RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1521/2020 **ATAS/518/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GRAND-SACONNEX 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 en 1969, a déposé une demande de prestations d'invalidité en date du 1er juin 2010, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle décrivait des troubles neurologiques suite à un traumatisme crânien, avec perte de connaissance causée par un accident de la route en date du 16 août 2008 et alléguait une incapacité de travail pour cause d'accident à 100%.

2. Après une instruction menée par l'OAI et une expertise neuropsychologique effectuée par le docteur B_____, neurologue, qui a rendu un rapport d'expertise en date du 14 juin 2012, l'OAI a rendu une décision de refus de droit à des prestations d'invalidité, en date du 10 janvier 2013. Ladite décision n'a pas été querellée et est entrée en force.

3. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en date du 5 octobre 2018, auprès de l'OAI. Elle décrivait des troubles neurologiques depuis 2012, suite à l'accident du 16 août 2008 et alléguait une incapacité de travail pour cause d'accident à 100% depuis le 26 septembre 2018. À l'appui de sa demande, l'assurée a communiqué diverses pièces médicales à l'OAI notamment un rapport d'une IRM du cerveau, datée du 20 octobre 2016, réalisée par le docteur C_____, radiologue, qui concluait que l'IRM révélait la persistance d'un foyer nodulaire de localisation fronto-pariétale droite, sans évolution par rapport à l'examen antérieur du 17 octobre 2011, ainsi qu'un rapport neurologique du docteur D_____, neurologue, daté du 13 novembre 2018, selon lequel la patiente avait toujours les mêmes plaintes, soit une capacité de travail variable en raison de sa fatigue, des événements à domicile et des enfants auxquels elle avait affaire. Selon le médecin, le syndrome frontal était bien évident, avec une hyperréflexie des membres supérieurs avec un réflexe de flexion des droits et des réflexes policinétiques qui montraient bien qu'il y avait une souffrance ; il y avait également au niveau de l'IRM, un foyer frontal qui expliquait probablement ses difficultés à maîtriser ses émotions, ce qui n'était pas très rassurant, avec la possibilité qu'elle pouvait avoir des émotions dans le cadre de son travail. Il était encore mentionné que, même à domicile, elle dépendait énormément de son mari, car ses troubles de la mémoire et d'organisation l'empêchaient d'avoir une activité ménagère normale.

4. Un courrier de la doctoresse E_____, généraliste, adressé à l'OAI en date du 29 octobre 2018, faisait état d'une hypothyroïdie sur une maladie de Hashimoto bien contrôlée actuellement ; il était rappelé qu'en 2016, la patiente avait présenté un état dépressif sévère, puis avait été traitée par le docteur F_____, psychiatre et psychothérapeute. Selon le médecin traitant, la patiente ne l'avait consultée qu'à une seule reprise en 2018, suite à une morsure de chien ; par ailleurs, les pathologies en cause qui étaient plutôt neurologiques ou psychiatriques n'avaient jamais été approfondies dans sa consultation.

5. En réponse à l'OAI, le Dr F_____ a adressé à l'office un rapport médical du 8 novembre 2018 dans lequel il diagnostiquait une personnalité mixte souffrant de dysthymie avec des épisodes de dépression sévère et qui le consultait environ trois à quatre fois par année, depuis le mois de décembre 2008. Selon le psychiatre, l'assurée faisait des décompensations psychotiques occasionnelles brèves, presque chaque année vers la fin de l'été, depuis 2012, en raison de facteurs de stress, tels que des relations compliquées conflictuelles avec ses parents, des problèmes de couple, des tensions et conflits avec ses collègues de travail et un travail stressant, ce qui occasionnait presque chaque année une incapacité de travail de trois à quatre mois. Selon le médecin, l'assurée avait un fonctionnement psychique caractérisé par une grande sensibilité au stress, une diffusion de l'identité, une tendance à se retrouver dans des conflits interpersonnels, un déni/minimisation de la composante psychologique de sa symptomatologie. Le psychiatre recommandait de réévaluer la capacité de l'assurée de travailler à long terme et son éventuel droit à une rente d'invalidité.

