

VD_GERICHTE ZD21.038651 vom 26. September 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.038651

FR: VD_GERICHTE ZD21.038651 du 26 septembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZD21.038651 del 26 settembre 2023

Erwägungen

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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

- 15 - 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. b) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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-quart de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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 18e 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).

E. 4

a) 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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

- 16 - 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 être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. bb) On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). cc) Lorsque les tables de l'ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1_skill_level, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale. Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas

- 17 - concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et les références citées). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 pour se référer à la table T17 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 ; 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et les références citées). Depuis la dixième édition de l'ESS 2012, les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (TF 8C_444/2021 du 29 avril 2022 consid. 4.2.3 et les arrêts cités). Quatre niveaux de compétences ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau 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 tableau 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 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

- 18 - 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 (TF 8C_444/2021 précité consid. 4.2.3 et les arrêts cités). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). b) 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA). c) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de

- 19 - déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée 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 elle 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part du temps consacrée aux travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée 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 [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). d) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) 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 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). Pour les assurés travaillant dans le ménage, en particulier, il convient de tenir compte de la situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des éventuelles tâches d'éducation et de prise en charge des enfants, de l'âge, des capacités professionnelles et de la formation ainsi que des goûts et des aptitudes personnels. Les conditions déterminantes sont celles qui prévalaient jusqu'à l'adoption de la décision (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; TF 9C_630/2021 du 22 mars 2022 consid. 4). La réponse à la

- 20 - question du statut nécessite une évaluation hypothétique qui doit également tenir compte de décisions hypothétiques de la personne assurée. De par leur nature, ces éléments ne sont pas accessibles à une administration directe de la preuve et doivent en règle générale être déduits d'indices extérieurs. L'évaluation d'événements hypothétiques constitue une question de fait dans la mesure où elle repose sur l'appréciation des preuves, même si elle prend en compte des conclusions tirées de l'expérience générale de la vie. De même, les constatations concernant des faits internes ou psychiques sont des questions de fait, comme par exemple ce que quelqu'un voulait ou savait (ATF 144 I 28 consid. 2.4 ; ATF 130 IV 58 consid. 8.5 ; TF 8C_31/2007 du 25 septembre 2007 consid. 3.1). e) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6.1 et 6.2 ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1 ; 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3). Dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage, on peut exiger d'une personne qui requiert des prestations de l'assurance- invalidité qu'il prenne les mesures qu'une personne raisonnable prendrait dans la même situation si elle n'avait droit à aucune indemnisation. Pour les assurés travaillant dans le ménage, cela signifie qu'ils doivent

- 21 - développer des comportements réduisant les effets du handicap dans le domaine de l'économie domestique et qui leur permettent d'accomplir les tâches ménagères de la manière la plus complète et la plus indépendante possible. Si, en raison de son handicap, la personne assurée ne peut plus accomplir certaines tâches ménagères qu'avec difficulté et en y consacrant beaucoup plus de temps, elle doit en premier lieu répartir son travail et demander l'aide de membres de sa famille dans une mesure usuelle. Pour les personnes travaillant dans le ménage, on ne peut admettre une défaillance due à l'invalidité que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont effectuées par des tiers contre rémunération ou par des proches dont il est prouvé qu'ils subissent une perte de gain ou une charge disproportionnée. L'aide des membres de la famille à prendre en compte dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité d'une femme au foyer va donc plus loin que le soutien

auquel on peut normalement s'attendre sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid.

E. 4.2

; ATF 130 V 97 consid. 3.3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances [ci-après : TFA] I 90/02 consid. 2.3.3 ; TFA I 457/02 du 18 mai 2004 consid. 8). En cas de collaboration de membres de la famille, il faut se demander comment une communauté familiale raisonnable s'organiserait dans l'hypothèse où aucune prestation d'assurance n'entraîne en ligne de compte (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; TFA I 228/06 du 5 décembre 2006, consid. 7.1.2 ; I 467/03 du 17 novembre 2003, consid. 3.2.2). f) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 22 - g) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). Tous les moyens de preuve, donc également les rapports médicaux et les expertises, sont soumis à la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), ce qui permet depuis toujours, en cas de résultat probant, au tribunal saisi de se baser définitivement, pour son jugement, sur les rapports médicaux et les expertises obtenus dans le cadre de la procédure administrative (ATF 104 V 209 ; confirmé dans l'ATF 122 V 157). A titre de directive, il convient d'accorder une pleine force probante aux expertises de médecins spécialistes externes obtenues dans le cadre de la procédure administrative, qui établissent un rapport sur la base d'observations et d'exams approfondis ainsi qu'après avoir consulté le dossier et qui parviennent à des conclusions concluantes lors de la discussion des constatations, tant que des indices concrets ne s'opposent pas à la fiabilité de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

- 23 - h) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; 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 ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). i) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

E. 5

En l'occurrence, pour établir la situation au plan médical, l'OAI s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du 6 février 2018 réalisée à la PMU, laquelle contient des volets de médecine interne, psychiatrique, cardiologique et neurologique. Il y a lieu d'examiner d'office la valeur probante de cette expertise. On constate d'abord que les conclusions de l'expertise reposent sur un dossier médical complet et qu'une anamnèse détaillée a été établie, notamment au plan médical. L'anamnèse médicale contient en effet un descriptif circonstancié des affections de l'assurée, s'agissant de ses douleurs de l'appareil locomoteur, ainsi qu'aux plans cardiologique et psychiatrique. Les experts de chaque discipline ont par ailleurs tenu compte des plaintes de la recourante et procédé à des examens cliniques spécifiques avant de livrer leurs diagnostics et conclusions, qui sont bien motivés. Ainsi, au plan psychiatrique, le Dr T. _____ a posé les

