

GE_GERICHTE ATAS/51/2026 vom 26. Januar 2026

GE Cour de justice, 2026-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_51_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/51/2026 du 26 janvier 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/51/2026 del 26 gennaio 2026

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances

A/750/2025 - 12/35 - 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. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

E. 1.3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Posté le 4 mars 2025, le recours a été interjeté en temps utile. Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (art. 89B LPA), il est recevable,

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si le temps consacré à l'exercice d'une activité professionnelle est supérieur aux 50% retenus.

E. 3

novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références). En cas de premier octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps et en cas de révision, si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1er janvier 2022 s'appliquent. La date de la modification déterminante

est déterminée selon l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_658/2022 du 30 juin 2022 consid. 3.2 ; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance- invalidité [CIRAI], valable dès le 1er janvier 2022, ch. 9102).

A/750/2025 - 13/35 -

E. 3.1

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du

E. 3.2

L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c). Le droit à la rente prend cependant naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

E. 3.3

En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'assurée présente une capacité de travail nulle dans l'activité d'animatrice parascolaire, ce depuis le 21 août 2020, que sa capacité de travail était de 50% dès le 1er mai 2021 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et de 0% sur le marché primaire de l'emploi dès le 21 janvier 2024, soit au terme de la mesure d'orientation professionnelle qu'elle a suivie aux N_____ du 16 octobre 2023 au 21 janvier 2024. Il ressort également du dossier qu'elle a déposé sa demande de prestations le 10 juin 2021. Étant donné que l'assurée présentait toujours une incapacité de travail de 50% à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit en août 2021, son droit à la rente pourrait naître, en principe, le 1er août 2021 (art. 29 al. 3 LAI), pour autant que le taux d'invalidité soit d'au moins 40%. Toutefois, dans la mesure où le droit à la rente ne peut naître au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations, le droit de l'assurée à une rente sera soumis aux dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, vu sa naissance éventuelle en décembre 2021, soit six mois après le dépôt de la demande. Les dispositions légales et réglementaires mentionnées ci-après seront donc citées dans la teneur qui était la leur jusqu'au 31 décembre 2021 pour l'état de fait existant au moment de la naissance (éventuelle) du droit à la rente (« art. [...] aLAI »). En revanche, pour les modifications de la capacité de gain survenues après cette date, il sera fait référence au droit en vigueur depuis le 1er janvier 2022.

E. 4.1

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100%. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 ; 125 V 413 consid. 2d).

A/750/2025 - 14/35 -

E. 4.1.1

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI, 1ère phrase).

E. 4.1.2

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). Cependant l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité limitée dans le temps présuppose, en règle générale, l'existence de motifs de révision, c'est-à-dire un changement ayant une incidence sur le droit à la rente intervenu avant même que la décision de rente ne soit rendue (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 215 V 215 consid. 8.2 ; 145 V 209 consid. 5.3). Dans le cas de l'octroi rétroactif d'une rente temporaire ou échelonnée, les bases de comparaison déterminantes sont, d'une part, la date du début du droit à la rente et, d'autre part, la date de la modification du droit à la rente compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références).

E. 4.2

Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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).

E. 4.3

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

A/750/2025 - 15/35 - des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 4.4

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1 et la référence). En l'absence d'une capacité de gain résiduelle économiquement exploitable, on est en présence d'une incapacité de gain totale qui ouvre le droit à une rente d'invalidité entière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_755/2023 du 20 février 2024 consid. 5.2.2).

E. 5.1

Pour évaluer le taux d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 5.1.1

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu que celui-ci 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 28a al. 1 LAI).

E. 5.1.2

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle

A/750/2025 - 16/35 - exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

E. 5.1.3

Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2021, 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 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).

E. 5.1.4

Aux termes de l'art. 27bis al. 1 RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2022, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel 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. Selon l'art. 27bis al. 2 RAI, le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé : a. en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% ; b. en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante ; c. en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Selon l'art. 27bis al. 3 RAI, le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé :

A/750/2025 - 17/35 - a. en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité ; b. en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2, let. c, et une activité lucrative exercée à plein temps.

E. 5.2

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré,

ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

E. 5.3

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

A/750/2025 - 18/35 -

E. 5.4

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 125 V 351 consid. 3).

E. 5.5

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 5.5.1

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi

longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 5.5.2

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

A/750/2025 - 19/35 -

E. 5.5.3

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

E. 5.5.4

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n. 10 p. 39).

