



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1405/2019

ATAS/619/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juillet 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par CAP
Protection Juridique

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1979, est mariée et mère de deux enfants nés en 2006 et en 2013. Elle a une formation d'assistante vétérinaire et a travaillé dans cette profession depuis 1994, auprès du docteur B_____ puis, depuis 2011, auprès du docteur C_____. Elle a également travaillé comme agent de sûreté des passagers, selon un taux d'occupation non défini, d'avril 2003 à décembre 2006 à l'aéroport international de Genève. Le contrat d'auxiliaire du 2 avril 2003 indique que l'assurée est engagée en tant que « contrôleuse passagers auxiliaire » dès le 14 avril 2003 pour une durée indéterminée. Le tarif horaire est établi à CHF 24.60 + 10% pour les vacances. Le nombre d'heures effectuées par semaine ou par mois n'est pas précisé, les horaires étant laissés au choix de la recourante, avec la formule « selon votre disponibilité ».
2. Le 1^{er} janvier 2011, l'assurée a signé un nouveau contrat de travail en qualité d'assistante médicale vétérinaire, à raison de 25 heures par semaine, représentant 55% de 45 heures, au salaire mensuel brut de CHF 1'800.- versé treize fois l'an.
3. Dans son rapport du 9 novembre 2016, son médecin traitant, le docteur D_____, neurologue, a attesté que l'assurée avait développé, depuis 2006 environ, une faiblesse progressive proximale des membres inférieurs avec difficultés à se relever de la position accroupie. Ce médecin l'avait vu pour la première fois en mars 2011. Le tableau clinique était celui d'une myopathie. L'examen neurologique montrait une faiblesse des membres inférieurs proximale, bilatérale, très marquée pour les quadriceps. Aux membres supérieurs, il y avait une discrète parésie proximale à la limite du significatif.
4. En février 2017, l'assurée a déposé par erreur une demande d'allocation pour impotent auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). Dans le formulaire, elle avait indiqué sous la rubrique chiffre 3 « atteinte à la santé » qu'elle souffrait de « Myopathie des ceintures » depuis « 2006 ». Elle avait détaillé sous chiffre 4 que depuis 2006, elle avait besoin d'aide pour se lever du lit, sortir de la baignoire, se lever du siège des toilettes, descendre et monter les escaliers.
5. Dans son instruction relative à une allocation pour impotent du 21 mars 2017, sous chiffre 5 « Remarques », l'enquêtrice de l'OAI, Madame G_____, a écrit « Cette assurée a une myopathie d'évolution lente depuis 10 ans. Elle travaillait à 100% comme aide vétérinaire, puis a dû diminuer à 60, 50% à cause de sa myopathie ».
6. Ladite demande a été rejetée par l'OAI.
7. L'assurée a alors déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou rente, en date du 26 mai 2017. Sous la rubrique « Genre d'activité », chiffre 5.4, elle indiquait « assistante vétérinaire à 60% ». Sous la rubrique « Origine de l'atteinte », chiffre 6.2, elle indiquait « Je travaille à 60% non par choix, car il n'est plus possible de faire certaines choses et mon patron estime que je devrais encore réduire ».