- 24 - diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et de trouble anxieux sans précision (F41.9), dans les règles de l'art. Il s'est référé à un système de classification reconnu, à savoir la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). A l'appui du premier diagnostic, il a exposé qu'en présence de deux épisodes dépressifs entrecoupés de phases de rémission, il était permis de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. A cet égard, il a précisé que l'assurée avait présenté un premier épisode dépressif dans les suites de la naissance de son premier enfant, qui avait évolué vers la rémission des symptômes thymiques. Puis il y avait eu une nouvelle décompensation dépressive en lien avec les errances de diagnostics, de sorte qu'au moment de l'expertise, l'expertisée décrivait de nouveau des symptômes clés de la dépression, à savoir une tristesse inhabituelle, des idées chroniques de dévalorisation et de culpabilité, une baisse du plaisir, une irritabilité et des idées noires, ainsi que des troubles de la concentration et une importante fatigabilité. La symptomatologie se situait dans la zone de la dépression moyenne, sur la base de l'échelle psychométrique MADRS. Elle était accompagnée d'une forte anxiété circonscrite à la crainte de mort imminente, pouvant aller jusqu'à générer une sidération psychique et un enfermement dans des ruminations anxieuses. L'expert psychiatre a ensuite évalué la capacité de travail de l'assurée en procédant à un examen de l'équilibre entre les ressources et les limitations fonctionnelles et en a conclu que le déséquilibre émotionnel actuel de l'intéressée était incompatible avec une activité d'enseignante, d'autant plus si elle était confrontée à des élèves turbulents. Par contre, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiatriques (notamment abaissement de la flexibilité et des capacités d'adaptation et diminution de l'accès à ses compétences spécifiques en raison des symptômes anxieux et dépressifs), telle une activité autonome

dans la rédaction de textes ou encore des traductions, elle disposait d'une capacité de travail résiduelle. Au plan cardiologique, la Dre J. _____ a conclu, sur la base de la documentation médicale à disposition, à la présence des diagnostics suivants, sans influence essentielle sur la capacité de travail : un infarctus postéro-latéral le 18 mars 2011 sur occlusion d'origine probablement embolique, une

- 25 - tachycardie supra ventriculaire symptomatique et une extrasystolie ventriculaire symptomatique exacerbée lors des menstruations, en cas de fatigue et de carence martiale. La Dre J. _____ ne retenait en revanche pas le diagnostic de non-compaction du ventricule gauche, vu les examens cardiaques qu'elle avait réalisés (à savoir une ergométrie et une échocardiographie), qui étaient dans la norme, et vu les résultats d'une IRM cardiaque réalisée le 13 novembre 2015 au CHUV. Elle a estimé que les seuls éléments pouvant modifier la vie quotidienne de la recourante étaient ses arythmies supra-ventriculaires. Elle ne retenait toutefois pas de limitations fonctionnelles au plan cardiologique, compte tenu des résultats des examens cardiaques susmentionnés. S'agissant de la situation au plan neurologique, le Dr W. _____ a pris en compte le dossier médical de l'expertisée et recueilli ses plaintes, notamment concernant ses douleurs aux membres inférieurs, présentes depuis l'enfance. Il a par ailleurs procédé à un examen clinique et effectué des examens électrophysiologiques (EMG). Il a relevé que l'on retrouvait, dans les EMG, de discrètes anomalies dans le jambier antérieur droit qui n'étaient pas significatives compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, en particulier l'absence d'anomalie dans les autres groupes musculaires examinés, et la normalité de l'examen clinique et de la biopsie musculaire chirurgicale. En définitive, l'expert neurologue retenait que vu l'ensemble des éléments à disposition, une discrète myopathie sous-jacente n'était pas exclue, mais semblait peu vraisemblable et ne permettait pas d'expliquer la symptomatologie subjective très polymorphe, orientant plutôt vers un tableau psychogène. Il a indiqué qu'il n'y avait ni diagnostic neurologique à retenir, ni limitations fonctionnelles et que d'un point de vue strictement neurologique, la capacité de travail de l'expertisée était entière dans l'activité d'enseignante. Les experts ont finalement procédé à une appréciation globale et consensuelle de la capacité de travail de l'intéressée. Ils ont estimé que compte tenu de l'absence de répercussion fonctionnelle des diagnostics cardiologiques et l'absence de retentissement fonctionnel significatif au plan musculaire d'une éventuelle cytopathie mitochondriale ou d'une maladie de Fabry (diagnostics non formellement écartés), mais compte

- 26 - tenu des atteintes psychiatriques incapacitantes et des limitations fonctionnelles au plan psychiatrique (diminution des capacités de flexibilité et d'adaptation, diminution faible à moyenne de l'accès aux compétences spécifiques, diminutions de l'endurance et de la capacité d'affirmation, des activités spontanées, de la capacité de relation avec les proches, de la capacité de déplacement), la capacité de travail de l'expertisée était nulle dans son activité habituelle depuis avril 2015. Sa capacité de travail était en revanche de 60 % dans une activité moins stressante, lui permettant de s'organiser, comme la traduction. Vu ce qui précède, le rapport d'expertise satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante des rapports médicaux et ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Elles ne sont d'ailleurs pas remises en cause par les pièces médicales postérieures à l'expertise. En effet, comme l'a constaté le Dr G. _____ dans l'avis SMR du 14 novembre 2019, il ressort du rapport du 17 avril 2019 du Dr F. _____, qu'au plan neurologique, le status clinique était normal. Par ailleurs, il n'y avait pas de preuve