E. 6.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

A/750/2025 - 20/35 -

E. 6.2

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 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, lequel 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 (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 7

En l'espèce, la chambre de céans constate que les rapports des Drs L _____ et G _____ sur lesquels l'avis du 3 avril 2023 du SMR se fonde permettent de retenir que les atteintes incapacitantes de l'assurée consistent, sur le plan somatique, en une polyarthrite rhumatoïde peu active et, sur le plan psychiatrique, en une perturbation de l'activité et de l'attention, une phobie sociale et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Ces troubles sont la cause de limitations fonctionnelles en partie physiques (activités de force et au froid déconseillées), mais surtout psychiatriques, avec une difficulté d'affirmation de soi, la nécessité d'un temps d'adaptation plus long, des difficultés à effectuer plusieurs tâches en parallèle, à gérer la concentration et le stress relationnel (avec un épuisement apparaissant après 4 heures d'activité), une labilité émotionnelle (phase dépressive avec aboulie et anhédonie fréquente), une vulnérabilité au stress et une intolérance à un environnement de travail bruyant, si bien que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'animatrice parascolaire au F _____ est nulle depuis le 21 août 2020. Dans la mesure où le Dr G _____ a attesté que l'assurée était en mesure de travailler dans un environnement non bruyant à 50% dès le 1er mai 2021 (cf. rapport du 30 août 2022 de ce médecin à l'OAI), le SMR a

estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail de l'assurée était de 50% dès le 1er mai 2021. Dès lors que l'avis du 3 avril 2023 du SMR se fonde sur les appréciations motivées et non contestées des médecins traitants, il convient d'en reconnaître la valeur probante. Il en va de même du rapport final MOP du 27 mai 2024, en tant qu'il conclut que la mesure d'orientation professionnelle, supervisée par les N_____ du 16 octobre 2023 au 21 janvier 2024, n'a fait que confirmer les limitations fonctionnelles retenues par

A/750/2025 - 21/35 - le SMR et montré que celles-ci limitaient considérablement les pistes pouvant être envisagées, ce au point de rendre inexploitable la capacité de travail sur le marché primaire du travail. On relève toutefois que, dans le cadre d'un mandat confié par l'Hospice général, les N_____ avaient déjà conclu, le 3 juillet 2023, soit peu avant la fin d'un stage en entreprise effectué du 12 juin au 7 juillet 2023, que les atteintes à la santé de l'assurée sur le plan psychiatrique et somatique – qui leur étaient déjà connues à cette époque (cf. dossier AI, doc. 91, p. 421) – rendaient la capacité de travail résiduelle de 50% exploitable seulement dans un environnement bienveillant, mais non dans le « circuit économique » (dossier AI, doc. 92, p. 433). En conséquence, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes précitées entraînent une incapacité de travail durable de 100% dans l'activité d'animatrice parascolaire depuis le 21 août 2020, mais que l'intéressée a recouvré provisoirement une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles du 21 mai 2021 au 2 juillet 2023. Faute d'être exploitable, pour raisons de santé, sur le marché primaire du travail, cette capacité de travail (et de gain) est de 0%, non pas depuis le 21 janvier 2024 – comme retenu dans la décision litigieuse –, mais depuis le 3 juillet 2023.

E. 8

Il reste à examiner le statut de l'intéressée et, cela fait, son degré d'invalidité.

E. 8.1

La chambre de céans rappelle à titre liminaire que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité doit être examiné tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA ; cf. ci-dessus : consid. 5.2). Il convient néanmoins de préciser qu'on ne s'écartera de la méthode de calcul initialement appliquée qu'en présence d'une nécessité impérieuse (arrêt du Tribunal fédéral I 419/05 du 2 juin 2006 consid. 3.1 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, p. 404, n. 14), ce qui suppose qu'une modification importante soit intervenue et que celle-ci ressorte de la comparaison des faits tels qu'ils existaient au moment de la décision initiale de rente avec ceux qui prévalaient au moment de la décision litigieuse, prise à l'issue de la procédure de révision (ATF 125 V 369 consid. 2 ; arrêt du tribunal fédéral I 275/00 du 12 juin 2002 consid. 1c et 2). On ajoutera que pour une femme divorcée et invalide, on peut appliquer par analogie le droit du divorce selon lequel on peut attendre de celle qui est en bonne santé jusqu'à l'âge de 45 ans qu'elle se réintègre à plein temps dans la vie professionnelle lorsque son plus jeune enfant a atteint l'âge de 16 ans. Il ne s'agit cependant pas d'une règle absolue. L'élément déterminant n'est pas de répondre à la question de savoir dans quelle mesure elle devrait travailler du point de vue du droit du divorce, mais uniquement celui de déterminer hypothétiquement si elle travaillerait compte tenu des circonstances (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 629/05 du 16 mars 2006 consid. 4.2.2, cité in VALTERIO, op. cit., p. 403). À cet égard, les déclarations faites au

cours de la procédure d'instruction doivent de toute façon

A/750/2025 - 22/35 - être pondérées plus fortement que les déclarations ultérieures contraires, qui peuvent être influencées par des réflexions inspirées par le droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 385/06 du 26 septembre 2006 consid. 6.2.2 et les arrêts cités ; cf. également ATF 121 V 47 consid. 2a et les références). Cela étant, malgré le rôle important donné aux déclarations faites en cours d'instruction, celles-ci supposent que l'intéressé ait compris sans équivoque la question de l'assureur social à ce sujet, à défaut de quoi, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux circonstances de vie concrètes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2013 du 28 août 2013 consid. 4.3 et 4.4 ; L'évaluation tient ainsi compte de la volonté hypothétique de la personne assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs, établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2023 du 15 novembre 2023 consid. 2.3 ; 9C_403/2022 du 15 mars 2023 consid. 4.1.2 ; 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 ; Margit MOSER-SZELESS/ Jenny CASTELLA, in DUPONT/ MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand, LPGA, 2ème éd., 2025, n. 12b ad art. 16).