8. Dans son rapport du 12 juin 2017, le Dr D_____ a posé le diagnostic d'atteinte neuromusculaire. Sur le plan professionnel, celle-ci entraînait une incapacité de travail. La marche, la position debout un peu prolongée, le port de toute charge n'était plus possible et accompagné d'un risque de chutes qui étaient d'ailleurs fréquentes. L'assurée pouvait en revanche travailler en position assise, mais même dans cette position la capacité de travail n'était pas complète, en raison de crampes fréquentes aux membres inférieurs l'obligeant à changer de position et à se lever. Elle ne pouvait pas non plus se déplacer en transport en commun à cause des mêmes risques de chutes, ce qui nécessitait une voiture adaptée. La montée des escaliers était impossible et elle avait besoin quotidiennement d'une période de repos, ainsi que régulièrement d'une physiothérapie. La maladie était lentement évolutive.
9. Par rapport complémentaire du 20 juin 2017, le Dr D_____ a encore précisé, sous chiffre 1.7 « Incapacité de travail », « Je n'ai pas déterminé d'incapacité de travail chez Madame A_____. Alors que durant plusieurs années, elle travaillait à 100% elle a réduit d'elle-même à 60% à cause de l'affection musculaire. Elle n'avait toutefois pas demandé d'incapacité de travail. De fait, il y a incapacité de travail progressive depuis plusieurs années sans que l'on puisse dater de façon plus précise ».
10. Selon le rapport d'évaluation en intervention précoce de l'OAI du 18 juin 2017, l'assurée souhaitait garder son emploi actuel, devenu adapté, le plus longtemps possible et envisageait de passer de 60 à 50%. Elle était dynamique et motivée, très résiliente et motivée à continuer à travailler. Fin 2006, elle avait dû cesser un emploi à temps partiel à l'aéroport pour des raisons de santé. Selon le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, depuis fin 2006.
11. Selon le document « Avis cellule de tri » daté du 5 juillet 2017, complété par le docteur E_____, du SMR de l'OAI, l'assurée avait une capacité fonctionnelle exigible dans l'activité habituelle de 0% et de 50% dans une activité adaptée. Le Dr E_____ a indiqué suivre la prise de position du Dr D_____. S'agissant du début de l'incapacité de travail, il a écrit « On peut considérer que l'IT débute lorsque l'assurée a réduit son temps de travail ».
12. Dans son rapport du 11 juillet 2017, le docteur F_____ a attesté une capacité de travail dans l'activité habituelle de 20% et dans une activité adaptée de 40%. Il a émis les diagnostics d'amyotrophie des quadriceps et de parésie sévère ilio-psoas et quadriceps. Dans les restrictions physiques, il a mentionné une impossibilité d'assister un vétérinaire au bloc opératoire et de monter les escaliers dans le cabinet, ainsi que de porter les animaux. Pour le début de la cause d'incapacité de travail, il a écrit « Atteinte neuromusculaire évocatrice d'une myasthénie dès 2006 ».

13. Selon le questionnaire pour l'employeur, que le vétérinaire a signé le 20 juillet 2017, le temps de travail était de 5,25 heures par jour et de 26 heures par semaine.
14. Selon la note de travail de l'OAI du 15 septembre 2017, l'assurée avait réduit son taux d'activité à 50% depuis le 1^{er} septembre 2017.
15. Le 22 septembre 2017, le contrat de travail a été modifié dans le sens que le temps de travail hebdomadaire était réduit à 21,5 heures, correspondant à un 50% au salaire annuel brut de CHF 32'097.-.
16. Le 30 novembre 2017, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il prendrait en charge les frais pour une formation de secrétaire-médicale.
17. Selon la note du 24 avril 2018 de l'OAI relative au statut de l'assurée, celle-ci avait travaillé comme aide-vétérinaire dans le même cabinet de 2001 à 2010. Puis un autre vétérinaire avait repris le cabinet et refait un nouveau contrat de travail au taux de 60% dès 2011. De 2003 à 2006, l'assurée avait cumulé deux revenus. À cette date, le revenu dans le cabinet vétérinaire était inférieur au revenu actuel au taux de 60% et pouvait correspondre à un 50%. Son deuxième emploi était sur appel à l'aéroport. Le revenu des deux emplois cumulés correspondait au 60% des revenus actuels. Partant, au moment de la survenance de l'invalidité, l'assurée avait réalisé des revenus correspondant à un 60% en comparaison avec les revenus actuels. Selon l'OAI, il y avait lieu de retenir un statut mixte, à savoir 60% pour la part professionnelle et 40% pour les activités dans le ménage.
18. Le 11 septembre 2018, une enquête économique sur le ménage a été effectuée, laquelle est arrivée à la conclusion que l'assurée présentait un empêchement pondéré avec exigibilité, à savoir l'aide de sa famille, de 11,4%. Selon l'enquêtrice, l'assurée aurait par ailleurs déclaré que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé comme aide-vétérinaire à 60% et aurait gardé son emploi d'agent de sûreté à l'aéroport. Elle avait cessé son travail en tant qu'agent de sûreté à l'aéroport fin 2006, en lien avec l'atteinte à la santé. Depuis 2011, elle avait augmenté son taux d'activité dans le cabinet vétérinaire à 60%, étant précisé que le cabinet ne pouvait pas lui offrir un poste à un taux plus élevé. Le revenu mensuel de son époux était de CHF 7'241.-, le loyer de CHF 1'800.-, les primes d'assurance de CHF 1'335.- pour la famille et un crédit voiture de CHF 542.- par mois.
19. Selon la note du 23 novembre 2018 de l'OAI relative au statut, l'assurée avait cumulé de 2003 à 2006 deux emplois en tant qu'aide-vétérinaire et en tant qu'agent de sûreté à l'aéroport sur appel. Elle travaillait ainsi à 80%. Puis, elle avait travaillé à 60% et avait diminué son activité à 50% suite à son atteinte à la santé. Dès lors que si les troubles de la santé n'étaient pas apparus, l'assurée aurait continué à travailler à 80%, « selon ses dires » dans le cadre de l'enquête ménagère, il y avait lieu de retenir un statut mixte à 80% pour la part professionnelle et 20% pour la sphère ménagère.
20. Le 27 novembre 2018, l'OAI a évalué la perte de gain selon la méthode mixte, au taux d'activité professionnelle de 80% et dans le ménage à 20%. Il a déterminé le