d'expression d'une symptomatologie particulière lors de l'existence des mutations génétiques RYR2 qui avaient été mises en évidence dans le cas de la recourante. Ainsi, la situation n'avait pas changé par rapport à l'examen clinique de l'expert W._____. Quant rapport de la Dresse C._____ du 6 septembre 2019, il ne fait que rappeler l'existence de douleurs des membres inférieurs depuis l'enfance et un infarctus en 2011 avec phénomène de « left ventricular non- compaction », à savoir des éléments qui ont déjà été discutés et pris en compte dans l'expertise de la PMU. Le rapport du Dr N._____ du 9 septembre 2019 ne fait pas non plus état d'éléments nouveaux au plan cardiologique, ni d'ailleurs le rapport du 22 août 2018 de la Dre Z._____, par rapport aux diagnostics et à la situation clinique rapportée par l'experte J._____. Enfin, le rapport du Dr Q._____ du 22 mai 2019 fait certes état d'une capacité de travail de 50 % en raison de la maladie cardiaque de l'assurée, indiquant qu'elle souffre d'une cardiomyopathie avec phénomène de non-compaction. Or, ce dernier diagnostic a été remis en cause par différents médecins, dont l'experte J._____, et comme le

- 27 - relève la Dre Z._____, la maladie cardiaque de l'assurée est non évolutive et de forme mineure. Vu ces éléments, l'appréciation de la capacité de travail par le Dr Q._____, qui n'est pas confirmée par les autres cardiologues ayant examiné l'assurée, n'est donc pas susceptible de remettre en cause celle ressortant du volet cardiologique de l'expertise du 6 février 2018. En définitive, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de cette expertise, au demeurant non critiquée par la recourante. Il faut donc retenir que la capacité de travail de l'intéressée est 0 % dans son activité habituelle d'enseignante depuis avril 2015, et de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme celle de traductrice, dès cette même date.

E. 6

Il convient à présent d'examiner la question de la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable en l'espèce, parmi les trois méthodes rappelées ci-dessus (consid. 4). A cet égard, l'OAI a retenu que, sans atteinte à la santé, la recourante travaillerait à 60 % et exercerait ses activités ménagères à 40 %, et a appliqué, par conséquent, la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, en se fondant notamment sur les conclusions des enquêtes ménagères des 15 janvier 2020 et 8 janvier 2021. La recourante conteste le statut retenu, faisant valoir que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % et qu'il faut donc lui appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus. a) Dans un premier grief, la recourante estime que l'enquête économique sur le ménage du 15 janvier 2020 ne constitue pas une base fiable de décision pour établir son statut car elle se trouvait dans un état de grande fatigue émotionnelle lors de la réalisation de cette enquête, prenant à cet égard appui sur le rapport du 12 mai 2020 de la psychologue L._____. Il ressort en effet de ce dernier rapport qu'en janvier 2020, lors de la réalisation de la première enquête ménagère, l'assurée se trouvait dans un état de grande fatigue émotionnelle et était épuisée par un état

- 28 - dépressif, dans un contexte de maladie et de séparation conjugale. Cela étant, dans le rapport de la deuxième enquête ménagère du 8 janvier 2021, l'enquêtrice a précisé que si l'assurée se trouvait effectivement dans un état émotionnel fragile lors de la première enquête, elle avait pris beaucoup de temps pour lui expliquer les tenants et aboutissants d'une telle enquête et notamment la notion de statut. L'enquêtrice a également indiqué qu'elle avait proposé à plusieurs reprises à l'assurée de reporter l'entretien à une date ultérieure, vu son état émotionnel, mais que celle-ci avait refusé ces propositions, étant désireuse d'avancer dans les démarches avec l'assurance. Il apparaît donc que l'enquêtrice

avait conscience de l'état de l'assurée et en a tenu compte en prenant le temps nécessaire pour réaliser l'enquête dans les meilleures conditions possibles. Par ailleurs, la psychologue L. _____ a certes attesté que la recourante se trouvait dans un état de fatigue émotionnelle peu avant l'enquête ménagère mais n'a pas émis l'hypothèse que cette dernière n'était pas en mesure de se soumettre à la réalisation d'une telle enquête. L'enquêtrice a relevé qu'après les explications que l'intéressée lui avait données, celle-ci avait clairement pu expliquer son parcours professionnel et de vie avec les détails nécessaires à leur bonne compréhension. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'écarter l'enquête économique sur le ménage du 15 janvier 2020, au motif qu'elle ne constituerait pas une base fiable pour trancher la question du statut de la recourante. b) La recourante fait valoir plusieurs arguments à l'appui de sa position selon laquelle elle exercerait une activité lucrative à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé. D'abord, elle expose qu'elle a accepté un emploi à 60 % à son premier retour d'Asie en 2007 non pas par choix, mais parce que le taux d'activité n'était pas négociable et qu'il s'agissait d'une opportunité professionnelle à saisir pour démarrer sa carrière. On ne saurait selon elle en déduire que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 60 %. Elle rappelle qu'elle n'a pas travaillé à 100 % entre 2011 et 2014 car elle a une nouvelle fois suivi son époux en Asie pendant cette période et qu'on ne saurait lui faire grief de ne pas avoir travaillé durant ces années-là. La recourante considère qu'il n'y a pas de raison de s'écarter de ses déclarations ressortant du formulaire 531bis du

