

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1151/2017

ATAS/1100/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 novembre 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THÔNEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. En octobre 2014, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1969, exerçant la profession de comptable, a été signalée à l'office cantonal l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) par son assurance perte de gain dans le cadre d'une détection précoce.
2. Dans un rapport du 23 octobre 2014, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies et dorsalgies depuis janvier 2014, d'état dépressivo-anxieux bipolaire et de troubles du sommeil. Le médecin a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 5 février au 18 février 2014, puis de 50% et ce, pour une durée indéterminée, en raison d'une fatigabilité, d'un épuisement et de tensions musculaires.
3. Le 12 novembre 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a évoqué un trouble affectif bipolaire de type 2 et un tempérament affectif hyper thymique. Il a fait état de fluctuations de l'humeur aggravées par des troubles importants du sommeil ; ceux-ci épuisaient les fonctions cognitives et entretenaient les troubles de l'humeur (épisodes de dépression et d'hypomanie atténuée).
4. Dans un rapport ultérieur du 2 décembre 2014, le Dr C_____ a retenu les diagnostics suivants : trouble affectif bipolaire depuis plus de 10 ans (F31), trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression d'intensité moyenne (F31.3), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis plus de 10 ans (F33.1), troubles du sommeil avec insomnie de cause non organique depuis l'adolescence (F51.0) et syndrome douloureux somatoforme persistant récurrent (F45.4).

Le médecin, psychiatre traitant de l'assurée depuis juillet 2014, a indiqué que celle-ci avait développé un épisode dépressif en juin 2009, que son état s'était aggravé en janvier 2010 jusqu'à entraîner une hospitalisation en psychiatrie en octobre 2010 suivie, en décembre 2010, de la pose, pour la première fois, des diagnostics de trouble affectif bipolaire de type 2 et d'insomnies non organiques. D'autres hospitalisations avaient suivi, au printemps 2012, puis durant l'été 2014.

Le médecin a relaté que sa patiente s'accrochait à sa vie sociale et professionnelle, mais qu'elle avait de plus en plus de mal à tenir, qu'elle dissimulait ses problèmes de santé à son employeur, mais avait du mal à accepter que ses capacités de travail soient limitées par la maladie.

Le pronostic à long terme était défavorable : la trajectoire de la patiente était marquée par une évolution, une continuité et une aggravation évidentes des troubles depuis l'adolescence.

Le psychiatre traitant concluait à une capacité de travail limitée à 50% en raison de restrictions d'ordre psychiatrique (fonctions cognitives et émotives affectées).

5. Ont alors été versés au dossier, par l'assureur perte de gain :
 - un rapport d'expertise du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, daté du 10 novembre 2014, relatant que l'examen rhumatologique avait mis en évidence un raccourcissement du membre inférieur droit entraînant une chute du bassin et des troubles posturaux importants du rachis, avec des contractures musculaires importantes au niveau dorsal ; l'expert rhumatologue avait exclu une fibromyalgie et retenu le diagnostic de dorsalgies chroniques sur troubles sévères de la posture sur un raccourcissement de 2 cm du membre inférieur droit et sur une hernie discale D6-D7 ; les constatations cliniques permettaient d'expliquer les symptômes dorsaux décrits par l'assurée, mais non les cervicalgies, raison pour laquelle l'expert préconisait des investigations psychiques ; sur le plan somatique, la capacité de travail de 50% était justifiée jusqu'en décembre 2014, étant précisé qu'à compter de janvier 2015, une capacité de travail de 100% devait être admise ; les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés du rachis dorsal et lombaire en extension ou flexion, possibilité de se lever toutes les heures.
 - un rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du 18 novembre 2014 ; après une anamnèse, l'expert s'est fait l'écho des plaintes de l'assurée et a relaté ses constatations objectives ; il a retenu le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne (F31.3) ; l'expert psychiatre a considéré, s'agissant de la capacité de travail, qu'un taux de 50% était le maximum exigible de la part de l'assurée, dont il a noté qu'elle faisait montre d'un certain courage dans sa volonté de continuer à temps partiel malgré sa symptomatologie ;
6. Des mesures d'intervention précoce ont été accordées à l'assurée sous la forme d'un soutien à la place de travail et d'un cours de formation (coaching pour la soutenir dans le maintien de son emploi), en décembre 2014.
7. Le 17 avril 2015, le Dr B_____ a fait état d'une aggravation de l'état de sa patiente sans changement dans les diagnostics (exacerbation des symptômes).
8. Le 22 avril 2015, le Dr C_____ a indiqué, pour sa part, que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire depuis son dernier rapport : elle se battait pour rester active à 50%, ce qui constituait une source de stress et d'instabilité. Le médecin a confirmé l'existence d'une capacité de travail de 50% au poste habituel.
9. Le dossier de l'assurée a alors été soumis au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) qui, le 29 mai 2015, a constaté que, sur le plan rhumatologique, selon l'expert D_____, la capacité de travail était de 100% depuis janvier 2015 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées ; sur le plan psychique, la capacité de travail avait été évaluée à 50% par l'expert E_____, taux confirmé par le Dr C_____ en avril 2015.