6. En date du 21 février 2019, le service médical régional AI (ci-après : SMR) a rendu un avis, sous la plume du docteur G_____, commentant le rapport médical du Dr D_____, ainsi que du Dr F_____, et concluant qu'une péjoration de l'état de santé paraissait probable et qu'il fallait affiner l'instruction auprès des médecins traitants et demander si un bilan neuropsychologique avait été fait.

7. En date du 4 mars 2019, l'OAI a communiqué à l'assurée un courrier lui indiquant qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement ; l'assurée pouvait demander par écrit une décision sujette à recours dans un délai de 30 jours. L'assurée n'a pas réagi.

8. L'OAI a adressé un questionnaire à l'employeur, soit le groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (ci-après : GIAP), qui le lui a retourné dûment complété, en date du 18 mars 2019. Il était indiqué que le rapport de travail était toujours en vigueur à raison de 2h37 par jour, soit 9h50 par semaine depuis le 1er septembre 2011. S'agissant de la description de l'activité individuelle, l'assurée s'occupait d'encadrement des enfants, de participation aux repas, d'animation, de jeux créatifs et sportifs, et de gestion administrative. Elle était parfois assise, elle marchait et restait souvent debout et devait parfois soulever ou porter des poids légers entre 0 et 10 kg. La fonction demandait une grande concentration, de grands soins, une endurance moyenne et une faculté d'interprétation moyenne. Selon l'employeur, des possibilités de placement à l'interne avaient déjà été examinées, mais l'assurée ne pouvait pas être placée dans l'entreprise ou ailleurs.

9. Interpellé par l'OAI, le Dr F_____ a répondu par rapport médical du 22 mars 2019, que l'assurée traversait des décompensations psychotiques occasionnelles brèves, presque chaque année, vers la fin de l'été depuis 2012, mais que celle-ci répondait très bien au traitement médical de Zyprexa et de Seroquel. Son statut psychiatrique était celui d'une diffusion d'identité, elle était recentrée, parfois projective interprétative, très sensible au jugement des autres, avec un déni minime

de la composante psychologique de sa symptomatologie ; elle était facilement soucieuse et anxieuse avec une certaine labilité émotionnelle, mais sans symptomatologie dépressive psychotique importante en novembre 2018. Une description de sa journée type suivait, précisant que l'assurée se réveillait vers 8 ou 9h00 fatiguée, ne faisait pas grand-chose à la maison, allait généralement travailler de 11h00 à 14h00, revenait du travail épuisée, passait un après-midi tranquille, accueillait sa fille H_____ à la sortie de l'école, vers 17h00, laissait sa fille et son mari préparer le repas du soir, puis regardait la TV jusqu'à 21h00 et allait dormir. Elle sortait parfois pour promener ses chiens, mais n'avait pas ou peu de loisirs ou de contacts sociaux. Elle indiquait qu'elle ne faisait plus le ménage ni les repas, en raison de son importante fatigue et que sa famille s'occupait de tout. Le psychiatre ajoutait encore que la patiente faisait moins souvent des décompensations psychotiques ou des épisodes dépressifs sévères à la fin de l'été, mais semblait moins être capable de faire ses activités domestiques tels que le ménage et les repas.

10. Interpellée par l'OAI, la doctoresse I_____, neurologue, a retourné un rapport médical à l'office, en date du 1er avril 2019, rappelant l'anamnèse médicale de l'assurée, suite à son accident du 16 août 2008 et concluant qu'actuellement la patiente était incapable de gérer une activité professionnelle, même avec un pourcentage réduit et que sa capacité de travail actuel était nulle, à réévaluer en cas d'amélioration des capacités exécutives et attentionnelles.