E. 8.2

Cela étant précisé, la chambre de céans constate que les indications que l'assurée a données le 21 avril 2023 dans le « questionnaire statut » n'apportent pas de réponse à la question de savoir si sans l'atteinte à la santé, elle aurait continué à exercer l'activité d'animatrice parascolaire au même taux (23.75%) ou à un taux différent. Les réponses données ne permettent pas non plus de savoir si elle aurait commencé une activité complémentaire ou de substitution si son atteinte à la santé ne l'avait pas empêchée durablement d'exercer son activité d'animatrice parascolaire dès le 21 août 2020.

E. 8.2.1

Il ressort en effet du questionnaire statut, tel qu'il a été complété le 21 avril 2023, que l'intéressée ne s'est pas inscrite dans le raisonnement hypothétique qui lui était demandé pour la question du statut. En effet, l'assurée a répondu « oui » à la question de savoir si elle avait « envisagé de réduire ou d'augmenter le taux de [son] activité professionnelle ». En revanche, elle n'a pas répondu à la première sous-question « si oui, merci de préciser à quel taux, depuis quand et pour quel motif » mais a seulement indiqué « à 50% dans un travail adapté à mon problème de santé ». Quant à la deuxième sous-question « Avez-vous entrepris des démarches dans [le] sens [d'une réduction/augmentation du taux de votre activité professionnelle] (recherches d'emploi, inscription à l'Office cantonal de l'emploi, etc.) ? », l'assurée y a répondu par « oui, droit de chômage épuisé et je n'ai pas réussi à trouver un travail adapté à mes problèmes de santé, formation ». Or, sachant que d'une part, l'inscription au chômage a eu lieu en mai 2021, avec un épuisement du droit aux indemnités de chômage le 12 décembre 2022 (cf. partie « en fait », points A, let. d et B, let. o) et que d'autre part, les stages effectués au taux de 50-80% en avril 2021 au Centre médical I_____ (cf. dossier AI, doc. 17, p. 149 ; doc 75, p. 368 in fine ; doc. 79, p. 374), au taux de 50% du 23 septembre

A/750/2025 - 23/35 - au 22 octobre 2021 à la clinique de O_____ (dossier AI, doc. 75, p. 365-366) et au taux de 50% du 21 mars au 22 avril 2022 (Foyer K_____) n'ont pas abouti à un engagement (cf. entre autres, dossier AI, doc. 17, p. 149 ; doc. 60, p. 254 ; doc. 73, p. 327), l'affirmation « À 50% dans un travail adapté à mon problème de santé » ne peut se

rapporter qu'aux souhaits professionnels qui étaient les siens eu égard aux problèmes de santé et de formation qu'elle connaissait toujours le 21 avril 2023, alors qu'elle effectuait un stage d'observation à 50% aux N_____ sur mandat de l'Hospice général (dossier AI, doc. 91, p. 419). Le fait que cette réponse soit hors sujet (car relative aux circonstances prévalant après l'atteinte à la santé) s'explique d'ailleurs à la lumière des faibles capacités de raisonnement logique et d'abstraction que les N_____ ont constatées chez l'assurée (dossier AI, doc. 91, p. 423), ainsi que des difficultés de celle-ci à remplir des formulaires (« Au bout d'un moment, elle ne comprend plus ce qu'elle doit faire » ; dossier AI, doc. 103, p. 454). On retrouve en outre des difficultés similaires dans les déclarations que l'assurée a faites le 23 septembre 2024 lors de l'enquête économique sur le ménage. En effet, si l'intéressée a répondu « oui » à la question « sans atteinte à la santé, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour, selon l'assur(é)e ? », elle n'a pas répondu à la question qui lui succédait : « l'activité exercée [se] serait-elle poursuivie au même taux ? ». À cet égard, l'enquêtrice a noté que « Madame n'arrive pas à se projeter sur le plan professionnel et s'imaginer en bonne santé » (cf. dossier AI, doc. 111, p. 482-483). Il résulte de ce qui précède que la décision litigieuse ne pouvait se fonder ni sur le questionnaire statut du 21 avril 2023, ni le rapport d'enquête économique sur le ménage pour reconnaître un statut mixte à parts égales à l'assurée. Dans ces conditions, il convient de s'assurer, ci-après, que les déclarations faites les 30 octobre 2024 (« plein temps ») et 4 mars 2025 (« taux entre 80% et 100% ») soient corroborées par des indices figurant au dossier et qu'elles ne soient pas le simple fruit de réflexions juridiques ultérieures au projet de décision du

