

VD_GERICHTE ZD24.017360 vom 28. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.017360

FR: VD_GERICHTE ZD24.017360 du 28 avril 2025

IT: VD_GERICHTE ZD24.017360 del 28 aprile 2025

Erwägungen

E. 4

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 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. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

- 19 - 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-quarts 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). c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet,

assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. aa) Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode

- 20 - générale de comparaison des revenus. 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]).

bb) Pour un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure il est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (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). cc) Pour un assuré qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de 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. S'il se consacrait en outre à ses travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et les références citées). 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

- 21 - l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). dd) 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). d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre

(art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 5

a) 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

- 22 - références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments

- 23 - objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation

thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). d) Une enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. 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

- 24 - 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 et les références ; TF 9C_235/2024 du 30 juillet 2024 consid. 5.2 et les références). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels (art. 27 al. 1 RAI) ou les actes ordinaires de la vie (art. 37 RAI) dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; TF 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1).

E. 6

des expertises spécialisées), une évaluation médicale et médico-

- 26 - assurantielle (ch. 7 des expertises spécialisées) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante, établie après une conférence consensuelle qui s'est tenue le 20 novembre 2023 (cf. ch. 5 de l'évaluation consensuelle). Les experts ont ainsi retenu une incapacité de travail totale pour des motifs psychiatriques du 31 janvier 2018 au 1er juillet 2019 et, dès cette date, une capacité de travail de 80 % pour des motifs somatiques uniquement. La recourante conteste l'évaluation de la capacité de travail faite par les experts en se prévalant principalement des rapports établis à l'issue de son hospitalisation dans le service du Prof. A. _____ en janvier 2023. Elle a en outre produit un rapport établi le 13 juin 2024 par le Dr H. _____.
aa) Du point de vue psychique, l'hospitalisation de janvier 2023 a inclus un bilan psychiatrique, au terme duquel le Dr F. _____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11). Il n'a cependant pas mentionné d'incapacité de travail en lien avec ce diagnostic et s'est limité à poser un pronostic réservé quant à l'évolution clinique et la reprise du travail, au motif que la recourante disposait de peu de ressources. Il n'a cependant pas proposé d'analyse des

ressources et difficultés de sa patiente. Les rapports des psychiatres traitants souffrent des mêmes lacunes. Leurs rapports des 24 avril et 23 août 2023 concluaient également à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, auquel s'ajoutaient une altération du fonctionnement de la personnalité avec des traits narcissiques, ainsi qu'une tendance à la projection et à la victimisation. S'agissant de la capacité de travail, les Drs M. _____ et [...], respectivement [...], se ralliaient au taux demandé par leur patiente sans procéder à une véritable analyse des ressources et difficultés en lien avec l'état psychique. Il convient au demeurant de tenir compte du fait que les psychiatres traitants peuvent être influencés par la relation thérapeutique

- 27 - nouée avec la recourante depuis 2018, ce qui amoindrit la valeur probante de leurs conclusions sur la capacité de travail. Pour sa part, l'expert psychiatre du Centre d'expertise U. _____ a posé les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes, ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant, en précisant les éléments anamnestiques qui l'amenaient à les retenir et en se positionnant par rapports aux diagnostics différentiels, notamment ceux retenus par les psychiatres traitants. Puis, pour évaluer la capacité de travail en rapport avec l'état psychique, l'expert a évalué les ressources de la recourante découlant de l'anamnèse en s'appuyant sur les critères de la mini CIF-APP. Il a également examiné la cohérence et la plausibilité. Ainsi, contrairement aux médecins traitants, le Dr E. _____ a procédé à une analyse complète tenant compte des différents indicateurs exigés par la jurisprudence, de sorte que son appréciation doit être privilégiée. bb) Sur le plan somatique, il apparaît que le Prof. A. _____ et le Dr [...] ont conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dans leur rapport du 28 février 2023 en se référant uniquement au désir exprimé par leur patiente de conserver son emploi actuel. Il est du reste indiqué que les médecins étaient d'accord « à condition que le travail soit adapté à ces limitations », ce qui montre que cette question n'a pas été analysée. Réinterrogés par l'intimé, les deux médecins ont confirmé le 15 juin 2023 que le taux de 50 % tenait compte du souhait de la recourante de conserver son emploi, de ses difficultés et souffrances, ainsi que du temps consacré aux thérapies prescrites. Il est ainsi avéré que des critères non pertinents pour évaluer la capacité de la recourante en lien avec ses atteintes somatiques ont été pris en compte. Pour sa part, le Dr H. _____ n'a pas posé de nouveau diagnostic et ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de la recourante dans son rapport du 13 juin 2024. Enfin, il convient de relever que la Dre S. _____ ne s'est jamais prononcée sur la capacité de travail de sa patiente. Quant à la Dre Q. _____, ses différents rapports concluent également à une capacité de travail de 50 % fondée essentiellement sur les déclarations de la recourante, sans proposer de véritable analyse de cette question.

