

## VD\_FINDINFO AI 191/18 - 52/2020 vom 17. Februar 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-02-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_191\\_18\\_-\\_52\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_191_18_-_52_2020)

FR: VD\_FINDINFO AI 191/18 - 52/2020 du 17 février 2020

IT: VD\_FINDINFO AI 191/18 - 52/2020 del 17 febbraio 2020

### Regeste

NOTIFICATION IRRÉGULIÈRE, RENTE D'INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, QUALITÉ POUR AGIR ET RECOURIR, FORCE OBLIGATOIRE{SENS GÉNÉRAL}, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, MOTIVATION DE LA DÉCISION, RÉCUSATION, EXERCICE DE PLUSIEURS FONCTIONS DANS LA MÊME AFFAIRE, STATUT DE L'ASSURÉ{ASSURANCE SOCIALE}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 29 al. 2 Cst., 28 LAI, 28a LAI, 29 al. 1 LAI, 16 LPGA, 36 LPGA, 49 al. 3 LPGA, 49 al. 4 LPGA, 73bis RAI

### Erwägungen

#### E. 17

février 2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Durussel , présidente  
Mme Dessaux et M. Piguet, juges Greffière : Mme Chaboudez \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : P. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le  
canton de Vaud , à Vevey, intimé, ainsi que D. \_\_\_\_\_ , à [...], tiers intéressée,  
représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne. \_\_\_\_\_ Art.  
28 LAI E n f a i t : A. D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en [...] et mère de deux  
enfants nés en [...] et [...], présente des malformations congénitales multiples. L'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lui a octroyé dès  
1973 différentes prestations, sous formes notamment de mesures médicales, de moyens  
auxiliaires, de frais de transport et de formation scolaire spéciale. Après avoir occupé  
différents postes, l'assurée a été engagée le 1 er octobre 2007 en qualité de [...] auprès du  
R. \_\_\_\_\_ au taux de 60 %. B. Le 8 février 2017, l'assurée a déposé une nouvelle  
demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant qu'elle présentait une  
incapacité de travail en raison d'une [...]. Au titre des atteintes à sa santé, l'assurée a  
également indiqué « [...], multiples interventions orthopédiques dont spondylodèse D12-L2,  
troubles de la vision, polyarthrose, douleurs articulaires et fatigabilité accrue ». A l'appui de  
sa demande, elle a produit des certificats de la Dre L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine  
interne et en rhumatologie, attestant une incapacité de travail de 50 % dès le 22 novembre  
2016. Le 8 février 2017 également, l'assurée a fait savoir à l'OAI que, sans atteinte à la  
santé, elle aurait travaillé à 80 % au plus tard dès février 2016, par nécessité financière et  
intérêt personnel. Elle a précisé que le salaire net de son conjoint s'élevait à 3'567 fr. 85 par  
mois. Dans un questionnaire pour l'employeur du 10 février 2017, l'OAI a indiqué que  
l'assurée travaillait en qualité de [...], à raison de 24h54 par semaine, depuis son  
engagement le 1 er octobre 2007, son horaire hebdomadaire ayant été réduit à 12h27 depuis  
le 22 novembre 2016. L'OAI a précisé que le salaire mensuel de l'assurée dès janvier 2017  
s'élevait à [...] brut, distribué treize fois l'an, et que l'intéressée était affiliée à la Caisse de  
pension P. \_\_\_\_\_ (ci-après : la P. \_\_\_\_\_ ou la recourante) pour la prévoyance