E. 8.2.2

Il ressort, entre autres, des informations figurant au registre informatisé de l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM) que l'assurée est arrivée en Suisse en 1988, à l'âge de 16 ans, et que les mariages qu'elle a contractés en 1991, 1998 et 2006 se sont terminés par autant de divorces, le dernier en date remontant au 8 janvier 2013, sans pension alimentaire à la clé (dossier AI, doc. 14, p. 106). Une fille et un garçon, nés respectivement en juin 1992 et août 1998 sont issus des deux premières unions. L'assurée vivait déjà seule avant son atteinte à la santé (i.e. avant son incapacité de travail durable attestée à partir du 21 août 2020 ; dossier AI, doc. 111, p. 484). Selon les éléments anamnestiques recueillis par la Dre L_____, l'assurée a rencontré beaucoup de difficultés au cours de sa scolarité, accomplie au Portugal, en raison de ses troubles de l'attention et de l'absence d'aide de ses parents. Une fois arrivée en Suisse, plus précisément à l'issue de la période qu'elle avait passée au B_____

A/750/2025 - 24/35 - en classe d'accueil, sa mère s'était montrée peu ouverte à son projet de faire l'école de commerce et lui aurait mis la pression pour qu'elle gagnât sa vie rapidement. L'assurée avait donc renoncé à faire des études et commencé à faire du baby-sitting (dossier AI, doc. 73, p. 324). Sur le plan professionnel, les pièces versées au dossier montrent que l'activité d'aide puéricultrice/aide de crèche à l'E_____, exercée dès le 17 juillet 2002 a été réduite de 60% à 40% durant la période du 4 septembre 2003 au 4 juillet 2008, mais qu'au moment de son deuxième divorce en 2004, l'assurée était également au chômage à 40% et percevait, à ce titre, des indemnités journalières s'ajoutant au revenu provenant de son activité à 40% (JTPI/9073/2004, p. 2 ; dossier AI doc. 14, p. 14). Du 16 mars au 31 décembre 2009, l'assurée a travaillé à 100% dans un magasin P_____. À ce propos, elle a indiqué que l'activité de conseillère à la clientèle était « trop lourde physiquement » (dossier AI, doc. 13, p. 96 ; doc. 103, p. 454-455). S'en est suivie

une « période de formation » entre 2010 et 2012 selon le CV (dossier AI, doc. 26, p. 174). Les informations recueillies par les N_____ précisent à cet égard que l'assurée était au chômage de 2010 à 2011, période durant laquelle elle suivait des cours d'anglais (dossier AI, doc. 91, p. 421). À noter que les renseignements recueillis par la division réadaptation de l'OAI font mention d'un emploi de réceptionniste auprès d'une clinique dentaire en 2011, activité stoppée au bout de deux semaines « en raison [du] manque de maîtrise informatique et de l'activité particulièrement stressante » (dossier AI, doc. 102, p. 451). Arrivée au terme de ses indemnités de chômage, elle s'est lancée, en 2012, dans une formation de secrétaire médicale à D_____, avec l'aide financière de l'Hospice général (dossier AI, doc. 91, p. 421). Elle avait réussi à obtenir le certificat mais pas le diplôme (échec dans la partie concernant TARMED et l'anatomie ; dossier AI, doc. 102, p. 451). Après quoi, l'assurée a effectué, du 3 décembre 2012 au 4 janvier 2013, un stage d'évaluation à l'emploi aux N_____, dans le cadre duquel elle avait annoncé rechercher un taux d'activité de 100% (dossier AI, doc. 16, p. 146). Du 17 juin 2013 au 31 juillet 2014, elle a travaillé à 100% au sein des crèches de la direction des ressources humaines des HUG. Le certificat de travail délivré le 12 août 2014 par les HUG précise à cet égard qu'elle n'avait « malheureusement plus été en mesure d'exercer sa fonction à partir du 8 mai 2014 pour raisons de santé » (dossier AI, doc. 13, p. 92). Après la fin de son contrat aux HUG, l'assurée a connu une nouvelle période de chômage au cours de laquelle elle a exercé une activité d'employée administrative à 100% auprès de la CCGC pour une durée déterminée du 17 novembre 2014 au 16 mai 2015. Une nouvelle fois au bénéfice d'une aide financière de l'Hospice général (depuis le 1er septembre 2015), elle s'est inscrite à la Haute école de travail social (HETS) et bénéficiait, à compter du 1er mai 2016, d'un délai de cinq ans pour obtenir un CFC d'assistante sociale. Cette formation n'a toutefois pas été menée jusqu'à son terme en raison d'une interruption du processus de validation des acquis après février 2019. En marge de cette formation d'assistante sociale, l'assurée a exercé une activité d'animatrice au F_____ à 48% du 7 octobre 2016 au 27 août 2017,