- 29 - 20 septembre 2015, dans lequel elle a indiqué qu'elle aurait travaillé à 100 % si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Elle fait enfin valoir que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100 % afin de se soulager des démarches de divorce et qu'elle aurait mis les enfants en UAPE et à la cantine. Or, en l'espèce, aucun indice n'est propre à remettre en cause les conclusions de l'enquêtrice au sujet du statut. S'agissant de la situation qui prévalait lors de son premier retour en Suisse en 2007, s'il est certes vraisemblable que le contrat de durée déterminée que la recourante a conclu avec une maison d'édition ne lui permettait pas d'exiger un temps complet, elle n'a pas non plus démontré avoir fait d'autres recherches d'emploi pour travailler à plein temps, ni avoir recherché un emploi à 100 % à la fin de son contrat à durée déterminée. Il ressort bien plutôt du dossier qu'elle a occupé cet emploi à 60 % de 2008 à 2011 (cf. expertise médicale p. 12), c'est-à-dire à une époque où elle ne souffrait pas encore d'atteinte à la santé invalidante, parce qu'elle était mère d'un enfant né en 2007 puis d'un deuxième enfant né en 2010. Cette constellation tend ainsi à démontrer que sans atteinte à la santé, toutes autres choses étant égales par ailleurs, elle n'aurait pas travaillé à 100 % en étant mère de deux enfants. A cela s'ajoute qu'au second retour de la famille en Suisse en mars 2014, toujours avant le début de l'atteinte à la santé invalidante, elle a repris une activité lucrative à temps partiel, effectuant des remplacements dans une école. Par ailleurs, la recourante a certes écrit, dans le formulaire 531bis complété le 20 septembre 2015, que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 %. Cela étant, même si cette déclaration est intervenue en début de procédure, elle ne saurait à elle seule permettre de fixer son statut, qui doit l'être au regard de l'ensemble des circonstances. Ainsi, le fait qu'elle n'a pas travaillé à 100 %, ou alors que de manière très occasionnelle, depuis l'obtention de son diplôme universitaire en 2005 et jusqu'en 2015 – époque durant laquelle elle ne souffrait pas d'une atteinte à la santé invalidante – remet déjà en cause cette déclaration. De surcroît, dans un courriel du 14 janvier 2020 à

- 30 - l'enquêtrice, la recourante a déclaré, après avoir indiqué qu'elle souhaitait apporter des précisions au sujet de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 10 janvier précédent, que si elle n'avait pas eu de problèmes de santé, elle aurait souhaité reprendre une activité à 60 % lors du retour de la famille en Suisse, et augmenter son taux d'activité en fonction de l'âge des enfants, progressivement à 80 % puis à 100 % lorsque le plus jeune aurait eu 15 ou 16 ans (fin de l'école obligatoire). Elle a ajouté, dans ce même courriel, que ses indications dans le questionnaire 531bis reflétaient une envie « utopique » de pouvoir retravailler un jour à 100 %. Il n'y a pas de raisons de s'écarter de ces explications qui ont été fournies par la recourante spontanément et précisément avec l'objectif de clarifier la question du statut. Enfin, il apparaît peu vraisemblable que depuis la séparation d'avec son époux en décembre 2018 jusqu'à la date de la décision litigieuse du 10 août 2021 (cf. consid. 4 i) supra), la recourante aurait travaillé à 100 % si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, afin d'être financièrement autonome de son celui-ci. En effet, il ressort de l'enquête économique sur le ménage du 8 janvier 2021 que l'organisation familiale impliquait que le revenu de la famille était principalement assuré par le mari. D'ailleurs, ce dernier verse une contribution d'entretien à la recourante depuis leur séparation. On relève toutefois, à toutes fins utiles, qu'il ressort également de cette enquête qu'en fonction du montant de la pension du divorce (non encore fixée à la date de la décision litigieuse), l'argument financier pourrait justifier de retenir un statut d'active à 100 %. En définitive, vu ce qui précède, les conclusions de l'OAI au sujet du statut de la recourante doivent être suivies. Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que, sans atteinte à la santé, cette dernière aurait exercé une activité lucrative à 60 % et se serait occupée du ménage à 40 %, de sorte que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable en l'espèce.

E. 7

S'agissant de la valeur probante du rapport d'enquête du 8 janvier 2021 sur lequel s'est basé l'OAI pour déterminer les

- 31 - empêchements de la recourante, il y a lieu de constater qu'il a été élaboré par une enquêtrice qualifiée qui s'est rendue au domicile de l'assurée et avait donc connaissance de la situation locale et spatiale. Par ailleurs, l'enquêtrice avait aussi connaissance des empêchements et handicaps en lien avec les diagnostics médicaux, puisqu'elle a pris note des diagnostics et des limitations fonctionnelles psychiques de l'assurée consignés dans l'expertise médicale du 6 février 2018 (diminution des capacités de flexibilité, d'adaptation, de l'accès aux compétences spécifiques, de l'endurance, de la capacité d'affirmation, des activités spontanées, de la capacité de relations avec les proches et des capacités de déplacement). Elle en a dûment tenu compte lors de l'évaluation des empêchements ménagers. Elle a ainsi retenu qu'il y avait des empêchements en lien avec la planification, l'endurance et la motivation, pour la réalisation de plusieurs tâches du ménage (notamment pour l'entretien de l'appartement, les achats et les soins aux enfants). L'enquêtrice a également pris en compte des indications de la recourante, notamment quant à son atteinte à la santé, sa situation familiale, professionnelle et financière et a consigné les opinions divergentes de celle-ci, en particulier s'agissant du statut qui serait le sien sans atteinte à la santé. Par ailleurs, le contenu du rapport est plausible et il est motivé de manière détaillée en ce qui concerne les diverses limitations de la recourante. Vu ce qui précède, il y a lieu de retenir que le rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 janvier 2021 remplit les requis juridiques en matière de valeur probante de ce type d'enquête (cf. supra

consid. 4e). Les conclusions du rapport s'agissant des empêchements ménagers de la recourante, fixés à 8.8 % pour la période du 1er avril 2016 au 15 décembre 2018 (date de séparation des époux et départ du mari du domicile), puis à 22 % dès le 16 décembre 2018, peuvent donc être suivies.