revenu sans invalidité à CHF 62'275.- et le revenu exigible avec invalidité à CHF 32'907.- (50%). Avec des empêchements dans le ménage de 11,4% la perte de gain était de 40%, selon l'ancien calcul, et de 48% selon le nouveau calcul.

21. Le 3 décembre 2018, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer un quart de rente à partir du 11 novembre 2017 et que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Ce faisant, il a retenu un statut d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et, pour les 20% restant, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Reprenant les chiffres de son calcul de la perte de gain, son taux d'invalidité était inférieur à 50%, raison pour laquelle elle n'avait droit qu'à un quart de rente. En première page, sous « Notre projet de décision est le suivant » il était indiqué, notamment « Dès le 01.01.2018, vous maintenez (sic) le droit à un quart de rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 48% » Il était toutefois indiqué également dans ledit projet, en page 3 que « Vous présentez un degré d'invalidité de 48%, ce qui ouvre le droit à une demi-rente ».
22. L'assurée a chargé un mandataire de vérifier les calculs et celui-ci a demandé à l'OAI de prolonger de 30 jours supplémentaires le délai de 30 jours après lequel l'OAI indiquait qu'une décision serait notifiée, ce que l'OAI a refusé de faire.
23. Le 27 février 2019, le Dr D_____ a confirmé le diagnostic de maladie neuromusculaire avec une faiblesse proximale importante des membres inférieurs. L'état de santé s'était légèrement aggravé, avec une faiblesse discrète, qui apparaissait dans les membres supérieurs.
24. Par décision du 7 mars 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2017, ainsi qu'une rente pour chacun des deux enfants mineurs. La motivation de la décision était que, du 1^{er} novembre au 31 décembre 2017, l'OAI fixait le taux d'invalidité à 40%, ce qui ouvrait le droit à un quart de rente. Dès le 1^{er} janvier 2018, le taux d'invalidité était fixé à 48% ce qui ouvrait le droit à un quart de rente. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Selon l'OAI, le statut de l'assurée était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et à 20% aux travaux habituels dans le ménage. Dès la fin de l'année 2006 (soit le début du délai d'un an), la capacité de travail dans son activité habituelle était nulle et était de 50% dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée. La demande de prestations AI était tardive, car déposée en date du 26 mai 2017, ce qui n'ouvrait le droit au versement des prestations qu'à partir du mois de novembre 2017.
25. Par acte du 8 avril 2019, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'un quart d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 40% du 1^{er} novembre au 31 décembre 2017 et à une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 50% dès le 1^{er} janvier 2018, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour examiner son