professionnelle. L'employeur a mentionné que l'assurée souhaitait depuis longtemps augmenter son taux de travail, qu'elle avait d'ailleurs effectué de nombreuses heures supplémentaires durant les dernières années, mais que son état actuel ne le lui permettait plus. Interpellée par l'OAI, la Dre L. \_\_\_\_\_ a retenu dans un rapport du 20 février 2017 les diagnostics de [...] (status après spondylodèse D12 à L2 en 1996), de polyarthrose secondaire (rachis cervical sigmoïde et troubles dégénératifs, dysbalance musculaire, arthrose de la MPC2 droite), de troubles statiques de l'arrière-pied droit douloureux (status après intervention [...] et intervention pour allongement du tendon d'Achille à droite) et de troubles statiques plantaires. La Dre L. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 50 % de son taux habituel de 60 %, dès le 22 novembre 2016, pour une durée indéterminée. Au titre des limitations fonctionnelles, la Dre L. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée devait éviter les positions prolongées, le port répétitif de charge de plus de 2 kg, le travail avec les bras surélevés et l'utilisation régulière d'une souris, précisant que l'activité habituelle pouvait être exercée à 30 % (50 % du taux contractuel de 60 %) à répartir sur la semaine. La Dre L. \_\_\_\_\_ a préconisé du repos, le port d'une collerette cervicale, de la physiothérapie ainsi qu'une adaptation ergonomique du poste de travail. Après avoir précisé qu'elle avait déjà été consultée par l'assurée de 2005 à 2012, la Dre L. \_\_\_\_\_ s'est encore exprimée en ces termes : « Depuis qu'elle a repris contact avec moi, elle se plaint de très fortes douleurs cervico-dorsales gauches avec paresthésies du membre supérieur gauche, de douleurs lombaires et de douleurs à la MCP [métacarpo-phalangienne] II à droite. Le bilan effectué par [la] Dr Y. \_\_\_\_\_ a permis d'exclure une atteinte rhumatologique inflammatoire. Malgré la physiothérapie effectuée régulièrement, les douleurs persistent. La douleur est mécanique. La patiente travaille à 60 % et est mère de deux enfants de 6 et 10 ans. La médication comprend [du] Condrosulf, ViDe-3 10 gouttes, Mydocalm mite qui l'assomme, Irfen 400 3x/jour qui soulage partiellement, moins que [le] Panadol. Prise de Citalopram 10 mg depuis longtemps. Dans l'anamnèse systématique, relevons une fatigue importante, des troubles du sommeil aussi attribués aux douleurs. La patiente est épuisée. [...] Madame D. \_\_\_\_\_ présente une problématique ancienne, status après spondylodèse. Elle a surmonté ses difficultés pendant de très nombreuses années, mais est actuellement totalement épuisée. L'arrêt de travail d'abord à 50% de son 60% a entraîné une diminution des douleurs. Elle peut se rendre à [...] deux fois par semaine. Elle a repris contact avec [le] Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-psychiatre à [...], qui a augmenté le Citalopram à

## **E. 20**

ad art. 36 LPGA). Les motifs de récusation au sens de l'art. 36 LPGA correspondent à ceux de l'art. 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable à titre subsidiaire selon l'art. 55 al. 1 LPGA. En font partie un intérêt personnel au jugement de la cause ainsi que des liens de parenté ou d'amitié avec une partie ou d'autres motifs ayant un poids analogue (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.2 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, ch. 2873 p. 786). Le droit à un procès équitable, ancré à l'art. 29 al. 1 Cst., permet notamment d'exiger la récusation des membres d'une autorité administrative dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur leur indépendance ou leur impartialité ; il tend à éviter que des circonstances extérieures à l'affaire ne puissent influencer une décision en faveur ou au détriment de la personne concernée. La récusation peut s'imposer même si une prévention effective du membre de l'autorité visée n'est pas établie, car une disposition interne de sa part ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la

prévention et fassent redouter une activité partielle. Cependant, seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions purement individuelles d'une des personnes impliquées ne sont pas décisives (ATF 137 II 431 consid. 5.2 ; 127 I 196 consid. 2b et réf. citées). b) Dans sa circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) prévoit au chiffre 4029 que si les personnes qui traitent une demande de prestations présentent un risque de partialité, comme par exemple en cas de demande déposée par un collaborateur de l'office AI lui-même, cette demande est transmise pour traitement à un autre office AI, avec l'accord de l'assuré ; en cas de doute, l'OFAS tranche (art. 36 LPGA) ; la décision est rendue par l'office AI du canton de domicile. c) Contrairement aux affirmations de l'OAI, la Cour de céans est compétente pour se prononcer sur l'existence ou non d'un motif de récusation en l'espèce. En effet, la procédure de l'art. 36 al. 2 LPGA ne s'applique que dans la mesure où la question de la récusation est soulevée avant que ne soit rendue une décision susceptible d'être attaquée par la voie judiciaire (Dupont in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], op. cit., n os 5 et 22 ad art. 36 LPGA ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3 e éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n o

