (cf. p. 409 et 395 ss). Il ressort finalement de l'évaluation consensuelle des experts que « la capacité de travail est de 70% (100% avec baisse de rendement de 30%) depuis octobre 2020, date du diagnostic du méningiome, et finalement de 40% (taux 80% avec rendement 50%) (p. 369).

- 8.8 Au vu de ces éléments, il apparaît que les experts parviennent à des résultats convaincants, cohérents et fondés sur des constats médicalement objectivables, de sorte qu'aucun reproche ne saurait être formulé à l'égard de la réalisation de l'expertise et des constatations et conclusions des experts, qui ont exécuté leur mandat avec sérieux et professionnalisme.

9. Il reste à examiner si les éléments mentionnés dans les rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2024 et de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2025 sont susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts. Tel n'est pas le cas.

S'agissant du rapport du 20 septembre 2024 du Dr D.\_\_\_\_\_ relatif à l'aspect diabétologique dont se prévaut la recourante (p. 626 ss), il convient de relever que le Dr D.\_\_\_\_\_ n'est pas spécialiste en diabétologie, mais en psychiatrie et en psychothérapie. Il n'a d'ailleurs posé, dans ses différents rapports médicaux, aucun diagnostic diabétologique. Son appréciation ne saurait dès lors remettre en cause les constatations et conclusions de l'expert J.\_\_\_\_\_, spécialiste en diabétologie. Dans tous les cas, le Dr J.\_\_\_\_\_ a conclu que le diabète de la recourante est instable et que les causes sont multifactorielles (p. 377), tout comme le Dr D.\_\_\_\_\_.

Quant au rapport de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2025 produit par la recourante, comme exposé au consid. 3.2, il est rappelé que ce dernier est tardif et

ne saurait être pris en considération pour remettre en cause l'expertise du H.\_\_\_\_\_. Quoiqu'il en soit, concernant l'instabilité du diabète de la recourante, laquelle est antérieure à la décision contestée, ce rapport indique uniquement une décompensation du diabète à un taux de 9.8 %. Il n'apporte pas d'éléments nouveaux permettant de remettre en cause la décision attaquée. Au contraire, il confirme l'évaluation médicale faite par le Dr J.\_\_\_\_\_ selon laquelle « *concernant le diabète, il reste instable avec des glycémies qui sont presque systématiquement trop élevées et une hémoglobine glyquée supérieure à 8%. Le mauvais équilibre de ce diabète est également multifactoriel, lié à l'inactivité, aux céphalées et vraisemblablement aussi à une mauvaise gestion à mettre en lien avec sa baisse de moral. Elle est suivie régulièrement par une diabétologue et les complications ont été correctement recherchées. Le traitement par insuline de type Basal-Bolus est adéquat* » (p. 377). Ainsi, force est de relever qu'il n'y a pas de contradiction entre le rapport de la Dresse C.\_\_\_\_\_ et celui du Dr J.\_\_\_\_\_, l'hémoglobine étant systématiquement supérieure à 8% et due à plusieurs facteurs.

10. Au vu de ce qui précède, force est d'admettre qu'il n'existe aucun élément objectivement vérifiable qui permettrait de s'écarter du rapport d'expertise du H.\_\_\_\_\_. Dans ces circonstances, il convient de lui accorder une pleine valeur probante.
11. Dans un dernier grief, la recourante conteste l'enquête ménagère. Dans la mesure où l'enquêtrice n'a retenu aucune limitation dans ses travaux habituels, la recourante considère qu'il n'est pas exigible de prendre en compte l'aide de ses parents dans l'accomplissement des tâches ménagères, au motif que ces derniers sont âgés et vivent la plupart du temps hors du domicile.
  - 11.1 Dans l'assurance-invalidité, ainsi que dans les autres assurances sociales, on applique de manière générale le principe selon lequel un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'une personne raisonnable dans la même situation, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2; 140 V 267 consid. 5.2.1; 133 V 504 consid. 4.2). 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 cellule familiale raisonnable si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance (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 (TF 8C\_748/2019 du 7 janvier 2020 consid. 6.6; 9C\_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.4). L'aide exigible de tiers ne doit cependant pas devenir excessive ou disproportionnée (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2; TF 9C\_410/2009 du 1<sup>er</sup> avril 2010 consid. 5.5).