droit aux prestations au taux d'invalidité de 50% dès le 1^{er} janvier 2018. Elle a allégué avoir travaillé jusqu'à fin 2010 à 100%, puis avoir réduit son taux d'activité à 60% à partir du 1^{er} janvier 2011 en raison de la maladie dont elle souffrait. Dès le 1^{er} septembre 2017, elle avait encore réduit son taux d'activité à 50% à cause des douleurs. Elle a en premier lieu fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu, dans la mesure où l'intimé n'avait pas expliqué comment il avait déterminé le salaire avec et sans invalidité. Quant à la détermination de ses empêchements dans le ménage, l'intimé n'avait pas expliqué par quelles opérations il était arrivé à un taux d'empêchement pondéré avec exigibilité de 11,4%. Ce taux n'apparaissait nulle part dans le dossier en possession de la recourante. Il n'était pas non plus possible de comprendre comment l'intimé était parvenu à déterminer le taux d'invalidité global à 57,67% pour l'activité professionnelle à partir du 1^{er} janvier 2018, puis à un taux d'invalidité global de 48%. Ce qui ajoutait encore de la confusion, c'est que l'intimé avait indiqué dans sa décision qu'elle présentait un degré d'invalidité de 48%, ce qui lui ouvrait le droit à une demi-rente. Partant, la recourante n'était pas en mesure de comprendre pleinement la décision litigieuse et de déterminer s'il y avait lieu de la contester.

26. Dans sa réponse du 28 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a expliqué que le salaire d'aide-vétérinaire à 60% avait été extrapolé à partir du contrat actuel de 50% qui était de CHF 39'448.-. Le salaire réalisé à l'aéroport avait été de CHF 22'789.-, ce qui constituait la moyenne des revenus annuels entre 2003 et 2006, indexée à 2017. L'addition de ces deux revenus démontrait un revenu global de CHF 62'275.- au taux de 80%. Quant aux empêchements ménagers, l'aide exigible du mari avait été déduite, de sorte que le taux d'empêchement pondéré était de 11,4%, selon les renseignements figurant dans le rapport d'enquête ménagère.
27. Par écriture du 24 juin 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle souhaitait comprendre les calculs complets effectués par l'intimé concernant l'enquête économique sur le ménage. En effet, elle ne comprenait pas quels étaient les critères pour retenir un empêchement pondéré de 9% pour l'entretien du logement ou de la maison et de 2,4% pour la lessive et l'entretien des vêtements. Elle souhaitait également savoir comment l'aide exigible du mari de la recourante avait été déduite en pourcentage et comprendre comment avaient été fixés les taux d'exigibilité.
28. En date du 29 août 2019, les parties ont comparu personnellement à une audience devant la chambre de céans. La recourante a exposé qu'elle avait travaillé à 100% et non pas à 80% avant de rencontrer des problèmes de santé et qu'il ne fallait donc pas retenir un statut mixte, mais un statut de travailleuse à 100%. Selon elle, jusqu'en 2006 elle travaillait à 80% chez le vétérinaire B_____ et à 20% comme agent de sûreté. En 2006, en raison de ses problèmes de santé, elle avait arrêté cette dernière activité à 20% et avait continué chez le Dr B_____ à 80%. Elle a proposé de faire entendre le Dr B_____ chez qui elle avait travaillé en qualité d'assistante-

vétérinaire, afin que ce dernier confirme son taux d'occupation. Elle a ajouté qu'à partir de 2011, avec le départ à la retraite du Dr B_____ et l'arrivée d'un nouveau vétérinaire, elle avait travaillé à 60% en lieu et place de 80% tout en gagnant plus. Elle aurait aimé travailler à 80%, mais le nouveau vétérinaire ne pouvait proposer qu'un 60%. Par la suite elle avait dû diminuer son temps de travail à 50% pour raisons de santé.

Ni la recourante ni son mandataire n'ont interrogé l'OAI pour obtenir des clarifications sur les éléments retenus par l'intimé pour prendre sa décision lors de ladite audience. Il n'y a pas eu de demande d'actes d'instructions supplémentaires en dehors de la proposition de la recourante d'entendre le Dr B_____ comme témoin, afin qu'il confirme les taux d'occupation qu'elle alléguait.

29. En date du 19 septembre 2019, la recourante a fait parvenir à la chambre de céans deux certificats établis par le Dr B_____. Le premier certificat faisait état du fait que la recourante avait été employée par le Dr B_____ à un taux de 50% dès le 22 août 1994, puis à 100% dès le 1^{er} septembre 1994. Le second certificat établissait que la recourante avait travaillé, chez le même vétérinaire, à un taux de 80% de 2006 à 2011.
30. Réagissant à l'audience de comparution personnelle du 29 août 2019 et à la réception des certificats du Dr B_____, l'intimé a confirmé, par courrier du 8 octobre 2019, qu'il considérait que le statut de la recourante était bien celui d'une travailleuse à un taux de 80%.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur la fixation du taux d'invalidité de la recourante.
4. Cela étant, la recourante soulève, à titre préalable, un grief de nature formelle, soit la violation du droit d'être entendu, qu'il convient d'examiner en premier lieu dès

lors que son admission pourrait conduire à l'annulation de la décision attaquée, sans examen du litige sur le fond (ATF 124 V 90 consid. 2).