E. 8

Il convient à présent d'examiner la fixation du revenu d'invalidé, la recourante critiquant la manière dont l'OAI l'a établi. Pour calculer le revenu avec invalidité, et puisque l'intéressée n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé, telle une activité de traductrice, l'OAI s'est fondé sur des données statistiques, à savoir sur le

- 32 - salaire que peut percevoir une femme dans des activités spécialisées scientifiques et techniques (n° 73-75), d'un niveau de compétences 2 selon l'ESS (TA1_tirage_skill level). La recourante critique le revenu d'invalidé ainsi fixé, faisant d'abord valoir qu'elle possède une licence en lettres et non un diplôme de traductrice, de sorte qu'elle voit mal comment elle pourrait exercer cette profession. Par ailleurs, vu ses limitations fonctionnelles, elle estime ne pas être en mesure d'exercer des tâches relevant du niveau 2 de l'ESS, mais qu'un niveau de compétences 1 doit être retenu. L'on ne saurait suivre la recourante en ce qu'elle estime qu'elle n'est pas éligible à un emploi de traductrice, puisqu'il ressort du dossier qu'elle a justement travaillé en cette qualité pour une maison traitant de droits d'auteurs entre 2008 et 2011 (cf. rapport initial de détection précoce du 10 août 2015 et expertise PMU p. 12). S'agissant de son niveau de compétences, on rappelle qu'elle possède un diplôme universitaire en lettres, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir un niveau de compétences 1 lequel serait sous-évalué au vu de sa situation. Cela dit, compte tenu de ses limitations fonctionnelles au plan psychiatrique, notamment vu la diminution de l'accès aux compétences spécifiques, le niveau de compétences 2 tel que retenu par l'OAI peut être confirmé.

E. 9

Il y a lieu de vérifier d'office les calculs de taux d'invalidité auxquels a procédé l'OAI, compte tenu de l'application de la méthode mixte et de tous les autres éléments du calcul, pour les trois périodes fixées dans la décision litigieuse. a) D'abord, c'est à juste titre que l'OAI a déterminé une première période de calcul, courant du 1er avril 2016 au 31 décembre 2017. La première date correspond en effet au premier jour du mois au cours duquel la recourante a présenté une incapacité de travail de 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable dans son activité habituelle d'enseignante remplaçante. Quant à la seconde, il s'agit du jour

- 33 - de la veille de l'entrée en vigueur de l'art. 27bis RAI, qui a introduit une modification dans l'application de la méthode mixte. aa) S'agissant de la part active pour cette première période, l'OAI s'est fondé sur l'ESS, pour fixer le revenu sans invalidité de la recourante, ce qui peut être confirmé vu l'irrégularité de ses revenus avant l'atteinte à la santé. Il y a cependant lieu de se baser sur le tableau TA_tirage_skill_level (secteur privé), pour l'année 2016, plutôt que sur le tableau TA 1 (secteur privé) valable pour l'année 2014 avec une adaptation du salaire à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2016, ainsi que l'a fait l'OAI. Le revenu déterminant pour des activités dans l'enseignement (85), exercées par des femmes, compte tenu d'un niveau de compétences 3 s'élève ainsi à 6'626 fr. en 2016. Compte tenu d'une durée normale de travail de 41.7 heures de travail par semaine en 2016, ce montant doit être porté à 6'907 fr. 60, ce qui porte le revenu sans invalidité annuel à

82'891.26 fr., à savoir 49'562 fr. 11 pour un taux d'activité de 60 %. Pour fixer le revenu d'invalidé, comme on l'a déjà relevé ci-dessus (supra consid. 8), c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur le salaire que peut percevoir une femme dans des activités spécialisées scientifiques et techniques (n° 73-75), niveau de compétences 2 selon l'ESS (TA1_tirage_skill level). Comme pour le revenu sans invalidité, il y a lieu de se fonder sur le tableau valable pour l'année 2016. Le revenu mensuel déterminant est ainsi de 5'300 fr., c'est-à-dire 5'525 fr. 25, compte tenu d'une durée normale de travail de 41.7 heures de travail par semaine en 2016, ce qui correspond à un revenu annuel de 66'303 fr. par an. Vu la capacité de travail de 60 % de l'assurée, le revenu d'invalidé s'élève à 39'781 fr. 80. Le taux d'invalidité pour la part active se calcule donc de la manière suivante : $(49'562 \text{ fr. } 11 - 39'781 \text{ fr. } 80) / 49'562 \text{ fr. } 11$, ce qui porte le taux d'invalidité à 19.73 %. Selon la méthode de calcul applicable jusqu'au 31 décembre 2017, ce taux doit encore être pondéré en fonction