## E. 22

ad art. 36 LPGA). Dans la mesure où la P.\_\_\_\_\_ n'a fait valoir un tel motif qu'au stade de son recours, il appartient à la Cour de céans de se prononcer sur cette question. d) L'OAI soutient que l'invocation de ce grief pourrait être considérée comme tardive. La P.\_\_\_\_\_ explique qu'elle n'a pu se rendre compte du motif de récusation qu'après avoir eu connaissance, courant mai 2018, que l'assurée était directement informée des courriers entre l'institution de prévoyance et l'OAI. De ce point de vue, on peut effectivement admettre que l'invocation du grief de récusation au stade du recours n'était pas tardive, étant rappelé que la décision attaquée a été rendue le 4 mai 2018. Or, dans son argumentation, la P.\_\_\_\_\_ estime également que tous les collaborateurs ainsi que la direction de l'OAI n'étaient pas habilités à traiter la demande de prestations de l'assurée pour des raisons de prévention et que celle-ci aurait dû être transmise à un autre office AI. Sous cet angle, on pourrait reprocher à la P.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir invoqué ce grief plus tôt. La recourante a en effet eu connaissance du traitement de la demande de prestations de l'assurée par l'office AI du canton de Vaud à réception du projet de décision du 16 février 2018 et aurait pu faire valoir le motif de récusation dans le délai qui lui avait alors été imparti pour se déterminer. Quoi qu'il en soit, il n'est pas nécessaire d'examiner cette question plus avant puisque, comme cela va être démontré ci-après, il n'y a pas lieu de retenir de motif de prévention dans le cas d'espèce. e) Il convient dans un premier temps d'examiner la demande de récusation en tant qu'elle vise l'OAI dans son entier. aa) Comme mentionné ci-dessus, la récusation d'une autorité en tant que telle n'est en principe pas possible. En particulier, le fait que l'autorité soit l'employeur de l'assuré ne représente en principe pas un motif de prévention. Il en va à ce sujet de même pour les autorités qui, à l'égard de leurs employés, agissent comme employeur et peuvent également être chargées d'autres tâches administratives spécifiques (TFA U 302/05 du 30 août 2006 consid. 4.4 et référence citée). Dans cet arrêt, qui concernait un assuré employé par une compagnie d'assurances qui était en même temps son assureur-accidents, le Tribunal fédéral a évoqué qu'un devoir de récusation de l'employeur pourrait exister dans des cas tout à fait extraordinaires. Il a cependant précisé que cela nécessitait d'être en présence de conditions particulières qualifiées, ce qui n'était pas le cas du seul fait que l'autorité avait également le statut d'employeur (TFA U 302/05 précité consid. 4.5). En l'occurrence, la P.\_\_\_\_\_

soutient que l'OAI aurait dû se récuser, mais sans préciser quelles circonstances particulières qualifiées permettraient de conclure à une prévention de cette autorité en tant que telle. A cet égard, la référence au chiffre 4029 CPAI ne lui est d'aucun secours. Cette directive s'appuie en effet uniquement sur la relation employeur-employé entre l'OAI et un assuré pour justifier de transmettre le traitement de la demande à un autre office AI, en cas d'accord de l'assuré. Or, selon la jurisprudence, le seul fait que l'autorité soit également l'employeur de l'assuré ne suffit pas pour pouvoir considérer que celle-ci doit se récuser.

bb) Se pose la question de savoir si un motif de récusation pourrait être retenu à l'égard de l'ensemble du personnel de l'OAI. A nouveau, le fait que D. \_\_\_\_\_ soit en même temps employée et assurée de l'OAI n'est pas un motif suffisant pour conclure à la prévention de l'ensemble du personnel de cette institution. Sur ce point également, la recourante n'explique pas pour quelles raisons une prévention de l'ensemble des collaborateurs de l'OAI devrait être retenue. On peut à ce propos relever que cette institution comporte plus de 360 collaborateurs (cf. site internet [www.aivd.ch](http://www.aivd.ch)), si bien qu'il n'est pas objectivement concevable que chacun de ceux-ci entretienne une relation d'amitié avec l'assurée propre à douter de son impartialité.

