

GE_GERICHTE ATAS/423/2020 vom 27. Mai 2020

GE Cour de justice, 2020-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_423_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/423/2020 du 27 mai 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/423/2020 del 27 maggio 2020

Erwägungen

E. 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.

E. 2

a. 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). b. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il y a lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1er janvier 2018

A/438/2019 - 18/33 - (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1er décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, et, après le 1er janvier 2018 en fonction des modifications susmentionnées (cf. ATAS/435/2019 du 13 mai 2019 consid. 10).

E. 3

Le délai de recours est de trente 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière.

E. 5

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

E. 6

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

E. 7

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. 28a al. 1 LAI).

A/438/2019 - 19/33 - Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

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

atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic 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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). Dans ce cadre, il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont

A/438/2019 - 20/33 - notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a; ATAS/856/2019 du

E. 12

septembre 2019 consid. 6). 9. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

A/438/2019 - 21/33 - ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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

A/438/2019 - 22/33 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 11. a. En l'occurrence, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 octobre 2015 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il comprend le résumé du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques somatique et psychiatrique, ainsi qu'une discussion consensuelle du cas. Les conclusions des experts quant aux diagnostics et à la capacité de travail de la recourante sont motivées, et convaincantes. b. Les experts ont posé des diagnostics psychiatriques. Il convient donc d'examiner leur caractère invalidant à l'aune des indicateurs jurisprudentiels. S'agissant de l'« expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes », l'expert psychiatre et le psychiatre traitant s'accordent pour dire que la recourante souffre, avec incidence sur sa capacité de travail, d'un trouble dépressif récurrent, dont l'intensité varie au cours du temps, ainsi que d'un trouble mixte de la personnalité, avec des composantes émotionnellement labiles et des traits schizotypiques. L'expert psychiatre a du reste motivé de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il a retenu ces diagnostics et exclu d'autres (troubles somatoformes, schizophrénie). S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante consulte ses médecins traitants, y compris son psychiatre traitant, et prend des médicaments pour ses douleurs somatiques mais pas pour ses troubles psychiques (cf. rapport d'expertise, p. 408 et 416 du dossier AI). Les experts n'ont pas relevé que celle-ci était confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. S'agissant de la « comorbidité », la recourante présente également des troubles somatiques concomitants au niveau du dos et des épaules qui entraînent des limitations fonctionnelles. Il faut toutefois encore examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assurée de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Or, en l'occurrence, les experts ont, sur la base des imageries et de leur examen clinique, énuméré toutes les limitations fonctionnelles à mettre objectivement en lien avec les atteintes

A/438/2019 - 23/33 - somatiques constatées et conclu que celles-ci n'empêchent pas la pratique d'une activité adaptée à plein temps, avec une diminution de rendement de 15 % pour tenir compte de l'alternance des positions debout et assise dans une activité de bureau (cf. rapport d'expertise, p. 429 du dossier AI). S'agissant du complexe de « la personnalité », l'expert psychiatre a retenu à l'instar du psychiatre traitant un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue (F61.0). L'expert a, sur la

base d'un instrument de mesure des aptitudes psychiques, constaté que si certaines des capacités de la recourante étaient diminuées (planification, structuration des tâches, flexibilité, capacité d'adaptation), et d'autres moyennement diminuées (capacité de jugement et de prise de décision, endurance, capacité de s'affirmer), en revanche, l'usage des compétences spécifiques était encore possible, de même que sa capacité à évoluer au sein d'un groupe dans une certaine mesure. Le trouble de la personnalité conjugué au trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne ne diminuait pas de manière significative les ressources psychiques de la recourante ni ne renforçait son isolement social ou sa désinsertion professionnelle (p. 420 du dossier AI), étant relevé que, de l'aveu même de celle-ci, elle souhaitait travailler (p. 410). Pour ce qui est du « contexte social », la recourante maintenait des liens avec ses amis (p. 409 et 420) qu'elle voyait une fois par semaine (p. 421). L'environnement social de la recourante était donc positif. En ce qui concerne la catégorie « cohérence », l'expert psychiatre a relevé certaines discordances, car il n'a observé ni un ralentissement psychomoteur ni des troubles cognitifs, alors que la recourante alléguait que tel était le cas (p. 419). En outre, au moment de l'expertise, celle-ci était autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. Elle faisait du sport (elle marchait beaucoup; p. 408), gérait ses tâches administratives, cuisinait, sortait se promener avec ses amis, lisait, regardait la télévision et tricotait (p. 409 et 420). Son hygiène personnelle était en outre conservée (p. 420). Au vu de l'analyse des indicateurs, on doit admettre avec l'expert psychiatre que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % sur le plan psychique depuis le 2 juin 2013, date à compter de laquelle le psychiatre traitant a attesté que les affections psychiques de celle-ci influencent sa capacité de travail. L'expert a expliqué que ce taux tient compte des limitations fonctionnelles psychiques de la recourante, ainsi que des facteurs de pondération (échelles psychométriques avec des résultats élevés en cas de trouble de la personnalité, avec une composante émotionnellement labile; absence de ralentissement psychomoteur et de troubles cognitifs; p. 419-420). c. En ce qui concerne les rapports du psychiatre traitant des 28 février 2016,

E. 13

a. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré

A/438/2019 - 26/33 - exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du

E. 17

Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le

A/438/2019 - 29/33 - calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide. Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