A/750/2025 - 25/35 - respectivement à 23.75% du 28 août 2017 au 30 avril 2021 (avec un arrêt de travail à 100% dès le 21 août 2020 ; cf. dossier AI, doc. 13, p. 87-90 ; doc. 17, p. 149 ; doc. 112, p. 493). Selon les informations ressortant, entre autres, du CV, des renseignements de l'assistante sociale et de la division réadaptation de l'OAI, l'assurée a également effectué, en avril 2021, un stage de réceptionniste au centre médical I_____ en deux parties, l'une à 50% et l'autre à 80%, pour les raisons suivantes : en raison du bruit et de la cadence, l'activité de réceptionniste s'était avérée trop difficile, raison pour laquelle l'employeur lui avait proposé de changer d'environnement et l'avait envoyée auprès du service administratif de I_____. Ce changement ne s'était pas avéré concluant et l'assurée avait été licenciée au bout de trois semaines (dossier AI, doc. 106, p. 473 ; doc. 26, p. 174 ; doc. 17, p. 149 ; doc. 75, p. 366). Alors qu'elle était en arrêt de travail à 50% en avril 2021, sans pouvoir « travailler avec des enfants pour des raisons médicales » (dossier AI, doc. 26, p. 171), le Dr G_____ a délivré, le 30 avril 2021, un certificat de reprise attestant que la capacité de travail serait entière à partir du 1er mai 2021 (dossier AI, doc. 26, p. 170). Dès ce moment, l'assurée s'est inscrite au chômage à 80% (dossier AI, doc. 26, p. 166). Dans son courrier du 25 août 2021 à l'OAI, l'assurée a précisé que l'OCE lui avait demandé une reprise à 100%, raison pour laquelle elle avait demandé au Dr G_____ d'établir le certificat du 30 avril 2021 précité. On note par ailleurs qu'un arrêt de travail à 50% a été à nouveau délivré par ce médecin à compter du 26 août 2021 (dossier AI, doc. 26, p. 175). Bénéficiant du suivi parallèle de l'OCE et de l'Hospice général durant la période de

chômage ouverte en mai 2021, l'assurée a déclaré dans le cadre de la mesure J_____, initiée par l'Hospice général et mise en œuvre du 5 juillet 2021 au 31 janvier 2022, qu'elle recherchait « un travail qui lui garantisse un revenu de CHF 4'000.- net par mois, à 80% ». Dans son rapport du 3 février 2022, la Fondation J_____ a précisé à ce sujet « qu'une interrogation [demeurait] quant à [la] possibilité [...] de rejoindre le premier marché de l'emploi [et] qu'au vu des difficultés identifiées, il [était] souhaitable [que l'assurée] puisse réaliser un stage au sein de la Fondation K_____ comme prévu initialement » (cf. dossier AI, doc. 72, p. 320 et 322). S'agissant précisément de ce stage à 50%, qui sera finalement suivi du 21 mars au 1er juillet 2022, mais interrompu le 30 juin 2022 en raison d'un arrêt maladie à 100% du 30 juin au 15 juillet 2022 (dossier AI, doc. 56, p. 235), le rapport final, rendu le 5 juillet 2022 par la Fondation J_____ mentionne ce qui suit : « Lors de la première évaluation de stage, réalisée le 03.05.2022, les signaux semblent au vert et un poste à 80% pourrait être proposé à [l'assurée] dès le mois de septembre 2022 pour autant que son investissement se maintienne. Lors de la deuxième évaluation de stage, organisée le 21.06.2022, il ressort que [l'assurée] n'a pas eu le comportement adéquat et attendu avec les résidents en situation de handicap. [...] Après un dernier point réalisé en interne, elle indique ne pas comprendre ce que l'on attend d'elle et nous adresse un arrêt maladie de deux semaines à compter du 30.06.2022. [...] En accord avec son nouvel assistant A/750/2025 - 26/35 - social, nous mettons un terme à la mesure en date du 30.06.2022 en raison de l'arrêt maladie à 100% que nous avons reçu. La poursuite d'un suivi thérapeutique reste nécessaire et la recherche d'un emploi n'est pas la priorité car sa problématique de santé ne semble pas réglée à ce jour » (dossier AI, doc. 75, p. 361-362).

E. 8.3

Dans le cadre de l'examen global à effectuer pour répondre à la question du statut (cf. ci-dessus : consid. 5.2), les aspects suivants sont déterminants :

E. 8.3.1

Sur le plan personnel, l'assurée ne dispose d'aucune formation certifiante (de type CFC/AFP) mais de simples attestations délivrées par C_____ (formation de réceptionniste téléphoniste) et D_____ (formation de secrétaire médicale, non sanctionnée par un diplôme).

E. 8.3.2

Sur le plan familial/social, il y a lieu de prendre en considération le fait que l'assurée est divorcée depuis 2013, ne perçoit aucune pension alimentaire (dossier AI, doc. 14, p. 106) et vivait déjà seule avant la survenance de son atteinte à la santé (dossier AI, doc. 111, p. 484).

E. 8.3.3

Il convient ensuite de tenir compte de la situation économique, en ce sens que sans atteinte à la santé, l'assurée n'aurait eu d'autre choix que d'exercer une activité lucrative pour subvenir à ses besoins et, cas échéant, de compléter ses revenus par l'aide sociale, dont elle a bénéficié périodiquement, soit durant sa tentative de décrocher un diplôme de secrétaire médicale en 2012, et une nouvelle fois à partir de septembre 2015, de manière à compléter l'activité à temps partiel (48% puis 23.75%) exercée au F_____ durant la formation entreprise à la HETS en vue d'obtenir un CFC d'assistante sociale, sans succès (ci-dessus : consid. 8.2.2).