- 11.2 En l'occurrence, il ressort de l'enquête ménagère que les proches de la recourante, qui font ménage commun avec elle, peuvent apporter une aide exigible par semaine de 26.15h, réparties à raison de 10.30h pour son mari, de 0h pour son fils et de 7.52h pour chacun de ses parents. L'enquêtrice en déduit ainsi que l'invalidité afférente à la sphère ménagère est nulle. Cette appréciation n'est pas critiquable. Il apparaît raisonnablement exigible d'attendre des membres de la famille faisant ménage commun avec la recourante qu'ils contribuent, dans la mesure estimée par l'enquêtrice, aux tâches ménagères que la recourante n'est plus en mesure d'assumer seule. Le fait que la recourante a plus de 50 ans et que ses parents lui apportent de l'aide encore à cet âge n'est pas pertinent. En effet, les parents, au même titre que le conjoint et les enfants, et en tant que membre de la famille faisant ménage commun avec la recourante, doivent, pour autant qu'il en soit exigible, apporter de l'aide à l'assurée qui doit se conformer à son obligation de réduire le dommage.

La critique de la recourante selon laquelle ses parents vivent la plupart du temps hors du domicile n'est pas pertinente en l'occurrence. D'une part, il ne s'agit pas de la plupart du temps puisqu'il s'agit seulement de 3 mois par année, selon les propres déclarations de la recourante. D'autre part, l'enquêtrice a tenu compte de ce fait puisqu'elle a réduit l'aide exigible des parents de la recourante de 25% (p. 575).

Certes, les parents de la recourante sont âgés de 70 et 76 ans. Néanmoins, le critère de l'âge n'est pas pertinent. En outre, à cet âge, ils n'exercent plus d'activité lucrative, de sorte qu'un total de 7h31 par semaine consacré aux tâches ménagères ne paraît pas disproportionné pour des personnes inactives. Par surabondance, l'on relèvera que la recourante n'allègue aucune circonstance, en particulier un état de santé fragile de ses parents, justifiant l'inexigibilité de l'aide de ses parents à l'accomplissement des tâches ménagères.

- 11.3 A vu de ce qui précède, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle allègue que l'enquête ménagère ne devrait pas prendre en considération l'aide de ses parents, dès lors que l'obligation de réduire le dommage l'impose et qu'une telle contribution n'apparaît pas disproportionnée. Il s'ensuit que l'enquête ménagère ne saurait être remise en cause pour ce motif.

Pour le surplus, il y a lieu de relever que le rapport d'enquête ménagère a été élaboré par une personne qualifiée, en connaissance de la situation locale et spatiale, l'enquêtrice s'étant rendue sur place. En outre, l'enquêtrice a tenu compte des empêchements résultant des diagnostics médicaux, ainsi que des indications de la recourante. Le rapport d'enquête ménagère, suffisamment motivé, apparaît plausible,

de sorte qu'il convient de lui accorder pleine valeur probante (cf. ATF 128 V 93 ; TF 9C\_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.1).

Le grief de la recourante doit ainsi également être rejeté sur ce point.

12. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les rapports d'expertise du H. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2023 et de l'enquête ménagère du 5 juin 2025 pour allouer un quart de rente à la recourante.

Le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé n'est, pour le surplus, pas contesté en tant que tel et peut être confirmé, à mesure qu'il est conforme aux règles applicables et aux éléments du dossier.

Ainsi, le recours doit être rejeté.