cc) Dans ses écritures, la recourante invoque par ailleurs qu'elle a eu connaissance de plusieurs cas de demandes de prestations AI déposées par des collaborateurs de l'OAI, qui avaient été transmises pour traitement à un autre office AI. L'existence de motifs de prévention devant être examinée selon les circonstances concrètes de chaque cas particulier, il n'est pas possible pour la P. \_\_\_\_\_ de tirer un quelconque argument de ces autres cas. On peut au demeurant relever que la pratique consistant pour un office AI à se dessaisir du traitement d'une demande de prestations au profit d'un autre office AI a été jugée contraire au droit, compte tenu des règles légales de compétence, auxquelles il n'est pas possible de déroger (cf. à ce sujet, parmi d'autres, TC FR 608 2017 87 du 27 juin 2017 et TA BE 200.2015.118.AI du 23 décembre 2015). Dès lors, la conclusion de la recourante tendant au renvoi du dossier à l'OAI afin qu'il transmette la demande de prestations pour traitement à un autre office AI aurait dans tous les cas dû être rejetée.

f) La P. \_\_\_\_\_ considère en outre que K. \_\_\_\_\_, directeur adjoint de l'OAI, aurait dû se récuser. Elle conclut que celui-ci est proche de l'assurée, du fait qu'il l'a directement informée du courrier envoyé par la P. \_\_\_\_\_ le 8 mai 2018. Comme le relève l'OAI dans ses déterminations des 6 août et 24 septembre 2018, il n'y avait toutefois rien d'étonnant à ce que l'assurée ait été informée de l'existence de ce courrier puisque dans le cadre de la procédure d'audition, les assurés reçoivent toujours une copie de la réponse de l'OAI aux objections de leur institution de prévoyance professionnelle. Dans la mesure où le courrier de la recourante du 8 mai 2018 portait sur le projet de décision du 16 février 2018, il est cohérent – et conforme au droit d'être entendu – que l'OAI ait fait parvenir à l'assurée une copie de la réponse qu'elle a donnée à la P. \_\_\_\_\_, d'autant plus qu'elle lui transmettait également des pièces du dossier de l'assurée. La recourante estime en outre que la rapidité de traitement du dossier ainsi que la poursuite du processus d'établissement de la décision, alors qu'elle avait demandé à consulter le dossier AI complet, sont des indices de partialité. Ainsi que cela a déjà été mentionné ci-dessus (consid. 3e), la P. \_\_\_\_\_ n'a pas réagi dans le délai qui lui avait été imparti à réception du projet de décision du 16 février 2018 et, dans sa demande de consultation du 27 mars 2018, elle n'a sollicité aucune prolongation, respectivement restitution du délai. On ne voit dès lors pas pourquoi l'OAI aurait dû retarder le processus d'établissement de la décision. Quant au traitement de la demande de l'assurée, il faut constater que cette demande a été déposée le 8 février 2017 et la (première) décision rendue le 4 mai 2018, de sorte que le traitement de la demande a