E. 8.3.4

En ce qui concerne la situation professionnelle, il sied de constater à la lumière du parcours retracé ci-dessus (consid. 8.2.2) que la recherche d'un taux d'activité d'au moins 80% s'est manifestée dès 2004 (dossier AI, doc. 14, p. 14) et s'est concrétisée par au moins trois emplois à plein temps entre 2009 et 2015 (magasin P_____ en 2009, HUG entre juin 2013 et juillet 2014, CCGC entre novembre 2014 et mai 2015), dont les deux premiers ont pris fin en raison d'une fatigue excessive pour le premier et d'un arrêt de travail dès le 8 mai 2014 pour le second. Quant au troisième, il s'agissait d'un emploi de durée déterminée qui avait pour but, selon la CCGC, de permettre à l'assurée « d'élargir ses connaissances professionnelles » (dossier AI, doc. 13, p. 91). Vu toutefois la formation de secrétaire médicale entreprise en 2012 et, après l'échec de celle-ci, la volonté affichée par l'assurée de retrouver un emploi à 100%, concrétisée par la prise d'un emploi à ce taux aux HUG en juin 2013, il y a lieu de considérer que l'absence d'activité continue à plein temps entre 2009 et 2015 s'expliquait soit pour des raisons de santé, soit pour des raisons de formation, l'assurée cherchant à améliorer son employabilité « pour devenir autonome sur le plan financier » (cf. courrier du 13 juillet 2021 de l'assistante sociale H_____ à l'OAI ; dossier A/750/2025 - 27/35 - AI, doc. 17). C'est également à la lumière de cet objectif d'autonomie financière, souligné par cette assistante sociale, qu'il y a lieu de comprendre la période 2016 à 2020, durant laquelle la recourante travaillait au F_____ (à 48% du 7 octobre 2016 au 27 août 2017 et à 23.75% dès le 28 août 2017), tout en suivant une formation d'assistante sociale – à tout le moins jusqu'en 2019 – dans le but de « pouvoir travailler dans une institution » (cf. réplique, p. 4, avant-dernier §). D'avis différent, l'OAI objecte que les modules de cette formation, accomplis par l'assurée en janvier 2018 et février 2019 ne représentaient pas une charge de travail si importante au point de justifier l'absence de recherches d'emploi entre 2017 et 2020. L'argumentation de l'OAI, qui paraît s'inscrire dans la logique d'une continuation de l'activité d'animatrice parascolaire à 23.75% sans atteinte à la santé, ne saurait toutefois être suivie pour plusieurs raisons. Il sied de relever tout d'abord qu'au vu du caractère passager de la formation à la HETS, découlant notamment du délai maximal de 5 ans pour l'obtention du CFC, la raison d'être d'un taux d'activité réduit à 23.75% aurait cessé au plus tard à l'issue de ce délai, même sans atteinte à la santé. L'OAI n'en disconvient d'ailleurs pas, puisqu'il reconnaît un statut mixte à 50% à l'assurée – non pertinent, vu la manière dont ce taux a été déterminé (cf. ci-dessus : consid. 8.2.1). En second lieu, compte tenu des aspects médicaux du cas, caractérisés notamment par une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) depuis l'enfance (cf. dossier AI, doc. 73, p. 330 et ss) et une dépression récurrente depuis 2008 (dossier AI, doc. 73, p. 325-326), on ne saurait minimiser le poids que cette formation d'assistante sociale – restée inachevée – représentait pour l'assurée. Cela est également corroboré par les difficultés scolaires durant l'enfance (trois redoublements au Portugal ; dossier AI, doc. 73, p. 339), l'échec subi dans la tentative d'obtenir un diplôme de secrétaire médicale et les faibles capacités de raisonnement logique et d'abstraction que les N_____ ont constatées chez l'assurée (dossier AI, doc. 91, p. 423). En troisième lieu, on ne saurait déduire de la non-production de recherches d'emploi relatives à la période 2017-2020 – point d'ailleurs non instruit par l'OAI jusqu'à l'envoi, le 8 novembre 2024, d'un courrier à l'assurée – que l'assurée n'aurait rien entrepris dans ce sens, notamment après l'interruption du processus de validation des acquis de sa formation en février 2019. En effet, l'assistante sociale H_____ l'a « toujours vu chercher un emploi, une formation pour devenir autonome financièrement » (dossier AI, doc. 17, p. 150). Et l'assurée de préciser qu'en novembre 2024, « en étant en incapacité de travail totale sur le premier marché de l'emploi, [elle]

n'était pas en mesure de transmettre des documents qui ne lui [avaient pas] été demandé[s] précédemment malgré le dépôt d'une demande en 2021 et dont elle n'avait pas gardé de copies » (cf. mémoire de réplique, p. 5). Enfin et surtout, on soulignera que la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse (ci-dessus : consid. 5.2).