13. La recourante sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite pour la présente procédure de recours.

- 13.1 Conformément à l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite. Elle a en outre droit à l'assistance gratuite d'un défenseur dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. L'art. 61 let. f LPGA concrétise cette disposition constitutionnelle pour les procédures de recours relevant des art. 56 ss LPGA. L'assistance judiciaire comprend la dispense de verser une avance de frais ainsi que celle d'acquitter les frais de justice en fin de procédure. Elle comprend également l'assistance d'un avocat d'office si celle-ci est nécessaire. Les conditions donnant droit à l'assistance judiciaire sont fixées par le droit fédéral, mais le droit cantonal peut admettre ce droit à des conditions plus favorables (MÉTRAL, *Commentaire romand – Loi sur la partie générale des assurances sociales*, 2018, N 82 ad art. 61 LPGA). En procédure administrative jurassienne, le droit à l'assistance judiciaire est régi par l'art. 18 Cpa ; toutefois, dans la mesure où le droit cantonal ne prévoit pas d'accorder l'assistance judiciaire gratuite à des conditions moins strictes que celles prérappelées, il y a lieu de se référer aux principes posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral dans le cadre des garanties déduites de la Constitution fédérale (ATF 130 I 180 consid. 2.1).

- 13.2 La condition de l'indigence est réalisée si la personne concernée ne peut assumer les frais du procès sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 consid. 2.5.1 ; 127 I 202 consid. 3b ; TF 9C\_566/2020 du 16 juin 2021 consid. 6.2). Pour déterminer l'indigence, il y a lieu de tenir compte de la situation financière du requérant dans son ensemble, soit d'une part de ses charges et, d'autre part, de ses ressources effectives ainsi que de sa fortune, étant précisé qu'en cas de mariage, sont pris en considération les revenus et la fortune du conjoint (ATF 115 la 193 consid. 3a ; 108 la 9 consid. 3 ; 103 la 99 ; TF 9C\_566/2020 précité consid. 6.2). Il convient de prendre en considération l'ensemble de la situation

financière du requérant au moment où la demande est présentée (MÉTRAL, *op. cit.*, N 84 ad art. 61 LPGA).

- 13.3 Applicable à la procédure portant sur l'octroi ou le refus de l'assistance judiciaire, la maxime inquisitoire est limitée par le devoir de collaborer des parties ; il doit ressortir clairement des écritures de la partie requérante qu'elle entend solliciter le bénéfice de l'assistance judiciaire. Ce devoir de collaborer ressort en particulier de l'art. 60 Cpa. L'autorité saisie de la requête d'assistance judiciaire n'a pas à faire de recherches approfondies pour établir les faits ni à instruire d'office tous les moyens de preuves produits. Elle ne doit instruire la cause de manière approfondie que sur les points où des incertitudes et des imprécisions demeurent, peu importe à cet égard que celles-ci aient été mises en évidence par les parties ou qu'elle les ait elle-même constatées. Il appartient à la partie requérante de motiver sa requête et d'apporter, à cet effet, tous les moyens de preuve nécessaires et utiles. La jurisprudence ne se satisfait de la vraisemblance de l'indigence que lorsque le requérant a pris toutes les mesures qu'on pouvait raisonnablement attendre de lui pour établir sa situation économique. Lorsque la situation financière du requérant n'est pas établie, faute pour ce dernier d'avoir donné suite à la réquisition du juge de fournir toutes pièces utiles permettant d'établir sa situation financière actuelle - qu'il refuse de fournir les informations et documents concernant l'entier de sa situation, ou ne collabore pas activement, il y a lieu de rejeter sa requête d'assistance judiciaire (TF 4A\_489/2023 du 20 octobre 2023 consid. 3.1.2, 5A\_181/2019 du 27 mai 2019 consid. 3.1).