Le SMR s'est rallié à cette estimation.

10. Le 1^{er} juin 2015, l'assurée a pu augmenter son taux de travail à 60%, puis à 70% depuis le 1^{er} septembre 2015.
11. Le 30 septembre 2015, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée.

Le rapport relate qu'aux dires de l'assurée, sans atteinte à sa santé, elle aurait poursuivi son emploi à un taux de 80% pour des raisons financières et parce qu'elle ne s'imaginait pas rester sans rien faire.

Le taux d'empêchement global dans la sphère ménagère a été fixé à 42.3 %.

À noter qu'invitée à remplir le même jour un questionnaire destiné à déterminer son statut, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à sa santé, elle aurait exercé une activité lucrative au même taux d'occupation.

12. Les taux d'incapacité de travail ont été récapitulés comme suit par le psychiatre traitant le 29 juin 2016 : 100% du 5 février au 17 février 2014, 50% du 18 février 2014 au 31 mai 2015, 40% du 1^{er} juin au 31 août 2015 et 30% à compter du 1^{er} septembre 2015.
13. Le 9 novembre 2016, un projet de décision a été communiqué à l'assurée, dont il ressortait que l'OAI entendait lui nier le droit à toute prestation.
14. Le 24 novembre 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué suivre l'assurée depuis mai 2012.

Ce médecin a attesté de l'existence d'un état dépressif sévère en 2009 et d'une bipolarité traitée et relativement stabilisée. Il a évoqué des douleurs invalidantes de type fibromyalgie et des insomnies sévères participant à l'aggravation de l'état dépressif. Le médecin a émis l'avis que l'assurée était incapable de travailler à plus de 50-60 %.

15. Dans un bref rapport d 24 novembre 2016, le Dr C_____ a répété que sa patiente ne devait pas travailler à plus de 50% et ce, pour préserver son état de santé.
16. Par courrier du 6 décembre 2016, l'assurée s'est opposée au projet de décision. Elle a reproché à l'OAI de s'éloigner "totalement de la réalité médicale" et rappelé souffrir d'un état dépressif, d'un trouble affectif bipolaire, de fluctuations de l'humeur et de douleurs invalidantes de type fibromyalgique, ainsi que d'insomnies sévères.
17. Par décision du 27 février 2017, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

Considérant que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait exercé une activité à 80%, l'OAI a retenu un statut mixte.

L'OAI a constaté que l'intéressée avait été dans l'incapacité totale de travailler du 5 février 2014 au 18 février 2014, date à laquelle elle avait recouvré une capacité de 50% dans toute activité, y compris celle de comptable.

S'agissant de la sphère ménagère, l'OAI s'est référé au rapport d'enquête à domicile et a admis des empêchements dans le ménage à hauteur de 42.3%, arrondis à 42%.

À la fin du délai d'attente d'un an, soit le 5 mai 2015, le degré d'invalidité global a été évalué à 38% (30% d'invalidité dans la sphère professionnelle [38% de 80% = 30%] + 8% d'invalidité dans la sphère ménagère [42% de 20% = 8%]).

L'OAI a noté qu'à compter du 1er juin 2015, l'assurée avait pu reprendre le travail à 60%, réduisant ainsi le degré d'invalidité global à 28% (20% d'invalidité dans la sphère professionnelle [25% de 80% = 20%] + 8% d'invalidité dans la sphère ménagère [42% de 20% = 8%]).

À compter du 7 septembre 2015, la capacité de travail de l'assurée s'était encore améliorée, puisqu'elle avait pu reprendre une activité professionnelle à 70%, ce qui avait encore réduit le degré d'invalidité à 18% (10% d'invalidité dans la sphère professionnelle [13% d'empêchement dans la sphère professionnelle de 80%] + 8% [42% de 20%]).