5. a. La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 129 II 504 consid. 2.2 ; ATF 127 I 56 consid. 2b ; ATF 127 III 578 consid. 2c ; ATF 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

b. Aux termes de l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

c. La décision qui présente un vice de forme (absence d'indication des voies de droit ou de motivation, par exemple) ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA). Cela étant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification d'une décision; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. En d'autres termes, il convient d'examiner, selon les circonstances du cas concret, si l'intéressé a été effectivement induit en erreur et désavantagé de la sorte. Pour répondre à cette question, il convient de se référer au principe de la bonne foi qui sert à arbitrer entre le besoin de protection juridique de l'assuré, d'une part, et la sécurité juridique d'autre part (ATF 111 V 149 consid. 4c ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_646/2017 du 9 mars 2018 consid. 4.2, 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4.3 et 9C_791/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.2 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 61 ad art. 49 LPGA; Valérie DÉFAGO GAUDIN, in Dupont/Moser-Szeless (éd.), Commentaire romand de la LPGA, p. 598).

d. L'irrégularité de la notification peut concerner, notamment, la motivation de la décision, l'indication des moyens de droit ou la communication de la décision. La conséquence de l'irrégularité dépend des circonstances. La décision dont la notification est irrégulière n'est en principe pas nulle. Le plus souvent, la décision est annulable, de sorte que c'est par la voie de l'opposition ou du recours que l'irrégularité de la notification doit être soulevée ; cas échéant, la computation du délai à cet effet doit tenir compte de l'information donnée dans la décision attaquée

et le terme de celui-ci peut être prolongé d'autant. Une décision qui n'est pas communiquée à une partie ne déploie pas d'effet juridique à l'égard de celle-ci (ATF 111 V 149 consid. 4c ; ATF 134 V 412 consid. 3.2 ; ATF 122 V 189 consid. 2 ; DÉFAGO GAUDIN, *ibidem*).

6. Le principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst.) oblige celui qui constate un prétendu vice de procédure à le signaler immédiatement, à un moment où il pourrait encore être corrigé, et lui interdit d'attendre, en restant passif, afin de pouvoir s'en prévaloir ultérieurement devant l'autorité de recours (ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; ATF 121 I 30 consid. 5f et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_836/2017 du 20 avril 2018 consid. 2). Ainsi, si la recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, l'assuré est toutefois tenu de les formuler dès que possible, conformément au principe de la bonne foi.
7. En l'occurrence, la recourante se plaint d'une violation du droit d'être entendu en raison du fait que la lecture du préavis du 3 décembre 2018 ne lui a pas permis de comprendre les raisons pour lesquelles l'intimé a retenu un salaire théorique de CHF 62'191.- que la recourante aurait pu réaliser sans atteinte à la santé, puis un revenu dans une activité adaptée de CHF 32'907.-. La recourante s'interroge également sur le taux retenu à l'issue de l'enquête ménagère de 11,4% pour l'empêchement pondéré avec exigibilité.

Elle ajoute encore que cette confusion est renforcée par une erreur de plume figurant dans le préavis où l'OAI a écrit que « Vous présentez un degré d'invalidité de 48% ce qui ouvre le droit à une demi-rente ». Le mandataire de la recourante allègue que cette conclusion a certainement rendu la compréhension de la décision erronée dès lors que la recourante a cru que le degré d'invalidité avait été arrondi de 48% à 50%.

En revanche, la recourante n'a pas relevé le fait que l'intimé avait refusé d'octroyer à son conseil un délai supplémentaire afin que ce dernier puisse faire valoir des observations avant que la décision sur opposition ne soit notifiée. Le projet de décision a été notifié par l'autorité en date du 3 décembre 2018 en précisant que la décision définitive serait notifiée sous 30 jours.