quand même pris une année et presque trois mois. Il n'apparaît pas, et la recourante ne le soutient d'ailleurs pas, que l'OAI aurait précipité le traitement de cette demande en omettant de procéder à des démarches d'instruction qui auraient pourtant été indiquées. On ne saurait dès lors conclure à de la prévention sur la base de ces éléments. De manière générale, on ne voit pas quelles circonstances permettent de conclure à une prévention de la part de M. K. \_\_\_\_\_ à l'encontre de l'assurée. S'ils travaillent pour la même institution, il faut constater qu'ils sont actifs dans deux secteurs distincts et il n'existe pas au dossier d'indice en faveur d'une relation d'amitié plutôt que de rapports professionnels. Il ressort au contraire de la teneur des courriels échangés entre l'assurée et M. K. \_\_\_\_\_ en novembre 2013, en lien avec sa demande d'adaptation du poste de travail, qu'ils ne se connaissaient pas particulièrement bien (pièces 155 et 156 du dossier AI). Le comportement de M. K. \_\_\_\_\_ dans le cadre du traitement de la demande de prestations ne démontre pas non plus de prévention de sa part. Celui-ci a en effet recueilli les rapports médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée, puis fait réaliser une enquête économique sur le ménage compte tenu de son statut d'active et ménagère ; il a ensuite transmis le dossier à une juriste qui a repris les conclusions des documents précités et calculé le taux d'invalidité, constatant que l'assurée avait droit à un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017 puis à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (cf. avis juriste du 16 février 2018). C'est sur la base de ce document que M. K. \_\_\_\_\_ a ensuite établi le projet de décision. La P. \_\_\_\_\_ estime que le dossier de l'assurée devait être soumis au SMR, [...]. On ne saurait toutefois voir un signe de partialité de la part du directeur adjoint dans le fait de ne pas avoir requis un avis médical auprès du SMR. Comme mentionné par l'OAI, la consultation du SMR est une faculté et non une obligation (art. 59 al. 2bis LAI). En l'occurrence, il faut constater que les rapports médicaux au dossier sont concordants et que la capacité de travail retenue correspond à celle effectivement exercée par l'assurée, qu'elle a progressivement augmenté jusqu'à la limite supportable (rapport médical de la Dre L. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2017). La situation était dès lors suffisamment claire pour qu'il n'apparaisse pas nécessaire de requérir l'avis du SMR. g) Au vu de ce qui précède, il faut conclure qu'il n'est pas possible de retenir de manière objective un motif de récusation à l'encontre de l'OAI, de ses collaborateurs ou de M. K. \_\_\_\_\_. 5. Il convient maintenant d'examiner les décisions attaquées d'un point de vue matériel. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. b) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2

LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201 ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], op. cit., n° 52 ad art. 16 LPGA). cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI). dd) Jusqu'au 31 décembre 2017, la méthode mixte utilisait également la méthode générale de comparaison des revenus pour la part de l'activité lucrative et la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité pour le temps consacré aux travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA. En revanche, l'invalidité totale de la personne assurée résultait de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (art. 27bis RAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017 ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2). ee) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions

soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. a) La recourante conteste la date de survenance de l'incapacité de travail partielle de l'assurée, soutenant que celle-ci était déjà présente avant son emploi auprès du SMR, voire avant son entrée dans la vie professionnelle. L'incapacité de travail est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Comme déjà mentionné (cf. consid. 3d/bb supra), il n'y a pas lieu dans le cadre du présent litige d'examiner si l'assurée a présenté une incapacité de travail antérieurement à août 2016 puisqu'un éventuel droit à la rente pouvait s'ouvrir au plus tôt en août 2017, à savoir six mois après le dépôt de sa demande de prestations en février 2017 (art. 29 al. 1 LAI). En outre, dans la mesure où les médecins de l'assurée ont attesté une incapacité de travail partielle à compter du 22 novembre 2016, l'OAI était légitimé à prendre cette date en compte pour le début de l'incapacité de travail de longue durée au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