- 28 - Les rapports des médecins somatiques traitants ne sont ainsi pas de nature à contredire les conclusions du Dr O. _____, fondées sur une anamnèse détaillée, un examen somatique complet ainsi qu'une analyse étayée des éléments médicaux à disposition. L'expert du Centre d'expertise U. _____ a tenu compte des plaintes douloureuses de la patiente tout en analysant concrètement leur incidence sur l'activité d'assistante en pharmacie telle qu'exercée par la recourante dans ses précédents emplois et sur l'activité d'assistante administrative actuelle. Il s'est appuyé notamment sur les descriptifs desdites activités, sur les déclarations de l'intéressée à propos du déroulement de sa journée-type et de son vécu au travail, ainsi que sur les résultats des examens auxquels il a procédé. cc) En conséquence, il faut constater que l'intimé était fondé à retenir que la recourante présentait, dès le 1er juillet 2019, une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20

% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Il reste à déterminer le degré d'invalidité dans la part active.

E. 7

a) 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). b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de

- 29 - travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). c) 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, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). 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). La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances

- 30 - sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

E. 8

Pour déterminer le degré d'invalidité dans la part active, l'intimé a procédé à un premier calcul fondé, pour le revenu sans invalidité, sur les montants soumis à cotisation en 2017 figurant sur l'extrait du compte individuel AVS, rapporté à un taux d'activité de 100 % et

indexé. Pour le revenu avec invalidité, l'intimé a utilisé le revenu moyen qu'une femme pouvait obtenir, tous secteurs confondus, selon les données statistiques résultant de l'ESS 2018, adapté à la durée usuelle du travail, indexé, au taux de 80 % et sans abattement supplémentaire, aboutissant à un préjudice économique de 32,21 %. Dans un second calcul devant tenir compte du résultat des mesures de reclassement professionnel achevées en septembre 2020, l'intimé a comparé le même revenu sans invalidité au salaire obtenu dans l'emploi d'assistante administrative actuel, rapporté à un taux d'activité de 80 %, ce qui aboutissait à un préjudice économique de 28,25 %. La recourante n'a pas critiqué les chiffres utilisés. Il convient de relever que l'intimé s'est trompé en indexant, dans ses deux calculs, les revenus à l'année 2022 au lieu des années 2019, respectivement 2021. La même erreur entachant à chaque fois les deux chiffres à comparer, elle n'a aucune incidence sur le résultat. Ainsi, il faut constater qu'en juillet 2019, lorsque la recourante a récupéré une capacité de travail globale de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le taux d'empêchement dans la part active de 80 % était de $(32,21 \% \times 80 \% =) 25,79 \%$ et que ce taux a diminué à $(28,25 \% \times 80 \% =) 22,60 \%$ après les mesures professionnelles achevées en septembre 2020. En ajoutant le taux d'empêchement dans la part ménagère (cf. supra consid. 6b) rapporté au taux de 20 %, soit $(2,7 \% \times 20 \% =) 0,54 \%$, le degré d'invalidité global de la recourante était de $(25,79 \% + 0,54 \% =) 26 \%$ en 2019, respectivement $(22,60 \% + 0,54 \% =) 23 \%$ en 2021 (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Ces taux sont inférieurs au minimum ouvrant le droit à une rente d'invalidité, de sorte que l'intimé a

- 31 - mis fin à juste titre au versement de la rente entière au 30 septembre 2019, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain. Il convient enfin de relever que, même si le taux d'invalidité de la recourante atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), une telle mesure n'entre toutefois pas en ligne de compte en l'espèce. En effet, comme l'a constaté l'intimé, l'intéressée a déjà été mise au bénéfice de mesures professionnelles, qui lui ont permis d'obtenir un poste d'assistante administrative adapté à ses limitations fonctionnelles, si bien qu'aucune autre mesure ne paraît susceptible de diminuer encore le préjudice économique.

E. 9

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.
b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

- 32 -