8. Selon l'art. 57a LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA.

Aux termes de l'art. 73^{ter} RAI, les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (al. 1). L'assuré peut communiquer ses observations à l'office AI par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel. Si l'audition a lieu oralement, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré (al. 2). Par ailleurs, aux termes de l'art. 74 RAI, une fois l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (al. 1). La motivation tient compte des observations

qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al. 2).

Selon la jurisprudence et la doctrine, le délai de l'art. 73^{ter} LAI est un délai d'ordre qui peut être prolongé pour de justes motifs (ATF 143 V 71 consid. 4.3). Prolongé ou non, il doit être respecté par l'office AI. L'office AI commet ainsi une violation du droit de l'assuré à être entendu, lorsqu'il statue avant l'échéance du délai imparti à l'assuré pour qu'il se détermine sur le projet de décision, en écartant ainsi des moyens déposés en temps utile, ou en n'entrant pas en matière sans tenir compte d'une demande de prolongation du délai présentée par l'assuré dans le délai de trente jours, par exemple, afin qu'il puisse se faire conseiller par le représentant qu'il a désigné entre-temps (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 5 et I 459/02 du 29 octobre 2002 consid. 4 ; Michel VALTÉRIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n°8 ad art. 57a LAI).

Enfin, la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ch. 3013), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, stipule que le délai de 30 jours prévu par l'art. 73^{ter} RAI peut être prolongé dans des cas dûment motivés. Si à l'expiration du délai de trente jours, mais avant que la décision ne soit rendue, l'assuré apporte de nouveaux éléments pouvant influencer la décision, ceux-ci doivent être pris en compte.

9. En l'espèce, l'intimé a refusé, sans donner de raison, la demande de prolongation de 30 jours déposée le 11 janvier 2019 par le conseil de la recourante. Or, il se justifiait d'octroyer un délai supplémentaire à la recourante dès lors que celle-ci avait mandaté un avocat qui devait disposer du temps nécessaire à la prise de connaissance du dossier. Ce refus de l'intimé d'octroyer un délai supplémentaire de 30 jours apparaît comme injustifié.

Toutefois, dans les faits, le délai a été accordé dès lors que la décision querellée a été notifiée le 7 mars 2019, soit environ 3 mois après le préavis du 3 décembre 2018 et plus de 30 jours après la demande de délai supplémentaire de 30 jours déposée par le mandataire en date du 11 janvier 2019.

De ce fait et malgré le refus de prolongation de délai de l'OAI, la chambre de céans considère que la recourante a bénéficié du délai supplémentaire qu'elle avait demandé.

10. S'agissant de la confusion créée par l'erreur de plume, il est certes regrettable que l'OAI ait mentionné à une reprise dans son préavis, un droit à une demi-rente en lieu et place du droit à un quart de rente. Néanmoins, la lecture de l'intégralité du préavis est de nature à dissiper ce malentendu dès lors que le terme de demi-rente ne figure qu'une seule fois, en haut de la page 3 du projet, alors que le terme de quart de rente figure en première page, à deux reprises, sous le titre « Notre décision est la suivante », puis encore une fois à la fin de la deuxième page.

Si la recourante avait hésité quant à la bonne compréhension de la quotité exacte de son droit à une rente, il lui appartenait de réagir dans le délai octroyé (et allongé dans les faits jusqu'au 7 mars 2019) et de demander à l'autorité de clarifier cet éventuel malentendu, ce d'autant plus qu'elle avait fait appel, dans l'intervalle, à un mandataire professionnellement qualifié, dont l'expérience empêchait de supposer qu'un taux d'invalidité de 48% puisse être « arrondi » à 50%.

Conformément au principe de la bonne foi, la recourante devait signaler immédiatement à l'autorité l'erreur de plume constatée, faute de quoi, elle ne pouvait s'en prévaloir ultérieurement.

Comme vu supra, la recourante et son mandataire ont bénéficié d'un délai courant du 11 janvier 2019 (date de la demande d'octroi d'un délai supplémentaire) jusqu'au 7 mars 2019 (date de la décision sur opposition). Ce délai n'a pas été utilisé pour transmettre des observations, alors même que la contradiction entre le droit à la demi-rente et le droit au quart de rente sautait aux yeux et pouvait être aisément dissipé par un simple courrier, sans qu'il soit nécessaire d'étudier l'intégralité du dossier.