b) La recourante conteste également l'ampleur de l'incapacité de travail retenue, notamment au motif que le dossier n'a pas été soumis au SMR. Il faut constater que la P. \_\_\_\_\_ n'avance aucun élément propre à remettre en cause la valeur probante des rapports médicaux figurant au dossier, sur lesquels l'OAI s'est fondé pour fixer la capacité de travail exigible (rapport de la Dre L. \_\_\_\_\_ du 1er novembre 2017, rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 22 novembre 2017). La capacité de travail retenue ne correspond par ailleurs pas à une capacité théorique médicalement exigible, mais a été fixée sur la base du taux d'activité que l'assurée a été en mesure de déployer dans son activité habituelle, compte tenu de son état de fatigue et de ses douleurs. Dès juin 2017, elle a progressivement augmenté son taux de présence et son médecin traitant a pu constater qu'en travaillant à 70 % (de son 60 %) en septembre et octobre 2017, l'assurée avait travaillé au-dessus de ses forces, si bien que seule une capacité de travail de 65 % de son 60 % était possible. Au vu de ce qui précède, il n'apparaissait pas nécessaire de consulter le SMR comme déjà mentionné (consid. 4f) et l'OAI était légitimé à retenir que l'assurée présente une incapacité de travail à hauteur de 60 % d'un plein temps dans son activité habituelle. Il ressort en outre du rapport d'enquête ménagère que l'assurée présente un empêchement de 20,8 % dans ses activités ménagères. C'est à juste titre que la P. \_\_\_\_\_ ne le conteste pas, faute d'intérêt juridiquement protégé, puisqu'elle n'est liée que par la partie du degré d'invalidité consacrée à l'activité lucrative (ATF 144 V 72 consid. 5.4 et références citées). On peut néanmoins relever que ce taux n'apparaît pas critiquable au vu des conclusions claires et motivées du rapport d'enquête ménagère.

c) S'agissant du statut de l'assurée, la recourante reproche à l'OAI d'avoir retenu un pourcentage pour l'activité lucrative supérieur à celui initialement indiqué par l'assurée.

aa) Les décisions de l'assurance-invalidité sur le statut d'une personne invalide (pleinement active, partiellement active, sans activité lucrative) sont contraignantes pour les institutions de prévoyance professionnelle qui ont été intégrées à la procédure AI, tant dans le domaine de la prévoyance obligatoire que de la prévoyance plus étendue (ATF 141 V 127 consid. 5.1 ; 129 V 150 consid. 2.5). Le statut de l'affilié dans l'assurance-invalidité peut en effet avoir des incidences sur le calcul d'une éventuelle surindemnisation en matière de prévoyance

professionnelle. Ou bien le revenu réalisable sans invalidité correspond à une activité à plein temps, ou bien la part de la rente de l'assurance-invalidité qui représente l'indemnisation de la perte de la capacité ménagère (ou, plus généralement, la perte de la capacité d'accomplir les travaux habituels) n'est pas prise en compte dans le calcul de la surindemnisation (ATF 142 V 75 consid. 6.3.1 ; 129 V 150 consid. 2.3 et 2.5). Il faut, en d'autres termes, procéder à une imputation des prestations de l'assurance-invalidité selon le principe de la concordance des droits ; il n'est pas déterminant, à cet égard, que le règlement de la caisse de pensions ne prévoise pas une telle imputation (ATF 129 V 150 consid. 2.2). En revanche, le statut de l'assuré ne joue pas de rôle pour l'évaluation de l'invalidité par l'institution de prévoyance puisque la prévoyance professionnelle, à la différence de l'assurance-invalidité, n'assure pas, le cas échéant, l'atteinte à la capacité d'accomplir les travaux habituels (ATF 129 V 150 consid. 2.5). Dès lors, même si l'institution de prévoyance reprend – explicitement ou par renvoi – la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité, l'évaluation opérée par les organes compétents de l'assurance-invalidité ne lie pas l'institution de prévoyance lorsque l'assuré exerce son activité lucrative à temps partiel. Dans ce cas, le degré d'invalidité fixé par l'office AI est contraignant pour la prévoyance professionnelle uniquement pour ce qui concerne la partie lucrative (ATF 144 V 72 consid. 4.2 et 5.4 ; 141 V 127 consid. 5.1 ; 120 V 106 consid. 4b).

bb) Il ressort de ce qui précède que le statut de personne active à 85 % retenu par l'OAI n'a pas d'incidence sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle devra procéder la P. \_\_\_\_\_. De même, il importe peu que l'OAI ait considéré comme vraisemblable que l'assurée aurait travaillé à 85 % et non plus à 60 % si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé (cf. à ce sujet ATF 144 V 72 consid. 5.4 ; TF 9C\_403/2015 du 23 septembre 2015 consid. 5.3 et 9C\_821/2010 du 7 avril 2011 consid. 4.2). Il faut en outre relever que dans son règlement, la P. \_\_\_\_\_ dispose de sa propre définition de l'invalidité, qui ne correspond pas à celle prévue par le droit de l'assurance-invalidité. Ainsi, selon l'art. 59 de ce règlement, est définitivement invalide l'assuré qui est durablement incapable, ensuite de maladie ou d'accident, de remplir tout ou partie de son emploi ou d'un autre emploi de substitution et dont le salaire est réduit ou supprimé à titre définitif. Or, lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 138 V 409 consid. 3.1 et références citées).