L'activité habituelle étant exigible et aucune autre ne permettant de réduire le dommage, des mesures d'ordre professionnelles étaient inutiles.

18. Par écriture du 30 mars 2017, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

En premier lieu, la recourante conteste le statut mixte de 80% qui lui a été reconnu. Elle allègue que si, lorsqu'elle a déposé sa demande de prestations, en octobre 2014, elle travaillait effectivement à 80% - et ce, depuis mars 2010 -, elle avait travaillé auparavant à 100% durant de longues années, malgré les problèmes de santé présents depuis son adolescence. Elle explique avoir quitté son emploi suite à un épisode dépressif majeur en 2009-2010 et avoir préféré, après une période de chômage, se contenter d'un taux de 80% pour des raisons de santé uniquement.

Pour le reste, la recourante allègue que son taux d'activité présent est inapproprié à son état de santé. Elle travaille au-dessus de ses forces par crainte de perdre son emploi.

19. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 avril 2017, a conclu au rejet du recours.

S'agissant du statut à reconnaître à la recourante, l'intimé rappelle que c'est la volonté hypothétique de l'assuré qui doit être déterminée ; celle-ci ne pouvant faire l'objet d'une administration directe de la preuve doit en général être déduite d'indices extérieurs. Il ne suffit dès lors pas d'affirmer vouloir travailler plus, même si la motivation paraît plausible; encore faut-il la rendre vraisemblable, notamment par l'apport de pièces.

Or, en l'occurrence, l'assurée, tant dans le questionnaire visant à déterminer son statut rempli le 30 septembre 2015 que lors de l'enquête économique sur le ménage menée le 5 octobre 2015, a indiqué que, sans atteinte à sa santé, elle aurait poursuivi l'exercice d'une activité lucrative à un taux de 80%.

20. La recourante a répliqué le 24 août 2017 en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, sous suite de dépens.

La recourante réaffirme que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait exercé une activité à plein temps. Elle fait remarquer qu'elle n'a réduit son taux d'activité à 60% que quelques mois avant la naissance de sa fille, dans l'idée de développer une activité indépendante, projet auquel elle a rapidement renoncé ; après la naissance de sa fille, en août 1995, elle a ré-augmenté son taux d'occupation à 100%.

De juin 1997 à septembre 2009, elle a ainsi travaillé à plein temps auprès de Société fiduciaire et de gérance SA (SFG).

Ce n'est qu'en 2006, après avoir constaté qu'elle était régulièrement en arrêt de travail, qu'elle a demandé à son employeur de réduire son taux de travail de 100 à 80% pour des motifs de santé uniquement (insomnies sévères) ; l'objectif de cette réduction du taux d'occupation était de pouvoir se reposer, non de s'occuper de sa fille. En 2009, les problèmes de santé se sont multipliés, une dépression s'est développée et, finalement, le 30 septembre 2009, elle a donné son congé parce qu'« elle n'en pouvait plus ».

Par la suite, en octobre 2009, elle a occupé durant quelques semaines seulement un poste de comptable à 80%, qu'elle a quitté abruptement en raison de crises de panique. A l'époque, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont attesté d'un épisode dépressif majeur.

En mars 2010, après une période de chômage, elle a repris une activité auprès de son employeur actuel et a opté pour un taux de 80%, parce qu'il lui paraissait impossible de travailler à 100%. Elle fait remarquer qu'à l'époque, sa fille était âgée de 15 ans ; ce n'est dès lors pas pour veiller à son éducation qu'elle a réduit son taux d'activité. Qui plus est, elle vit seule avec sa fille, sans aucun soutien financier du père de celle-ci ; ce n'est dès lors pas non plus par convenance personnelle qu'elle a réduit son taux d'activité. Ni la situation financière du ménage, ni l'éducation de son enfant, ni l'âge de l'assurée, ni ses qualifications personnelles, ni ses affinités ou talents ne justifiaient ladite réduction, ce qui vient appuyer les déclarations selon lesquelles elle aurait continué à exercer à 100% si son état de santé le lui avait permis.

Aujourd'hui encore, la recourante lutte pour conserver sa place de travail en travaillant le plus possible, mais, ce faisant, elle continue à s'épuiser, tant physiquement que psychologiquement. Ainsi, elle exerce à 70% du taux contractuel de 80% - ce qui correspond à un 56% -, alors même que l'expert et son médecin traitant considèrent que 50% constituerait le maximum exigible de sa part. La recourante y voit la démonstration qu'elle met tout en œuvre, au-delà du raisonnable, pour conserver sa place de travail, au risque d'une aggravation soudaine et dramatique de son état de santé.