A/750/2025 - 28/35 - À cet égard, il sied de rappeler, pour les raisons déjà évoquées, que ni le questionnaire complété le 21 avril 2023 par l'assurée, ni les déclarations que celle-ci a faites à l'enquêtrice ne sont exploitables, l'assurée ne parvenant même pas à s'imaginer en bonne santé sur question de l'enquêtrice (ci-dessus : consid. 8.2.1). On constate toutefois que malgré l'incapacité totale de travail depuis le 21 août 2020 et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le 1er mai 2021 (cf. avis du SMR du 3 avril 2023 et les certificats d'arrêt de travail du Dr G _____ attestant une capacité de travail de 50%), l'assurée n'en a pas moins déclaré, au moment de sa prise en charge par la Fondation J _____, dès le 5 juillet 2021, qu'elle recherchait un travail qui lui garantisse un revenu de CHF 4'000.- par mois à 80% (dossier AI, doc. 72, p. 320). Cette déclaration, qui est bien antérieure au projet de décision du 11 octobre 2024, ne saurait donc avoir été influencée par celui-ci. Il existe en outre des indices extérieurs montrant qu'il ne s'agissait pas de simples paroles, non suivies d'effets, mais que l'assurée a fait abstraction de son atteinte à la santé, par actes concluants, d'au moins deux façons, ce en effectuant, en avril 2021, une partie de son stage au Centre médical I _____ à 80% et, en 2022, en tentant de convaincre la Fondation K _____ de lui proposer un poste à 80% dès le mois de septembre 2022 (ci-dessus : consid. 8.2.2). À la lumière de ces éléments, le fait d'avoir signalé à l'OCE, au moment de son inscription en mai 2021, qu'elle recherchait un emploi à 80% apparaît manifestement sincère – à défaut d'être réaliste et exigible d'un point de vue médical. En atteste le certificat de reprise à 100% délivré le 30 avril 2021 par le Dr G _____, qui est en contradiction avec l'incapacité de travail de 50% (avec effet au 1er mai 2021) qu'il a retenue a posteriori dans son rapport du 30 août 2022. On rappellera enfin que le SMR se rallie à cette dernière appréciation et que son avis du 3 avril 2023 a valeur probante (cf. ci-dessus : consid. 7).

E. 8.4

En procédant à une appréciation englobant les facteurs personnels, familiaux, sociaux, économiques et professionnels (ci-dessus : consid. 8.3.1 à 8.3.4), la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, que sans son atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité salariée à 80%. 9. Conformément aux principes exposés ci-dessus (consid. 5.1.1 à 5.1.4), il convient à présent de fixer le degré d'invalidité pour la part professionnelle et les travaux habituels (ci-après : consid. 9.5). 9.1 Selon l'art. 28 al. 2 aLAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (40% au moins pour un quart de rente ; 50% au moins pour une demi-rente ; 60% au moins pour trois quarts de rente ; 70% au moins pour une rente entière). Selon l'art. 28b LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2022, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une
A/750/2025 - 29/35 - rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4). La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une

période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). 9.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). 9.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1^{er} mars

A/750/2025 - 30/35 - 2021 consid. 4.1 et les références ; cf. également 8C_537/2023 du 17 avril 2024 consid. 4.2.3 et 5.1 et les références). 9.4 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique médiane s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent

néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du

E. 11

octobre 2024.

E. 11.1

Obtenant partiellement gain de cause et étant assistée par un conseil, l'assurée a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

E. 11.2

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI) et vu l'issue du litige, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/750/2025 - 35/35 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 13

août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). 9.4.1 Depuis la 10e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir table T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir table TA1 « skill level » de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les

A/750/2025 - 31/35 - gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles

que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré – sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession – ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétence 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (cf. ATF 150 V 354 consid. 6.1). Pour les personnes assurées qui, après la survenance de l'atteinte à la santé, ne peuvent plus effectuer que des travaux légers et non exigeants sur le plan intellectuel, il convient de se baser sur le salaire mensuel brut moyen (ligne « total ») des hommes (ou des femmes) pour des activités simples et répétitives, c'est-à-dire sur le niveau de compétence 1, qui est le plus bas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 et les références ; cité in Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4e éd., 2022, n. 101 ad art. 28a LAI). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

9.4.2 Selon l'art. 26bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1bis RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Dans un arrêt de principe (ATF 150 V 410), le Tribunal fédéral a considéré que le régime de déduction sur les salaires statistiques des ESS, tel que prévu de manière exhaustive à l'art. 26bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2023), n'est pas compatible avec le droit fédéral. Le Tribunal fédéral a relevé notamment qu'il ressortait des travaux préparatoires

A/750/2025 - 32/35 - relatifs à la révision de la LAI (Développement continu de l'AI), que la jurisprudence actuelle en matière d'abattement devait être, pour l'essentiel, reprise et que la méthode d'évaluation du taux d'invalidité devait, en principe, rester inchangée (consid. 9.4.2). Or, en limitant la déduction à 10% dans le cas où les capacités fonctionnelles de la personne assurée ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins (art. 26bis al. 3 RAI), le Conseil fédéral avait choisi une autre voie (consid. 9.4.3). Par conséquent, si en raison des circonstances du cas d'espèce, le salaire statistique des ESS doit être adapté au-delà de ce que prévoit l'art. 26bis al. 3 RAI, il y a lieu recourir, en complément, à la jurisprudence appliquée jusqu'à présent par le Tribunal fédéral (consid. 10.6). Selon cette jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ;