cc) La recourante ne soulève aucun argument, à l'encontre du statut retenu, en lien avec une éventuelle surindemnisation. A noter que dans son règlement, la P. \_\_\_\_\_ a prévu une disposition spécifique à l'art. 40 au sujet de la surindemnisation, laquelle se calcule par rapport au salaire maximum actuel de la classe de la fonction dans laquelle l'assuré est colloqué, y compris les allocations familiales, ce maximum étant réduit proportionnellement en cas d'invalidité partielle. Dans l'hypothèse d'une éventuelle surindemnisation, on voit cependant mal quel intérêt la P. \_\_\_\_\_ pourrait avoir à ce que l'OAI retienne pour l'assurée un statut d'active à 80 % au lieu de 85 %. En effet, avec un statut d'active à 80 %, la part de la rente de l'assurance-invalidité destinée à indemniser l'incapacité de gain – qui seule doit être prise en compte pour la surindemnisation – serait moindre, ce qui signifierait que l'obligation de prester de la recourante serait d'autant plus grande, jusqu'à hauteur du maximum prévu à l'art. 40 de son règlement. Certes, la question peut se poser de savoir si c'est à juste titre que l'OAI s'est écarté des premières déclarations de l'assurée, selon lesquelles elle aurait travaillé à 80 % en l'absence d'atteinte à la santé,

pour retenir un statut de 85 % active sur la base de l'enquête ménagère réalisée ultérieurement, sans que ce rapport ne fasse état d'une modification de la situation qui serait intervenue entre-temps. Cette question peut toutefois demeurer indécise puisque, si l'OAI avait retenu un statut d'active à 80 % et ménagère à 20 % comme le requiert la P. \_\_\_\_\_, il faut constater que cela n'aurait eu aucune influence sur le droit à la rente de l'assurée. En effet, en application de l'ancienne méthode de calcul en cas de statut mixte, si l'on compare son revenu sans invalidité pour un taux d'occupation de 80 %, soit [...] fr., avec le revenu d'invalidité de [...] fr. correspondant à une capacité de travail exigible de 40 %, on obtient un taux d'invalidité de 50 % pour la part active. Compte tenu d'un statut 80 % active et 20 % ménagère, le handicap pour la part active se monte à 40 % et celui pour la part ménagère à 4,16 % (20,8 % x 20 %), soit un degré d'invalidité de 44,16 %, donnant droit à un quart de rente. Selon la nouvelle méthode de calcul, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le degré d'invalidité pour la part active se monte à 60 % et celui pour la part ménagère à 20,8 %, de sorte que ramenés à une proportion 80 % active et 20 % ménagère, on obtient un handicap respectivement de 48 % et 4,16 %, soit un degré d'invalidité de 52,16 % donnant droit à une demi-rente d'invalidité (cf. également la feuille de calcul du 16 février 2018). d) Les motifs soulevés par la recourante n'exigent par conséquent pas de modifier, respectivement d'annuler les décisions attaquées. 7. Les éléments au dossier permettent de statuer en toute connaissance de cause, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner la production du dossier de la recourante auprès de la P. \_\_\_\_\_. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). De même, il ne se justifie pas d'intégrer la Fondation de prévoyance E. \_\_\_\_\_ à la présente procédure, pour les raisons exposées ci-dessus au consid. 3b. 8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et les décisions attaquées confirmées. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, celle-ci n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). D. \_\_\_\_\_ a requis l'allocation de dépens qui peuvent être arrêtés à 2'000 fr., ce montant correspondant à des dépens réduits compte tenu de l'irrecevabilité de ses conclusions reconventionnelles.

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