Compte tenu de ce délai supplémentaire, qui n'a pas été utilisé par la recourante pour communiquer des remarques à l'intimé par rapport au projet de décision et du fait que l'erreur de plume relevée par la recourante pouvait aisément être dissipée, la chambre de céans considère qu'il est hautement vraisemblable que la recourante, au plus tard après avoir soumis le préavis à son mandataire, n'était pas dans l'erreur et savait que le préavis visait à lui octroyer uniquement un quart de rente, indépendamment du taux d'invalidité retenu de 40 ou de 48%.

11. S'agissant des revenus théoriques retenus par l'intimé et du taux de 11,4% retenu à l'issue de l'enquête ménagère, la recourante n'a pas non plus demandé d'explications dans le délai séparant la notification du préavis et la notification de la décision. Il lui appartenait pourtant de demander des explications supplémentaires, ce qu'elle pouvait faire dès le 11 janvier 2019, date à partir de laquelle elle était assistée d'un mandataire professionnellement qualifié. Or, aucune demande d'explication de ces éléments n'a été adressée à l'OAI.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que le droit d'être entendu de la recourante a été respecté et qu'il lui appartenait d'agir dans le délai supérieur à 30 jours, précédant la notification de la décision, pour faire valoir ses observations et demander des clarifications.

12. 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).

13. 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).

14. a. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

b. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore

que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

15. a. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

b. Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).

c. Si la personne assurée se consacre en outre à ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

d. Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et

travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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). 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

17. Sur le fond, la recourante conteste le taux d'invalidité de 40%, respectivement de 48% dès le 1^{er} janvier 2018, retenu par l'intimé, ainsi que le résultat obtenu par l'intimé au regard de la méthode dite de comparaison des revenus, de même que le résultat de l'enquête ménagère. Lors de son audition en comparution personnelle, la recourante a déclaré qu'elle avait travaillé à 100% et non pas à 80% avant de rencontrer des problèmes de santé et qu'il ne fallait donc pas retenir un statut mixte de travailleuse à 80% et occupée aux tâches ménagères à 20%, mais un statut de travailleuse à 100%.
18. Dans sa demande de prestations datée du 14 février 2017, la recourante indique sous la rubrique chiffre 3 « atteinte à la santé » qu'elle souffre de « Myopathie des ceintures » depuis « 2006 ». Elle détaille plus loin sous chiffre 4 que depuis 2006, elle a besoin d'aide pour se lever du lit, sortir de la baignoire, se lever du siège des toilettes, descendre et monter les escaliers.

Dans son rapport complémentaire du 20 juin 2017, le Dr D_____ précise sous chiffre 1.7 « Incapacité de travail », « Je n'ai pas déterminé d'incapacité de travail chez Madame A_____. Alors que durant plusieurs années elle travaillait à 100%, elle a réduit d'elle-même à 60% à cause de l'affection musculaire. Elle n'avait toutefois pas demandé d'incapacité de travail. De fait, il y a incapacité de travail progressive depuis plusieurs années sans que l'on puisse dater de façon plus précise ».

Dans son avis du 5 juillet 2017, le Dr E_____, du SMR, considère que l'IT débute lorsque l'assurée a réduit son temps de travail.

Dans son rapport du 11 juillet 2017, le Dr F_____écrit que la recourante souffre d'un « Atteinte neuromusculaire évocatrice d'une myasthénie dès 2006 ».

Selon les documents transmis par le Dr B_____, la recourante est engagée à plein temps dès le 1^{er} septembre 1994, puis a travaillé à 80% de 2006 à 2011.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il est hautement vraisemblable que c'est l'atteinte à la santé qui a conduit la recourante à diminuer

son temps de travail, ce qui est confirmé aussi bien par les dires de la recourante que par les écrits des Drs D_____ et F_____.

La chambre partage l'avis du Dr E_____ selon lequel il faut fixer le début de l'incapacité (partielle) de travail au moment où l'assurée a réduit son temps de travail.

Selon les avis des Drs D_____ et F_____, ainsi que selon le certificat rédigé par le Dr B_____, la chambre considère comme établi que la recourante a commencé à réduire son temps de travail, en 2006, en raison de l'atteinte à sa santé.