Cependant, le tribunal doit clarifier davantage les faits en cas d'incertitudes et d'imprécisions et, dans ce cas, indiquer aux requérants non assistés les informations dont il a besoin pour évaluer la demande. Dans le cas d'une partie représentée par un avocat, le tribunal n'est pas obligé de fixer un délai supplémentaire pour améliorer une demande incomplète ou imprécise ; si le demandeur représenté par un avocat ne remplit pas (suffisamment) ses obligations, la demande peut être rejetée pour allégation insuffisante des faits ou à défaut de preuve de l'indigence (TF 2C\_297/2020 du 8 mai 2020 consid. 3.3.2 et 3.3.3 et les références citées). Certaines exigences relatives aux pièces en rapport avec le dépôt de la requête peuvent s'avérer excessivement formalistes si l'indigence est évidente au vu des documents (TF 5A\_1012/2020 du 3 mars 2021 consid.3.3).

- 13.4 En l'occurrence, au regard du budget présenté par la recourante, son indigence n'est pas établie à suffisance. En effet, elle expose un revenu mensuel net de CHF 5'316.60 pour le couple et précise avoir perçu des allocations pour perte de gain (APG) pour l'année 2023 mais n'avoir plus aucun revenu à ce jour. D'une part, il ressort de la décision de taxation 2023 que le couple a réalisé un revenu net pour l'année 2023 de CHF 85'939.- (CHF 63'799.- + CHF 22'140.-). D'autre part, cette dernière ne démontre nullement n'avoir actuellement plus aucun revenu ni bénéficier de prestations de l'aide sociale. Finalement, il convient de relever que les charges alléguées par la recourante, en particulier, les « charges d'entretien maison », la « taxe immobilière », l'«assurance RC Ménage », l'«assurance RC véhicule à moteur », la « taxe plaques OVJ » ainsi que la « taxe étudiant HEG » n'ont finalement pas été produites. Dès lors,

la recourante n'a pas établi l'insuffisance de ses ressources. Il est impossible en l'état d'apprécier la situation économique de la recourante et de son époux dans son ensemble et de constater son éventuelle indigence, faute de pièces suffisantes à l'appui de la demande d'assistance judiciaire. La requête doit dès lors être rejetée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si les autres conditions sont remplies.

14. Les frais de la procédure doivent être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 219 al. 1 Cpa). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGa).

**PAR CES MOTIFS, LA COUR DES ASSURANCES ARRÊTE :**

1. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 9 janvier 2025 est confirmée.
2. La requête d'assistance judiciaire est rejetée.
3. Les frais judiciaires sont mis, par CHF 700.-, à la charge de la recourante.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les parties sont informées des voie et délai de recours, selon avis ci-après.
6. Le présent arrêt est notifié :
  - à la recourante, par son mandataire, Me Nicolas Steullet, avocat à 2800 Delémont ;
  - à l'intimé, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, rue Bel-Air 3, 2350 Saignelégier ;
  - à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne ;

Porrentruy, le 5 mars 2026

**AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES**

**La présidente :**

**La greffière e.o. :**

Carine Guenat

Océane Migliore

**Communication concernant les moyens de recours :**

*Il vous est loisible de déposer un **recours en matière de droit public** auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement, conformément aux dispositions de la LTF, en particulier aux art. 42, 82 ss et 90 ss LTF, dans un délai de **30 jours** à partir de la date où ce jugement vous a été notifié (art. 100 LTF). Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 47 al. 1 LTF).*

*Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne.*

*Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Il doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF).*

*Le recours ne peut critiquer les constatations de fait que si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF). Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 LTF).*

*Les décisions préjudicielles ou incidentes sont susceptibles de recours aux conditions des art. 92 et 93 LTF.*

*Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire. Il en va de même du jugement attaqué (art. 42 al. 3 LTF).*

*Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral, soit, à l'attention de ce dernier, à la Poste **Suisse** ou à une représentation diplomatique ou consulaire **suisse** (art. 48 al. 1 LTF).*