11. Dans un rapport final subséquent, daté du 15 août 2019, la doctoresse J_____, du SMR, a résumé la situation de l'assurée, rappelant sa première demande du 1er juin 2010 et sa demande ultérieure, en raison de l'aggravation de son état de santé depuis le 29 août 2016 avec apparition de troubles de la mémoire et de l'organisation, associés à une hyperréflexie des membres supérieurs, un syndrome frontal, selon la dernière IRM du 20 octobre 2016. Le médecin-conseil a ensuite résumé les rapports médicaux des Drs F_____ et D_____, ainsi que des Dresses E_____ et I_____. Selon le SMR, l'assurée présentait plusieurs atteintes à la santé, sur le plan neurologique et psychiatrique ; il y avait clairement une aggravation depuis au moins le mois d'août 2016 ; le pronostic était réservé. Le syndrome frontal était clairement décrit par les deux neurologues, associé de lésion fronto-pariétale droite à l'IRM, ce qui entraînait des troubles cognitifs et du comportement incompatible avec une activité professionnelle. Sur le plan psychiatrique, on retrouvait un trouble anxio-dépressif chronique, en alternance avec des troubles psychotiques transitoires ; ces atteintes pouvaient être l'expression du syndrome frontal. Sur le plan somatique pur, il y avait une hyperthyroïdie qui était substituée. Le SMR se déclarait incapable de se prononcer sur les empêchements ménagers et renvoyait l'OAI à évaluer une éventuelle impotence ; selon le médecin traitant, la capacité de travail exigible actuellement était nulle dans l'activité habituelle d'animatrice parascolaire et nulle dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient des troubles cognitifs avec

troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention, de l'organisation, de l'expression orale et de la compréhension, anxiété, thymie dépressive, en alternance avec des épisodes de troubles psychotiques, avec idées persécutoires et mutisme.

12. Une enquête économique sur le ménage a eu lieu en date du 12 novembre 2019. L'activité lucrative était déterminée de la façon suivante : l'assurée était animatrice à 50% au GIAP depuis 2009, ce qui était compté pour 23% dans la part professionnelle ; elle aimait bien son travail et avait envie d'être active professionnellement et indiquait que sans atteinte à la santé, elle continuerait de travailler comme animatrice parascolaire à 50% et aurait éventuellement accepté plus de remplacements, ce qui aurait pu augmenter son temps de travail, si elle avait été en bonne santé. Les personnes qui vivaient actuellement avec elle dans le ménage étaient son mari, K_____, né en 1967, et sa fille, H_____, née en 2002. Les travaux du ménage étaient ensuite décrits :

    - pour l'alimentation : avant l'atteinte à la santé, l'assurée déclarait qu'elle cuisinait tous les jours et s'occupait de tout l'entretien de la cuisine avec l'aide de son mari pour certaines tâches. Après l'atteinte, elle ne cuisinait presque plus et ne préparait que des sandwiches ou des salades, rien de plus, car elle se sentait dispersée, déconcentrée et oubliait tout. C'était son époux qui cuisinait maintenant tous les jours ; elle participait lorsqu'elle était calme et pas trop stressée. Son époux s'occupait de tous les travaux d'entretien et de la cuisine, remplissait et vidait le lave-vaisselle. La pondération du champ d'activité était de 45% avec un empêchement de 60% et une exigibilité de 30% ;

    - pour l'entretien du logement : avant l'atteinte à la santé, l'assurée déclarait qu'elle s'occupait de tout l'entretien de l'appartement, changeait les draps, faisait les « à fond » avec l'aide de son mari, pour les tâches plus exigeantes. Après l'atteinte, c'était son époux qui avait pris la relève et qui entretenait maintenant tout l'appartement ; l'assurée faisait le petit rangement, la poussière et arrosait les plantes et pouvait éventuellement faire plus si son époux était présent et qu'il la motivait. C'était elle qui sortait les deux petits chiens, la journée, si elle se sentait bien. Elle était incapable d'exercer toute activité, au moins une à deux fois par année, ce qui durait de quelques jours à quelques semaines. Le traitement médicamenteux améliorait assez rapidement son état. La pondération du champ d'activité était de 20%, l'empêchement de 60%, l'exigibilité de 30% ;

    - pour les achats : avant l'atteinte à la santé, l'assurée gérait certaines démarches administratives, mais son époux avait toujours été celui qui gérait le plus et qui corrigeait ses écrits ; elle conduisait sans problème, faisait les commissions seule ou avec son époux, selon les disponibilités de chacun. Après l'atteinte, elle ne s'occupait plus des démarches administratives et allait occasionnellement à la Poste, poster une lettre. Elle conduisait toujours, sauf dans les périodes de décompensation où elle prenait des neuroleptiques. Elle faisait généralement des emplettes légères à la Migros de son quartier, seule et à

pied, mais c'était son mari qui faisait les grandes commissions en voiture ; elle devenait parfois irritable avec les gens, lorsqu'elle se retrouvait dans les grands centres commerciaux. La pondération du champ d'activité était de 10%, l'empêchement de 70%, l'exigibilité de 70% ;