E. 18

a. En l'espèce, le délai d'attente d'une année pour l'ouverture du droit à la rente a commencé à courir le 7 septembre 2009, date de l'incapacité de travail durable de la recourante, et est arrivé à échéance le 7 septembre 2010 (art. 28 al. 1 LAI). b/aa. En ce qui concerne le calcul de l'incapacité de gain dans la sphère professionnelle, il y a lieu de rappeler que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité à l'échéance du délai d'attente d'un an, ce qui correspond à une invalidité de 100 % (cf. ATAS/642/2015 du 31 août 2015 consid. 15c). b/bb. Pour la période du 2 novembre 2010 au 14 février 2011, la capacité de travail de la recourante était de 50 % dans toute activité. Dès lors que sa capacité résiduelle de travail était exploitable dans son activité habituelle d'employé administratif, qui est adapté à son état de santé, il est superflu de chiffrer les revenus avec et sans invalidité avec exactitude. Dans cette hypothèse, le degré d'invalidité, qui se confond en principe avec l'incapacité de travail, est, compte tenu d'un taux d'activité de 80 %, de 37,5 % ($[(80\% - 50\%) / 80\% \times 100]$). b/cc. Pour la période du 15 février 2011 au 1er juin 2013, la capacité de travail de la recourante étant totale dans toute activité, elle ne subit pas de perte de gain.

A/438/2019 - 30/33 - b/dd. Pour la période dès le 2 juin 2013, la capacité de travail de la recourante étant de 50 % dans toute activité, le degré d'invalidité est de 37,5%, comme exposé au consid. 18b/bb, jusqu'au 31 décembre 2017. Conformément à l'art. 27bis al. 3 let. a RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, dans la mesure où le revenu sans invalidité correspondant au taux d'activité de 80 % est désormais extrapolé pour un taux d'activité de 100 %, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail, soit en l'espèce 50 %. c. En ce qui concerne le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, la chambre de céans constate que l'enquête économique sur le ménage a été effectuée par une personne qualifiée au domicile de la recourante, en présence de cette dernière. L'enquêtrice a rappelé l'atteinte à la santé dont celle-ci souffre et a pris en compte ses limitations fonctionnelles dans l'évaluation des empêchements ménagers. Elle a également relaté les indications de la recourante concernant les tâches qu'elle accomplissait avant son atteinte à la santé, et celles qu'elle continue à effectuer depuis lors. Les conclusions du rapport d'enquête économique, selon lesquelles l'empêchement dans la sphère ménagère est de 36,6%, reposent donc sur un examen concret des circonstances du cas d'espèce. Par conséquent, il y a lieu de retenir que l'enquête ménagère a pleine valeur probante, ce qui n'est pas contesté par la recourante. d. Il convient à présent de procéder aux calculs du degré d'invalidité global de la recourante, compte tenu d'une part professionnelle de 80 % et d'une part consacrée aux activités ménagères de 20 %. d/aa. À l'échéance du délai d'attente d'un an le 7 septembre 2010, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 80 % ($80 \% \times 100 \%$). Il est de 7,32 % dans la sphère ménagère ($20 \% \times 36,60 \%$). Partant, le taux d'invalidité global de 87,32 % donne droit à une rente entière. d/bb. Pour la période du 2 novembre 2010 au 14 février 2011, ainsi que du 2 juin 2013 au 31 décembre 2017, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 30 % ($80 \% \times 37,50 \%$). Dans la sphère ménagère, il est de 7,32 % ($20 \% \times 36,60 \%$). Partant, un degré d'invalidité global de 37,32 %, inférieur au taux minimal de 40 % (art. 28 al. 2 LAI), ne donne pas droit à une rente d'invalidité. d/cc. Pour la période du 15 février 2011 au 1er juin 2013, compte tenu de la pleine capacité de travail de la recourante dans toute activité, il convient de retenir qu'elle ne subissait pas d'empêchement notable dans la tenue de son propre ménage pendant cette période (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/05 et I 420/05 du 24 août 2006 consid. 4.1). De toute manière, un taux d'invalidité de 0 % dans la sphère professionnelle additionné à celui de 7,32 % dans la sphère ménagère, aboutit à un degré d'invalidité global de 7,32 %, qui est inférieur au taux de 40 %. d/dd. Pour la période dès le 1er janvier 2018, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 40 % ($80 \% \times 50 \%$). Dans la sphère ménagère, il est de 7,32 % ($20 \% \times 36,60 \%$). Partant, un degré d'invalidité global de 47,32 %, arrondi A/438/2019 - 31/33 - à 47 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), donne droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI), comme retenu à juste titre par l'intimé.

E. 19

a. Reste encore à déterminer la date à compter de laquelle la rente entière doit être octroyée et supprimée. b. La rente d'invalidité ne peut être versée conformément à l'art. 29 al. 3 LAI (soit dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance), qu'à condition que l'assuré ait présenté sa demande dans le délai de six mois avant l'expiration du délai d'attente d'une année. Si l'assuré dépose sa demande à l'office AI plus de six mois après le début de son incapacité de travail (ou du délai d'attente), il s'agit d'une demande tardive, ayant pour conséquence la perte du droit à la rente pour chaque mois de retard (cf. Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité,

Commentaire thématique, 2011, n. 2187- 2190; Circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, chiffres 2025 et 2027). c. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1), étant précisé que la modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (cf. ATAS/218/2017 du 21 mars 2017 consid. 23b). d. In casu, la recourante a déposé sa demande de prestations le 5 mai 2010, soit plus de six mois après le début de son incapacité de travail durable le 7 septembre 2009. Il s'agit donc d'une demande tardive (deux mois de retard), ayant pour conséquence que sa rente entière d'invalidité ne peut lui être versée qu'à partir du 1er novembre 2010, ce jusqu'au 28 février 2011 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain dès le 2 novembre 2010).

E. 20

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du

E. 21

novembre 2018 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière du 1er novembre 2010 au 28 février 2011. La recourante, représentée, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité 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]), arrêtée en l'espèce à CHF 1'000.-.

A/438/2019 - 32/33 - Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

A/438/2019 - 33/33 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.