- 34 - du taux d'activité qu'aurait exercé l'assurée en bonne santé, à savoir 60 %. Le taux d'invalidité pour la part active s'élève ainsi à 11.83 %. bb) Le taux des empêchements ménagers s'élève à 8.8%, d'après l'enquête économique sur le ménage du 8 janvier 2021 (cf. ci-dessus consid. 7). Après pondération en fonction du taux consacré par l'assurée à l'exercice de ses travaux habituels si elle avait été en bonne santé, c'est-à-dire 40 %, le taux des empêchements ménagers s'élève à 3.52 % cc) En définitive, le taux d'invalidité global pour la période du 1er avril 2016 au 31 décembre 2017 est de 15.35 % (11.83 % + 3.52 %), ce qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité. b) C'est à juste titre que l'OAI a fixé une deuxième période de calcul du taux d'invalidité, c'est-à-dire du 1er janvier 2018 au 15 décembre 2018. La première date correspond à l'entrée en vigueur de la modification de l'art. 27bis RAI concernant la méthode mixte de calcul de l'invalidité et la seconde à la veille d'un changement de la situation familiale de la recourante conduisant à une modification des empêchements ménagers (départ du mari du foyer familial). aa) Afin de fixer le revenu sans invalidité pour la part active, il y a lieu de se fonder, comme pour la période précédente sur le salaire mensuel brut que touchent les femmes actives dans l'enseignement, pour un niveau de compétences 3, selon le tableau TA1_tirage_skill level. L'année déterminante pour procéder à la comparaison des revenus étant 2018, c'est l'ESS 2018 qui est applicable. Le montant de 6'499 fr. ainsi obtenu doit être porté à 6'775 fr. 20 pour tenir compte du fait que la durée normale du travail dans les entreprises en 2018 était de 41.7 heures par semaine. Le revenu annuel sans invalidité pour un 100 % (cf. art. 27bis al. 2 let. a RAI) est donc de 81'302 fr. 49. Le revenu d'invalidé est lui aussi fixé, comme pour la période précédente sur la base du salaire mensuel brut que touchent les femmes

- 35 - dans des activités spécialisées scientifiques et techniques (n° 73-75), niveau de compétences 2 selon le tableau TA1_tirage_skill level de l'ESS 2018. Le montant déterminant est donc de 5'093 fr, porté à 5'309 fr. 45, compte tenu d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures en 2018. Le revenu annuel d'invalidé de la recourante pour un taux d'activité de 60 % (cf. art. 27bis al. 2 let. b RAI) est donc de 38'228 fr. 05. La perte de gain s'élève ainsi à 52.98 % $(81'302 \text{ fr. } 49 - 38'228 \text{ fr. } 05) / 81'302 \text{ fr. } 49$, taux qu'il faut encore pondérer compte tenu de la part que consacrerait l'assurée à l'exercice d'une activité lucrative si elle n'était pas atteinte dans sa santé (60 % ; art. 27bis al. 2 let. c RAI). Le taux d'invalidité pour la part active est donc de 31.78 %. bb) Les empêchements ménagers sont de 8.8 % d'après l'enquête économique sur le ménage du 8 janvier 2021, taux qui doit être pondéré en fonction de la part qui serait consacrée par

l'assurée à l'exercice de ses travaux habituels si elle était en bonne santé, à savoir, pour rappel, 40 % (art. 27bis al. 3 RAI). Le taux des empêchements ménagers est donc de 3.52 %. cc) En définitive, le taux d'invalidité global pour cette deuxième période de calcul est de 35.3% (31.78 % + 3.52 % ; cf. art. 27bis al. 1 RAI), ce qui ne donne pas le droit à une rente d'invalidité. c) En troisième lieu, c'est à juste titre que l'OAI a considéré qu'il y avait lieu de procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité compte tenu de la modification des empêchements ménagers de la recourante, liée à la séparation des époux dès le 16 décembre 2018. aa) Pour la période courant dès cette dernière date, l'office a procédé à la comparaison des revenus en 2018, puis après avoir constaté que le taux d'invalidité était de 40 %, a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité à compter du 1er décembre 2019, considérant qu'il y avait lieu de calculer une « invalidité moyenne » sur douze mois dès le 16 décembre 2018.

- 36 - La recourante est quant à elle d'avis que le départ du droit au quart de rente est le 1er décembre 2018, dès lors qu'au moment de l'augmentation de l'empêchement ménager en décembre 2018, le délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était déjà largement échu. A cet égard, elle expose qu'elle présente, pour la part active, une incapacité de travail de 60 % dans son activité habituelle d'enseignante depuis le mois d'avril 2015, compte tenu de la pondération à appliquer sur son incapacité de travail reconnue totale dans cette activité (cf. expertise PMU du 6 février 2018), de sorte que le délai de carence serait échu en avril 2016 déjà. Or, en l'occurrence, le point de savoir si l'ouverture du droit à la rente se situe au 1er décembre 2018 ou au 1er décembre 2019 peut demeurer ouverte, vu la date à laquelle dite rente doit être versée (cf. infra consid. 10 et 11). bb) Quant au calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'OAI, il peut être confirmé dans son résultat. En effet, pour la part active, le taux d'invalidité est le même que celui de la période précédente (31.78 %) que la comparaison des revenus ait lieu en 2018 ou en 2019 (en 2019, l'évolution des salaires nominaux était en effet de 1 % et la durée normale du travail dans les entreprises était aussi de 41.7 heures par semaine). Pour la part liée à l'exercice des travaux habituels, il ressort de l'enquête économique sur le ménage que le taux des empêchements ménagers a augmenté pour atteindre 22 % dès le 16 décembre 2018, ce qui porte, après pondération, le taux des empêchements ménagers à 8.8 % (22 % x 40 %). Ainsi, le taux d'invalidité global (cf. art. 27bis al. 1 RAI) à compter du 1er décembre 2018 est de 40.58 % (31.78 % + 8.8 %), ce qui donne le droit à un quart de rente d'invalidité.