- pour la lessive et l'entretien des vêtements : avant l'atteinte à la santé, l'assurée s'occupait de tout l'entretien du linge de la famille et le repassait. Après l'atteinte, c'était sa fille de 17 ans qui lavait elle-même ses affaires, son époux lavait ses affaires et celles de l'assurée ; celle-ci ne repassait plus ou peu et pas seule, car il lui était arrivé d'oublier le fer à repasser allumé. Elle pouvait, par contre, participer pour étendre et ranger les effets. La pondération du champ d'activité était de 20%, l'empêchement de 50%, l'exigibilité de 30% ;

- pour les soins et l'assistance aux enfants et aux proches : avant l'atteinte à la santé, l'assurée disait que sa fille adolescente avait dû se débrouiller de façon autonome pour les périodes où l'assurée décompensait ; le reste du temps, l'assurée pouvait assumer son rôle de mère. Après l'atteinte, la fille, qui avait bientôt 17 ans, était au collège et était majoritairement autonome au quotidien ; l'atteinte à la santé empêchait l'assurée de faire certaines activités avec sa fille, comme du shopping, mais elle pouvait par contre se promener dans la campagne, discuter et promener les chiens. La pondération du champ d'activité était de 5%, l'empêchement de 20%, l'exigibilité de 0%.

L'enquêtrice considérait que c'était le mari, principalement, et sa fille, qui exécutaient les travaux ménagers que l'assurée ne pouvait plus accomplir elle-même. La fille aînée venait également donner un coup de main, de temps en temps. En conclusion, il était retenu un empêchement pondéré sans exigibilité de 57% et un empêchement pondéré avec exigibilité de 24.5%. L'exigibilité retenue était de 32.5% pour l'époux qui était sans emploi et soutenu par l'hospice général. L'enquêtrice ajoutait que hors phase de décompensation, soit des durées variables de quelques jours à quelques semaines en 2018 et 2019, l'assurée fonctionnait relativement bien et travaillait au GIAP avec la charge d'une quinzaine d'enfants. Ce travail était certainement au-dessus de ses capacités fonctionnelles, mais elle était apte à l'effectuer à ce jour. Elle conduisait, pouvait sortir seule de chez elle, à pied, ou prendre les TPG. Elle s'exprimait très bien, mais son discours était dense, digressif et difficile à cadrer.

13. Par courrier du 3 février 2020, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet d'acceptation de rente dont il résultait que dès le 1er avril 2019, l'assurée avait droit à un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 42%. Le statut retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à 23% à son activité professionnelle et, pour les 77% restant, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Il en résultait, pour l'activité professionnelle, un empêchement de 100% et un degré d'invalidité de 23%, et pour les travaux habituels, un empêchement de 24.5% et une invalidité de 18.85%, ce qui aboutissait à un taux d'invalidité de 41.85%, arrondis à 42%.

14. L'assurée s'est opposée au projet de décision en date du 25 janvier 2020, critiquant, notamment, le principe d'exigibilité des membres de la famille dans l'exécution des tâches ménagères et concluant à une incapacité totale de travailler dans toute activité.

15. En date du 12 février 2020, l'OAI lui a répondu que les éléments reçus n'avaient pas permis de modifier la précédente appréciation. En annexe, figurait la motivation de la décision de refus d'octroi d'une rente d'invalidité et de refus de mesures professionnelles du 12 février 2020. Les éléments du projet de décision étaient repris, notamment le taux d'invalidité de 42%, et l'OAI faisait le résumé de ses constatations suite à l'audition de l'assurée. L'enquête ménagère et ses résultats étaient confirmés de même que le taux d'exigibilité des membres de la famille. Au vu de ces éléments, la précédente appréciation ne pouvait pas être modifiée et la décision était maintenue.