Dès lors que, sans atteinte à sa santé, elle aurait travaillé à 100%, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail - de 50% -, dont elle demande qu'elle lui soit reconnue.

A l'appui de sa position, la recourante a notamment produit un rapport de la doctoresse G_____, du département de psychiatrie (laboratoire du sommeil) des HUG, du 28 février 2011, dont il ressort que l'assurée souffre d'une insomnie d'endormissement et de maintien chronique et que cette problématique évolue défavorablement, malgré les différents traitements proposés, avec des aggravations régulières liées aux perturbations thymiques et/ou au stress. Le diagnostic retenu est celui d'insomnies non organiques.

21. Par écriture du 25 septembre 2017, l'intimé a dupliqué en persistant dans ses conclusions.
22. Par écriture du 6 décembre 2017, la recourante a produit de nouveaux documents relatifs à un accident survenu le 29 décembre 2016 (chute sur son poignet gauche).

Les diagnostics de fracture intra-articulaire gauche et compression du nerf médian dans le tunnel carpien gauche ont été posés. Une première intervention a eu lieu le 30 décembre 2016, une seconde le 31 mai 2017, à la suite desquelles l'assurée s'est trouvée en arrêt de travail durant une trentaine de jours environ. Des documents produits, il ressort que des limitations fonctionnelles importantes ont subsisté (absence de force dans le poignet, douleurs et gonflements en cas de sollicitation trop importante), qui ont conduit à envisager une troisième intervention, au début de l'année 2018.

La recourante sollicite une expertise judiciaire pour faire le point sur l'ensemble des atteintes à sa santé.

Pour le surplus, elle rappelle que, depuis janvier 2018, un nouveau mode de calcul a été introduit pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel.

La recourante a ensuite produit :

- un rapport du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du 22 décembre 2017, concluant à une séquelle de fracture de l'épiphyse distale du radius gauche et à une rupture du tendon long extenseur du pouce gauche ;
- un certificat de ce même médecin du 9 janvier 2018 concluant à une reprise du travail à 100% à compter du 8 juillet 2017, mais faisant mention d'une nouvelle intervention le 31 janvier 2018 avec une incapacité de travail à prévoir à compter de cette date de 7 à 10 jours.

23. Par écriture du 29 janvier 2018, l'intimé a indiqué avoir soumis les nouveaux documents médicaux produits au SMR, lequel a constaté que l'évolution de la fracture du poignet gauche avait été lentement favorable et n'avait pas justifié d'incapacité durable (incapacité à 100% de décembre 2016 au 8 juin 2017, de 50%

du 9 juin au 7 juillet 2017, puis 0% à partir du 8 juillet 2017). Dès lors, le SMR s'en est rapporté aux conclusions prises précédemment, à savoir une capacité de travail de 70%.

24. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 15 mars 2018.

A cette occasion, la recourante a expliqué qu'elle souffre d'insomnies depuis toujours, tout comme sa fille - âgée aujourd'hui de 22 ans - et son père ; ce dernier étant toutefois indépendant, cela lui avait permis de mieux gérer la chose.

Jusqu'à 40 ans, l'assurée a pu travailler à plein temps parce qu'elle était jeune et arrivait à surmonter les difficultés induites par ce problème, notamment en raison de son tempérament.

La recourante a expliqué être « totalement décalée » : elle n'arrive à s'endormir que sur le coup des 4h du matin, ce qui raccourcit drastiquement ses nuits, puisqu'elle doit se lever à 6h.

Elle a réussi à « faire avec » durant un certain temps, jusqu'au jour où sa qualité de vie s'est tellement dégradée qu'elle a demandé à son employeur de réduire son taux d'activité à 80% afin de pouvoir dormir un peu plus longtemps au moins une fois par semaine.

La recourante a été suivie, a subi des investigations à la clinique du sommeil, sans succès.

L'assurée argue que si elle a répondu que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 80%, c'est parce qu'elle n'a pas véritablement compris la question. Elle voulait signifier par là qu'en dessous de 80%, elle ne s'en sortirait pas financièrement ; qui plus est, son employeur ne tolérerait pas un taux inférieur. Il lui a déjà fallu deux ans pour accéder à sa demande de réduction de temps de travail.