19. La question de savoir quel était le taux exact d'occupation de la recourante au moment où les troubles de la santé l'ont amené à réduire son taux d'activité reste ouverte.

En effet, le certificat établi par le Dr B_____, le 21 juillet 1994, déclare que la recourante va être engagée à plein temps à partir du 1^{er} septembre 1994. Or, cette affirmation est contredite par les allégations de la recourante qui déclare avoir travaillé à 80% pour le Dr B_____ et à 20% comme agent de sûreté. Le certificat établi par l'aéroport international de Genève, en date du 3 janvier 2007, atteste que la recourante « a travaillé en qualité d'agente sûreté passagers auxiliaire du 14 avril 2003 au 22 décembre 2006 ». Le contrat d'auxiliaire du 2 avril 2003 indique que la recourante est engagée en tant que « contrôleuse passagers auxiliaire » dès le 14 avril 2003 pour une durée indéterminée. Le tarif horaire est établi à CHF 24.60 + 10% pour les vacances. Le nombre d'heures effectuées par semaine ou par mois n'est pas précisé, les horaires étant laissés au choix de la recourante, avec la formule « selon votre disponibilité ». Dans ces conditions, il n'est pas possible d'établir le taux d'occupation en pourcent.

L'instruction réalisée par l'intimé est incomplète sur ce point. Il lui appartenait de s'assurer du taux d'occupation exact de la recourante au moment où les troubles de la santé sont apparus en 2006, cas échéant en réalisant une moyenne des heures effectuées par cette dernière, ce qui pourrait être notamment établi au moyen des rémunérations versées par l'employeur à la recourante. Dès lors que le tarif horaire de CHF 24,60 + 10% est connu, la variable, soit le nombre d'heures effectuées par la recourante, pourrait être déterminée.

De cette façon, le taux exact d'occupation de la recourante, tenant compte du cumul des emplois au cabinet vétérinaire et à l'aéroport de Genève, au moment de l'apparition des troubles de la santé, en 2006, pourrait être établi.

L'intimé s'est apparemment dispensé de ce calcul en se fondant sur un unique élément, à savoir le chiffre 2.2 du rapport d'enquête ménagère dans lequel l'enquêtrice relate les dires de la recourante selon lesquels « sans atteinte à la santé, elle travaillerait à l'heure actuelle à 80% ». Or, le rapport d'enquête ménagère n'a pas été soumis à la recourante qui n'a pas eu la possibilité de procéder à d'éventuelles corrections des propos qui lui étaient prêtés.

La chambre de céans considère que cet élément isolé, qui n'a pas pu être revu par la recourante avant la décision querellée et qui semble en contradiction avec ses déclarations lors de la comparution personnelle, ne permet pas à lui seul d'établir avec une vraisemblance prépondérante un statut mixte de travailleuse à 80% et de personne s'occupant du ménage à 20%, ce d'autant moins que, comme vu supra, avec la prise en compte de l'activité de la recourante à l'aéroport, le taux d'occupation cumulé était supérieur à 80%, en 2006, au moment où les troubles de la santé ont contraint la recourante à diminuer son taux d'activité.

Les déclarations figurant dans la demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou rente, en date du 26 mai 2017, dans laquelle la recourante indique « Je travaille à 60% non par choix, car il n'est plus possible de faire certaines choses et mon patron estime que je devrais encore réduire » auraient dû amener l'intimé à s'interroger sur les raisons qui avaient poussé la recourante à diminuer son temps de travail, le moment où cela s'était produit et enfin, si cela résultait d'un choix personnel ou d'une incapacité pour raisons de santé, de poursuivre son activité selon le même taux d'occupation.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le raisonnement de l'intimé selon lequel la recourante travaillait à 80% et s'occupait de son ménage à 20% ne peut pas être suivi en l'état actuel du dossier.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 7 mars 2019 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'OAI afin qu'il instruisse les points mentionnés supra, qu'il établisse le taux d'activité exact de la recourante en tant que travailleuse, lors de l'apparition des troubles de la santé en 2006 - ce qui pourrait modifier la méthode de calcul employée - et rende une nouvelle décision au sens des considérants.
21. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'200.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
22. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 7 mars 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
4. Alloue une indemnité de CHF 1'200.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Diana ZIERI

Philippe KNUPFER

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