135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss.). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Le 1er janvier 2024, la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur. Selon sa nouvelle teneur, l'art. 26bis al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible. 9.5 En l'espèce, il sied de constater que l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée uniquement au moment où sa capacité de travail n'était pas exploitable sur le marché primaire du travail, soit, selon lui, le 21 janvier 2024. Pour les raisons évoquées plus haut, cette situation était déjà donnée à compter du 3 juillet 2023 (ci-dessus : consid. 7). La deuxième critique qu'il y a lieu d'adresser à l'OAI concerne l'absence de comparaison avec la situation qui prévalait en amont. En

A/750/2025 - 33/35 - effet, cette autorité s'est abstenue d'examiner dans quelle mesure la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, qui était donnée du 1er mai 2021 au 2 juillet 2023, se répercutait sur la capacité de gain de l'assurée au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente en décembre 2021 (ci-dessus : consid. 3.3 et 4.1.2). Aussi convient-il de réparer cette omission. 9.5.1 Sachant qu'avant son atteinte à la santé en août 2020, l'assurée travaillait comme animatrice au F_____ à 23.75% et qu'à plein temps, elle aurait réalisé un salaire de CHF 78'259.- en 2020 comme en 2021 (cf. dossier AI, doc. 10, p. 68- 70), il y a lieu de présumer que sans atteinte à la santé, cette activité se serait poursuivie au-delà du 30 avril 2021 (ci-dessus : consid. 9.3). En revanche, le revenu que l'assurée a réalisé en parallèle, en avril 2021, en qualité de stagiaire auprès du Centre médical I_____ (cf. l'extrait de compte individuel ; dossier AI, doc. 79, p. 374), n'est pas pertinent, étant donné que l'assurée était déjà atteinte dans sa santé au moment de son entrée en service chez cet employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_528/2020 du 1er avril 2021 consid. 7.1 in fine). Aussi y a-t-il lieu de fixer le revenu sans invalidité à CHF 78'259.- au moment de la naissance du droit à la rente, soit en décembre 2021. Dans la mesure où l'assurée n'avait pas repris d'activité lucrative à ce moment, le revenu avec invalidité doit être déterminé sur la base de données statistiques, plus précisément la table TA1, tirage « skill level », ligne « total ». Selon cette table, une femme pouvait réaliser, en 2020, un revenu de CHF 4'276.- par mois ou CHF 51'312.- par année, ce qui correspond à CHF 53'492.76, en tenant compte de la durée normale du travail de 41.7 heures dans les entreprises en 2021 ($51'312 \times 41.7 / 40 = 53'492.76$). En indexant ce montant à l'indice suisse des salaires (ISS ; T39), on obtient CHF 53'819.40.- pour l'année 2021 ($53'492.76 \times 2'801 / 2'784 = 53'819.40$), soit CHF 26'909.70, vu l'exigibilité d'une activité adaptée à 50%. Compte tenu des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité à 50% était exigible à cette époque, il se justifie d'opérer un abattement de 20% sur le revenu avec invalidité. Cela fait, celui-ci

s'élève à CHF 21'527.76. La comparaison des revenus aboutit ainsi à une perte de gain de CH 56'731.24, soit CHF 78'259.- sous déduction de CHF 21'527.76, correspondant à un degré d'invalidité de 72% dans la sphère professionnelle $[(78'259 - 21'527.76) \times 100 / 78'259 = 72.49]$, arrondi à 72% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), réduit à 57.6%, vu la part de 80% dévolue à l'activité lucrative. Concernant les travaux habituels, il ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage – qui n'est pas contesté et n'apparaît pas contestable non plus – que les empêchements se montent à 5.1%, ce qui correspond à 1.02%, vu la part de 20% consacrée à ces travaux. En additionnant les taux d'invalidité de 57.6% et 1.02%, on obtient un degré d'invalidité de 59%, soit 58.62%, arrondi à 59%, donnant droit à une demi-rente à compter du 1er décembre 2021, conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

A/750/2025 - 34/35 - 9.5.2 Par la suite, la capacité de gain de l'assurée s'est détériorée en devenant inexploitable, le 3 juillet 2023, sur le marché primaire du travail (ci-dessus : consid. 4.4 et 7). En comparant cette situation à celle qui prévalait au moment de la naissance du droit à la rente en décembre 2021, il en ressort que le degré d'invalidité s'est modifié au point d'entraîner une perte économique de 100%. Le statut à retenir étant inchangé, il en résulte une invalidité de 80% dans la sphère professionnelle et de 1.02% dans les travaux habituels, soit un taux d'invalidité de 81%, ouvrant droit à une rente entière trois mois plus tard, soit à compter du 1er octobre 2023 (art. 88a al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 2.2 ; CIRAI, ch. 4106). 10. Le recours est donc partiellement admis et la décision du 3 février 2025 réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1er décembre 2021 au 30 septembre 2023 et à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2023. 11.

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