16. Par décision du 16 avril 2020, l'OAI a fait parvenir un tableau des prestations mensuelles qui seraient versées en faveur de l'assurée et de sa fille. La rente simple pour l'assurée s'élevait à un quart de rente ordinaire, soit CHF 276.- par mois, et la rente complémentaire simple pour enfant s'élevait à CHF 111.- par mois, soit un total de CHF 387.- par mois. Le revenu annuel moyen déterminant était fixé à CHF 34'128.-, et le degré d'invalidité de l'ayant droit à 42%. Compte tenu des paiements qui devaient être effectués de manière rétroactive, depuis le 1er avril 2019 jusqu'au 31 mars 2020, plus le paiement du mois d'avril 2020, l'assurée avait droit au versement d'un montant de CHF 5'031.- qui serait versé prochainement.

17. Par courrier du 20 mai 2020, posté le 29 mai 2020, l'assurée a recouru contre la décision du 16 avril 2020. Elle a critiqué le déroulement de l'enquête ménagère la considérant comme arbitraire, opaque et scandaleuse et a conclu à ce que la chambre de céans constate que l'évaluation du degré d'invalidité dans la sphère des travaux habituels n'avait pas été faite correctement.

18. Par courrier du 2 juin 2020, le greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a demandé à l'OAI de bien vouloir faire parvenir la preuve de la date à laquelle la décision du 16 avril 2020 avait été reçue par son destinataire. L'OAI a répondu, par courrier du 5 juin 2020, que la décision avait été envoyée en pli simple et non recommandé et qu'il n'était donc pas en mesure de démontrer à quel moment la décision avait été notifiée.

19. Par réponse du 30 juin 2020, l'OAI a confirmé l'exactitude du taux d'activité professionnel exercé, à savoir 23%, ainsi que l'activité consistant dans la tenue du ménage et des différentes activités comprises, à savoir 77%. Il a rappelé que l'enquête effectuée au domicile de l'assurée constituait, en règle générale, une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels ; par ailleurs, en ce qui concernait l'exigibilité, l'OAI a rappelé également que l'aide apportée par les membres de la famille devait être prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assurée et qu'il avait notamment

été tenu compte du fait que le mari de l'assurée n'exerçait plus d'activité lucrative, ainsi que, dans une moindre mesure, de l'aide apportée par la fille cadette de l'assurée. En conclusion, l'OAI maintenait la décision querellée.

20. Par réplique du 6 septembre 2020, l'assurée a confirmé que, selon elle, une personne avec la qualification d'aide familiale aurait été plus appropriée que l'infirmière qui avait effectué l'enquête. Selon la recourante, l'entretien n'avait duré qu'une heure, ce qui n'était pas suffisant ; elle maintenait son point de vue, à savoir qu'il fallait lui reconnaître un empêchement de 80% dans les travaux habituels pondéré avec la part de 77%, dont résultait l'invalidité, soit un total de 61.6% en lieu et place du taux auquel était parvenu l'OAI.

21. Par duplique du 22 octobre 2020, l'OAI a admis que le taux d'activité professionnelle exigible était de 0%, alors que, dans les faits, la recourante ne travaillait qu'à 23% ; dès lors, ce point pouvait avoir une incidence sur le fait qu'elle travaillait au-delà de ses forces, ce qui avait une répercussion négative sur la capacité de la recourante d'effectuer ses tâches ménagères. Ladite capacité avait été retranscrite dans l'enquête ménagère, mais celle-ci serait très probablement supérieure, si l'assurée renonçait à son activité professionnelle, considérée comme assez stressante et fatigante. Dès lors que l'assurée souhaitait conserver cette activité, l'OAI estimait que l'évaluation globale de son taux d'invalidité avait été faite de façon plutôt généreuse, puisqu'elle retenait une capacité de travail dans la sphère professionnelle de 0% tout en prenant en compte la fatigue engendrée par le travail effectivement réalisé.

22. Par observation du 15 décembre 2020, la recourante a maintenu son point de vue et indiqué qu'elle était actuellement en arrêt de travail à 100%.

23. 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), 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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]).

   La décision ayant été notifiée par pli simple, l'OAI n'a pas été en mesure de prouver le point de départ du délai de recours.

   Dès lors qu'il n'est pas inhabituel que plusieurs jours se soient écoulés entre la date figurant sur la décision et le dépôt de cette dernière dans la boîte aux lettres de la recourante, et considérant que l'OAI - qui a la charge de la preuve de la notification - n'est pas en mesure de l'apporter et ne conteste pas l'observance du délai de recours, la chambre de céans considère que le délai de recours a été respecté par la recourante.