- 37 -

E. 10

Reste encore examiner la question de la restitution des prestations. Par sa décision du 10 août 2021, l'Office AI demande en effet la restitution d'un montant de 59'083 fr. correspondant à la valeur de la demi-rente d'invalidité versée à la recourante 1er avril 2016 au 31 août 2021 (c'est-à-dire 70'560 fr.) diminuée de la valeur du quart de rente dû pour la période du 1er décembre 2019 au 31 août 2021 (à savoir 11'477 fr). L'OAI a compensé les créances réciproques. La recourante s'oppose à la restitution en faisant valoir, d'une part, que la modification des prestations doit avoir lieu avec effet ex nunc et pro futuro et non avec effet rétroactif, dès lors que cette modification a eu lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance- invalidité. D'autre part, la recourante est d'avis que, quoi qu'il en soit, la demande de restitution est de toute manière prescrite. Elle fait également valoir qu'avant d'ordonner la restitution des prestations dans sa décision du 10 août 2021, l'OAI ne lui a à aucun moment permis de se prononcer sur le principe et le

montant de la restitution, de sorte qu'il a violé son droit d'être entendue. a) Il convient en premier lieu d'examiner la question de la violation du droit d'être entendu. aa) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et références citées).

- 38 - Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement

- 39 - inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées). bb) En l'occurrence, l'OAI n'a demandé la restitution des prestations versées indûment qu'au stade de la décision litigieuse du 10 août 2021, et ne s'est jamais prononcé sur cette question auparavant. Ce faisant, il faut admettre qu'il a violé le droit d'être entendu de la recourante, en ne lui donnant pas l'occasion de s'expliquer avant que la décision ne soit rendue à son détriment. Toutefois, il convient de considérer que cette violation est réparée puisque la recourante a eu la possibilité de s'exprimer sur cette question devant la présente autorité de recours qui jouit d'un plein

pouvoir d'examen, ainsi que par économie de procédure. Par ailleurs, ladite décision ne contient aucune référence aux conditions dans lesquelles une restitution des prestations dans le domaine de l'assurance-invalidité est possible (cf. infra consid. 10 b/aa). L'OAI a en effet simplement renvoyé à l'art. 25 al. 1 LPGA, sans motivation sur le caractère indu des prestations ni sur la question des effets dans le temps de la décision (ex tunc ou ex nunc). Le point de savoir s'il faut considérer que la motivation était implicite, ou si le droit d'être entendu de la recourante pour défaut de motivation a été violé, peut demeurer ouverte, dès lors que là encore, la recourante a eu la possibilité de s'exprimer sur ces questions devant la Cour de céans et qu'une éventuelle réparation de la violation se justifierait quoi qu'il en soit par économie de procédure, et compte tenu de l'issue du litige. b) aa) D'après l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). D'après l'art. 25 al. 2 LPGA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu

- 40 - connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Cette disposition a été modifiée avec effet au 1er janvier 2021, portant le délai relatif d'un an précité à trois ans. La notion de prestations indûment touchées se rapporte à des prestations qui ont déjà été fournies, mais qui ne sont pas ou plus dues pour différents motifs : la révision ou la reconsidération de la décision d'octroi de prestations au sens de l'art. 53 LPGA, le non-respect de l'obligation d'annoncer au sens de l'art. 31 LPGA, une cause de révision des prestations selon l'art. 17 LPGA, ou encore l'absence de décision d'octroi de prestations. On peut ainsi les répertorier en trois catégories : (1) les prestations qui n'étaient pas dues dès le début parce que l'état de fait avait été inexactement arrêté ou apprécié ou que les conclusions juridiques tirées étaient erronées ; (2) les prestations de durée qui avaient été fournies à juste titre mais qui n'étaient plus dues en raison de la modification des circonstances de fait ou de droit ; (3) les prestations qui avaient été accordées sans fondement juridique, dès le début (Sylvie Pétremand, n° 23 ad art. 25 LPGA et la référence, in : Dupont/Moser- Szeless (éditrices), Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018 [ci-après : Commentaire romand LPGA]). D'après la jurisprudence, l'obligation de restituer des prestations suppose que soient réunies, en règle ordinaire, les conditions d'une reconsidération (caractère sans nul doute erroné de la décision, importance notable de la rectification) ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les références ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.1.1). La rectification d'une décision antérieure par voie de la reconsidération entraîne en principe l'obligation de restituer la prestation de l'assurance-invalidité touchée à tort. Tel est le cas lorsque l'erreur qui donne lieu à la reconsidération a trait à des éléments qui ne sont pas spécifiques au droit de l'assurance-invalidité, mais sont analogues au domaine de l'assurance-vieillesse et survivants, comme l'attribution du degré d'invalidité à la fraction de rente correcte (cf. TF 9C_409/2011 du 21 novembre 2011 consid. 4.2 et les autres exemples cités). La modification