La recourante affirme que si son état le lui permettait, elle travaillerait à « 110% », comme ses collègues. Plus jeune, elle était d'ailleurs quasiment hyperactive et a assumé pendant quasiment dix ans pratiquement deux activités à plein temps : outre son travail, l'assurée a œuvré bénévolement dans une association (spectacles, comptabilité, accueil, réunions du comité, etc.).

Son intention n'a jamais été de se reposer sur l'assurance-invalidité. La preuve en est que ce n'est pas elle qui l'a sollicitée ; c'est par son assureur perte de gain qui a sollicité une détection précoce.

La recourante souligne qu'elle a toujours cherché à rester active le plus possible : elle a d'ailleurs été engagée par son employeur actuel alors même qu'elle était en dépression et sous anxiolytiques. C'est ainsi qu'elle a réussi pendant très longtemps à cacher tant la dépression que la bipolarité.

C'est en 2009 que le diagnostic de bipolarité en phase dépressive a été posé.

La recourante a ajouté qu'il est vital pour elle de conserver son poste car elle a le sentiment que si elle le perdait, elle perdrait tout : à 50 ans, atteinte de bipolarité, il lui serait sans doute impossible de retrouver un emploi.

En définitive, elle a indiqué ne pas contester le taux de capacité résiduel de 50% retenu sur le plan médical car elle tient à continuer au moins à ce taux-là.

25. À l'issue de cette audience, un délai a été accordé à la recourante pour produire toutes pièces utiles corroborant ses allégations quant à son statut.
26. Le 18 avril 2018, la recourante a produit différents documents, dont elle considère qu'ils démontrent qu'elle a bel et bien réduit son temps de travail pour des raisons de santé :
 - une attestation rédigée le 22 mars 2018 par la directrice du Théâtre I_____ certifiant que l'assurée a été très active au sein de l'équipe ;
 - un bref certificat du Dr B_____ du 26 mars 2018, attestant que sa patiente a diminué son temps de travail à 80% dès 2007 en raison de problèmes de santé.

27. Par écriture du 8 mai 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

L'intimé constate que le certificat du Dr B_____ n'est nullement documenté et rappelle que, selon le SMR, l'incapacité de travail durable n'a débuté que le 5 février 2014.

Il fait remarquer que l'assurée a déclaré à deux reprises que, sans atteinte à sa santé, elle aurait poursuivi l'exercice d'une activité lucrative à 80%.

Quant à une éventuelle instruction complémentaire sous la forme d'une expertise rhumato-psychiatrique, l'intimé fait valoir qu'aucun élément de nature clinique ou diagnostique n'a été ignoré qui justifierait une telle mesure.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.
4. Le litige porte d'une part, sur le statut à reconnaître à l'assurée, d'autre part, sur la question de son degré d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. a) Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée, plus précisément, si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que, sans atteinte à sa santé, elle aurait continué à travailler à 80%, alors que l'intéressée allègue qu'elle aurait travaillé à 100% et que seules des raisons médicales l'ont amenée à diminuer son taux d'occupation.
b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle

méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]), dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

c) On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. La réponse apportée à cette question dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références).

d) C'est le lieu de rappeler que le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

e) Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 1er février 2010 9C_663/2009, consid. 3.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les

conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45, consid. 2a).

8. En l'espèce, il est vrai que la recourante a réduit son taux d'occupation à 80% depuis plusieurs années déjà.

Il ressort ainsi de l'extrait de son compte individuel AVS que c'est en 2006 qu'elle a réalisé son plus haut revenu, à savoir CHF 96'200.-. C'est en octobre 2009, qu'elle a travaillé à 80% pour un employeur durant quelques semaines à peine, puis, depuis mars 2010, pour son employeur actuel.

Il est vrai également qu'à deux reprises, le même jour, soit le 30 septembre 2015, lors de l'enquête économique qui a été menée, l'assurée a allégué que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à un taux similaire. Elle s'en est expliqué lors de son audition devant la Cour de céans : elle entendait indiquer par là qu'il s'agissait du taux minimal envisageable pour elle pour des raisons financières. Ces explications apparaissent d'autant plus convaincantes qu'elles sont corroborées par de nombreux éléments de fait démontrant que la volonté réelle de l'intéressée aurait effectivement été de travailler à 100% :