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente 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 1er 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.

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.

8. 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).

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).

9. 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).

10. 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.

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).

11. 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).

12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

13. Selon l'art. 27bis RAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

    Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

    Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28*a* al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

14. a. Pour part de l'activité consacrée aux travaux habituels, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

    Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant

l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée 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 y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

b. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit

en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 déjà cité et I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

15. a. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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'invalide). 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).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). L'art. 26 al. 1 RAI prévoit que lorsque la personne n'a pas pu acquérir de connaissance professionnelle suffisante à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide correspond au pour-cent, selon son âge, aux fractions de la médiane actualisée chaque année telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires. Dès 30 ans révolus, ce revenu est retenu à 100%. La disposition est applicable aux invalides de naissance ou précoces, soit des assurés qui présentent une atteinte à la santé depuis leur naissance ou leur enfance et n'ont pu, de ce fait, acquérir des connaissances professionnelles suffisantes (RCC 1973 p. 538, 1969 p. 239). Entrent dans cette catégorie toutes les personnes qui, en raison de leur invalidité, n'ont pu terminer aucune formation professionnelle ainsi que les assurés qui ont commencé, et même éventuellement achevé, une formation professionnelle mais qui étaient déjà invalides au début de cette formation et qui, de ce fait ne peuvent prétendre aux mêmes possibilités de salaire qu'une personne non handicapée ayant la même formation. On ne peut pas faire intervenir le revenu d'une profession particulière pour laquelle la personne assurée aurait peut-être opté si elle n'était pas devenue invalide, en raison de certaines inclinations ou de l'activité et de la formation de ses frères et sœurs (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI).

16. En l'espèce, la recourante ne conteste pas son taux d'activité professionnelle, mais critique les conclusions de l'enquête ménagère et notamment la prise en compte de l'aide des proches dans le calcul du taux d'invalidité pour les travaux du ménage.

Comme cela a été vu *supra*, la jurisprudence du Tribunal fédéral admet qu'une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée 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 a été effectué par une infirmière spécialisée, ce qui permet d'admettre qu'il s'agit d'une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. À ce sujet, il convient de rappeler que l'atteinte à la santé de la recourante est connue et mentionnée dans son rapport par l'infirmière.

Il a été tenu compte des indications de l'assurée qui sont consignées et ressortent clairement du rapport, ce qui permet d'admettre que la recourante a participé activement à l'entretien mené par l'enquêtrice. Aucune éventuelle opinion divergente des participants ne ressort du rapport, notamment sous la rubrique du commentaire final.

Le texte du rapport apparaît comme plausible, les différentes rubriques sont motivées et rédigées de manière suffisamment détaillées par rapport aux différentes limitations ; il n'apparaît pas de divergence avec les constatations faites sur place, notamment quant à l'équipement ménager complet dont disposent l'assurée et sa famille.

Les pondérations retenues par l'enquêtrice correspondent aux différents champs d'activité du ménage. Le taux d'empêchement retenu semble correct, dès lors qu'il est mis en relation avec les déclarations de l'assurée et les constatations de l'enquêtrice, ce qui fournit une motivation adéquate.

S'agissant de l'exigibilité des membres de la famille, elle peut sembler élevée, mais correspond néanmoins à la situation du mari, qui a arrêté de travailler pour aider son épouse et qui est donc à même d'employer tout son temps pour les besoins du ménage ; de même, il se justifie de tenir compte de l'aide apportée par la fille cadette, étudiante, qui est autonome pour ses propres besoins et qui aide sa mère pour les repas et l'entretien du logement.

En tenant compte de ces différents éléments, la chambre de céans considère qu'il est démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'empêchement pondéré sans exigibilité de 57% est admissible, ainsi que le taux d'exigibilité de 32.5% des proches, ce qui aboutit au total d'un taux empêchement pondéré avec exigibilité de 24.5%.

Partant, la décision querellée ne peut être que confirmée, étant précisé que si l'époux devait reprendre une activité professionnelle, ne serait-ce que partielle et/ou si la fille cadette devait quitter l'appartement, il conviendrait de revoir les taux retenus dans l'enquête économique sur le ménage.

17. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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
Nathalie LOCHER	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