- 41 - de la prestation a alors lieu avec effet rétroactif (ex tunc), ce qui implique l'obligation de restituer dans les limites prévues par l'art. 25 al. 2 LPGA (ATF 110 V 298 relatifs aux art. 47 al. 1 aLAVS et 49 aLAI ; TF 9C_678/2011 précité consid. 5.1.1). En revanche, si l'erreur porte sur un aspect ayant spécifiquement trait au droit de l'assurance-invalidité - on

pense en particulier à tous les facteurs qui régissent l'évaluation du degré d'invalidité -, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet ex nunc et pro futuro, de sorte qu'il n'y a pas lieu à restitution. Autre est la situation lorsque le versement indu résulte d'une violation de l'obligation de renseigner au sens des art. 31 LPGA et 77 RAI et que cette violation est en relation de causalité avec la perception indu de prestations d'assurance. Dans ce dernier cas, la modification de la prestation a un effet rétroactif (ex tunc), qui entraîne - sous réserve des autres conditions mises à la restitution - une obligation de restituer (art. 85 al. 2 et 88bis al. 2 let. b RAI ; ATF 119 V 431 consid. 2 et consid. 4a ; TF 9C_678/2011 précité consid. 5.1.1). La différenciation en ce qui concerne les effets de la reconsidération dans le temps en fonction de la qualification "spécifique au droit de l'assurance-invalidité" ou "analogue au droit de l'assurance-vieillesse, invalidité et survivants" des aspects sur lesquels porte l'erreur justifiant la reconsidération, telle que posée par la jurisprudence dans l'ATF 110 V 298, résulte des art. 85 RAI en relation avec l'art. 88bis al. 2 let. a et b RAI. Cette distinction reste valable malgré l'abrogation de l'art. 47 aLAVS auquel renvoyait l'art. 49 aLAI. Aux termes de l'art. 85 al. 2 deuxième phrase RAI, l'application de l'art. 88bis al. 2 let. a (effet ex nunc) et b RAI (effet ex tunc en raison de la violation de l'obligation de renseigner) suppose en effet que la prestation doit être supprimée (ou diminuée) à la suite d'un nouvel examen de l'invalidité de l'assuré, ce qui implique un examen des aspects spécifiques du droit de l'assurance-invalidité (TF 9C_678/2011 précité consid. 5.1.2). On précisera encore que selon l'art. 85 al. 2 RAI, lorsqu'il s'avère qu'une prestation doit être diminuée ou supprimée à la suite d'un nouvel examen de l'invalidité de l'assuré, cette modification ne prend effet qu'à partir du mois qui suit la nouvelle décision. Pour les rentes, les allocations pour impotent et les contributions d'assistance, l'art. 88bis, al. 2, RAI est applicable. Cette dernière disposition prévoit que la diminution ou la suppression de la

- 42 - rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI. Au regard de l'art. 25 LPGA et de la jurisprudence y relative, la procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes : une première décision sur le caractère indu des prestations, par exemple sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-ci étaient allouées sont réalisées ; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'art. 25 al. 1 première phrase LPGA et des dispositions particulières (ici, du RAI) et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1 2ème phrase LPGA (cf. art. 3 et 4 OPGA ; TF 9C_678/2011 précité consid. 5.2 et la référence citée). bb) S'agissant en l'occurrence du caractère indu ou non des prestations litigieuses, il convient de constater que les prestations correspondant à la demi-rente d'invalidité versées à partir du 1er avril 2016 l'ont été indûment, puisqu'elles reposaient sur les décisions des 18 janvier et 8 février 2019, qui ont été annulées par l'arrêt du 13 mai 2019 de la Cour de céans. cc) En ce qui concerne la question des effets rétroactifs, ou non, de la correction à opérer, en d'autres termes la question de l'exigibilité de la restitution des prestations, la recourante fait valoir que la correction des prestations ne peut avoir lieu qu'avec effet ex nunc, dès lors que la modification des prestations intervient

en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité ; la restitution des prestations n'est donc, selon elle, pas exigible.

- 43 - Ce point de vue est fondé. En effet, d'après la jurisprudence rappelée ci-dessus, la rectification d'une décision antérieure par voie de reconsidération entraîne en principe l'obligation de restituer la prestation de l'assurance-invalidité touchée à tort, sauf si l'erreur porte sur un aspect ayant spécifiquement trait au droit de l'assurance-invalidité, cas dans lequel la modification de la prestation d'assurance intervient avec effet ex nunc et pro futuro. En l'occurrence, l'erreur a porté sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'OAI ayant utilisé à tort la méthode ordinaire de comparaison des revenus, alors qu'il fallait appliquer la méthode mixte. Il s'agit là d'une question ayant spécifiquement trait au droit de l'assurance-invalidité, de sorte que la restitution des prestations versées indûment ne peut pas être exigée. Même si l'on ne se trouve pas en l'espèce dans le cas d'une reconsidération par l'OAI de sa propre décision erronée mais dans celui d'une nouvelle décision rendue par l'Office à la suite de l'annulation de sa décision erronée par la Cour des assurances sociales, on ne voit pas de raison de traiter différemment les deux situations quant aux effets rétroactifs ou non des nouvelles décisions conformes au droit. Vu ce qui précède et, plus particulièrement, vu l'art. 85 RAI en relation avec l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la modification des prestations doit intervenir en l'occurrence au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision litigieuse du 10 août 2021, c'est-à-dire le 1er octobre 2021. dd) Dès lors que la restitution des prestations litigieuses ne peut pas être exigée et que partant aucune compensation ne peut être opérée, il n'y a pas lieu d'examiner si les autres conditions de l'art. 25 LPGA sont réalisées, en particulier la question du délai de restitution.

E. 11

a) En définitive, le recours est partiellement admis et la décision du 10 août 2021 est réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1er octobre 2021. Cette décision est annulée en ce qu'elle exige la restitution de la demi-rente

- 44 - d'invalidité versée indûment à la recourante du 1er avril 2016 au 31 août 2021, compensée avec le quart de rente qui lui est dû. b) Les frais judiciaires, par 400 fr., sont mis pour moitié à la charge de l'OAI et pour moitié à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI ; 51 LPA-VD). c) La recourante, assistée d'une mandataire professionnelle, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'elle a droit à des dépens réduits, arrêtés à 1'500 fr. vu l'importance du litige (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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