- la recourante a continué à travailler à plein temps malgré la naissance de sa fille, en août 1995 et ce, durant plusieurs années ;
- lorsqu'elle a réduit son taux d'occupation, en 2009, sa fille était âgée de 14 ans ; cette diminution n'était donc clairement pas motivée par des motifs d'éducation ;
- à la même époque, l'assurée a rencontré d'importants problèmes de santé, dont ont attesté plusieurs médecins (trouble bipolaire, trouble dépressif et troubles du sommeil, cf. rapport du Dr C_____ du 2 décembre 2014, rapport de l'expert E_____ du 18 novembre 2014 et périodes d'hospitalisation en octobre 2010, au printemps 2012 et durant l'été 2014) ; ces troubles sont de nature à entraîner la fatigabilité importante alléguée par l'assurée pour expliquer la réduction de son taux d'activité ;
- toute l'attitude de la recourante démontre sa volonté de continuer à travailler envers et contre tout, le plus possible et le plus longtemps possible ; ce trait de caractère a d'ailleurs été souligné tant par le psychiatre traitant que par l'expert E_____ ; l'assurée a visiblement l'habitude de travailler au-delà de ses forces ;
- la recourante ne peut compter que sur le produit de son propre labeur pour les entretenir, sa fille et elle ;
- ainsi qu'elle le relève, ce n'est effectivement pas la recourante qui a interpellé l'assurance-invalidité, mais son assurance perte de gain ;
- le fait que l'assurée exerce à un taux de 80% depuis 2009 explique qu'elle se soit référée à ce taux-là lorsqu'elle a répondu à l'enquêtrice ménagère.

Certes, la survenance de l'invalidité est bien postérieure à la réduction du taux d'activité, puisque l'incapacité de travail n'a été supérieure à 40% qu'à compter de février 2014. Il n'en demeure pas moins qu'il est établi que l'apparition des atteintes à la santé est bien antérieure, puisqu'elle remonte à 2004 au moins. Il est vraisemblable que la fatigabilité consécutive aux atteintes psychiques conjuguées ait, à l'époque déjà, entraîné une incapacité de travail moindre, de 20%, qui, si elle ne légitimait pas le dépôt d'une demande de prestations auprès de l'intimé, justifiait en revanche que l'assurée diminuât son taux d'activité pour préserver sa capacité de travail résiduelle.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, la Cour de céans considère que l'on peut admettre, au degré de vraisemblance prépondérante requis, que la recourante, si son état de santé le lui avait permis, aurait travaillé à plein temps au-delà de l'année 2009.

En d'autres termes, les griefs de la recourante relatifs à la qualification de son statut par l'intimé sont justifiés. Il convient de la considérer comme une personne active à 100%.

9. Il faut à présent revenir sur la détermination du degré d'invalidité de la recourante en vertu de ce statut.
10. En l'espèce, l'intimé a admis une incapacité de travail totale du 5 au 18 février 2014, date à compter de laquelle il a estimé que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50% dans toute activité, ce qu'ont corroboré plusieurs médecins et experts. Aucun élément ne permet de s'écarter de leurs conclusions convergentes, lesquelles ne sont au demeurant contestées ni par l'intimé, ni par la recourante. Pour cette raison également, il n'est nul besoin de procéder en l'état à des investigations supplémentaires sous forme d'expertise.

Le délai d'attente est venu à échéance le 5 mai 2015, mois durant lequel le degré d'invalidité a donc été de 50%, puisqu'il se confondait avec le taux de capacité de travail résiduelle théorique.

À compter de juin 2015, l'assurée a travaillé à 60% de son 80%, ce qui correspond à un taux d'occupation de 48%, soit approximativement celui de la capacité de travail résiduelle reconnue par les médecins. Là encore, le degré d'invalidité se confond avec le taux de capacité résiduelle théorique de travail, soit 50%.

À compter du 7 septembre 2015, l'assurée a repris son activité à 70% de son poste à 80%, ce qui correspond à un taux de 56%. Il est vraisemblable, au vu des constatations des spécialistes, que ce taux d'occupation est inapproprié et que la recourante travaille au-delà du raisonnable, ce qu'il faut mettre à son crédit. Il n'en demeure pas moins que la notion d'invalidité se définit comme une incapacité de gain totale ou partielle et qu'on ne saurait dès lors s'écarter de la perte de gain réellement subie par la recourante, soit, en l'occurrence, 44%. Dès lors, à compter de décembre 2015, elle aurait dû se voir reconnaître le droit à un quart de rente.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 27 février 2017.
4. Reconnaît à Madame A_____ le droit à une demi-rente d'invalidité de mai à novembre 2015, puis à un quart de rente à compter de décembre 2015.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le