RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2015/2020 **ATAS/457/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mai 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à PERLY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Franciska LÜTHY	recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame A_____ (l'intéressée ou la recourante) est née le _____ 1979 en Egypte, mariée depuis le 23 septembre 2013 à Monsieur B_____ et mère de trois enfants nés en 2004, 2005 et 2016. Elle est arrivée en Suisse en 2014.

2. À teneur de son curriculum vitae, elle parle l'arabe, le français et l'anglais et est titulaire d'un diplôme en comptabilité financière. Elle a travaillé, en Egypte, comme assistante administrative de 1997 à 2000 dans un hôpital, de 2005 à 2008 comme superviseur d'élèves du secondaire et de mai 2008 à août 2013 comme assistante commerciale au département des ventes d'un carnaval touristique.

3. Elle a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 10 août 2016, en raison d'une incapacité de travail à 100% depuis le 2 décembre 2015 due à une hypertension pulmonaire lupique.

4. Selon un rapport établi le 20 septembre 2016 par le docteur C_____, l'intéressée souffrait d'une hypertension pulmonaire (ci-après HTAP) lupique sévère dès septembre 2015. Elle avait ressenti une dyspnée pendant sa grossesse en août et septembre 2015 avec, à fin novembre, une aggravation et des signes d'insuffisance cardiaque et respiratoire. Elle avait subi une césarienne le 12 janvier 2016. Elle était femme au foyer et sa capacité de travail était de 0% dès le 1er décembre 2016. Elle avait un déconditionnement physique avec une faiblesse musculaire, une diminution du périmètre de marche et une dyspnée à l'effort. Elle avait besoin d'aide pour le ménage, les courses et s'occuper des enfants. Son rendement était réduit. Les traitements avaient permis de diminuer les pressions pulmonaires. Il fallait se référer au docteur D_____, du programme d'hypertension des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), sur la question d'une reprise possible de l'activité professionnelle.

5. Le 8 avril 2016, le Dr D_____ a indiqué qu'à pratiquement trois mois de l'accouchement, la HTAP était stabilisée, voire en discrète amélioration. Parallèlement le traitement du lupus se déroulait sans difficulté.

6. Le 24 juin 2016, le Dr D_____ a indiqué que le bilan réalisé avait mis en évidence une amélioration hémodynamique spectaculaire. La patiente présentait maintenant des valeurs de résistances vasculaires pulmonaires à la limite supérieure de la norme. Dans ce contexte, il proposait un traitement oral et de procéder à une tentative de sevrage progressif du traitement de Veletri.

7. Le 23 novembre 2016, le Dr D_____ a indiqué que la longue maladie de l'intéressée avait débuté le 5 décembre 2015 et que sa capacité de travail exigible était de 0% également dans une activité adaptée avec des limitations fonctionnelles de 100%. Le pronostic était mauvais.

8. Selon une enquête économique sur le ménage du 20 février 2017, les empêchements pondérés sans exigibilité étaient de 60% et de 31% avec exigibilité. L'intéressée avait indiqué que sans handicap, elle aurait aimé mettre sur pied une

vente de gâteaux par Internet. Elle avait débuté cette activité le 10 février 2014 et l'avait poursuivie jusqu'au 29 novembre 2015. Elle n'avait pas de revenus déclarés suite à cette petite activité et n'avait pas été en mesure d'estimer le temps qu'elle lui prenait. Elle avait dû y renoncer en raison de ses problèmes de santé. L'intéressée et sa famille vivaient avec le revenu de son mari, qui était chauffeur.

9. Dans un avis du 31 janvier 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a estimé, sur la base du dossier, que l'intéressée était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis décembre 2015 en raison d'un LED (lupus érythémateux disséminé) avec une atteinte pulmonaire et articulaire.

10. Par décision du 14 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de l'intéressée, au motif que son statut était celui d'une personne entièrement occupée aux travaux habituels et qu'il ressortait de l'enquête économique sur le ménage que ses empêchements étaient de 31%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

11. Le 28 mai 2018, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité indiquant qu'elle était séparée et en produisant des rapports des médecins du service d'immunologie des HUG.

12. Selon un extrait de son compte individuel du 13 juin 2018, elle n'a jamais cotisé.

13. Selon un avis du SMR du 13 décembre 2018, les rapports des médecins du service d'immunologie des HUG produits ne faisaient pas mention d'une aggravation ou d'une complication éventuelles. Il fallait considérer que l'état de santé de l'intéressée ne s'était pas modifié depuis la dernière décision.

14. Par projet de décision du 18 décembre 2018, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de l'intéressée, au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision.

15. Le 15 janvier 2019, l'intéressée a contesté le projet de décision de l'OAI et produit un rapport établi le 10 janvier 2019 par le Dr D_____.

    Ce dernier indiquait l'avoir revue le 8 janvier 2019. À l'examen clinique, il avait retrouvé une patiente dyspnéique au moindre effort. Le bilan récemment effectué avait révélé une diminution significative de la distance parcourue lors du test de marge de six minutes, qui s'établissait maintenant à 350 m. Dans ce contexte, et compte tenu du projet chirurgical (chirurgie bariatrique), il proposait à la patiente une hospitalisation semi-élective à partir du 9 janvier afin de réaliser un complément de bilan de l'HTAP. Le Dr D_____ avait été frappé par la détresse dans laquelle se trouvait actuellement la patiente, mère de trois enfants et en instance de séparation de son époux. Elle vivait depuis quelques jours au foyer des E_____, malgré les différentes recommandations médicales qui avaient été suggérées relatives à l'importance du milieu de vie. Sa situation sociale actuellement très précaire était renforcée par la récente prise de position de l'OAI qui établissait de façon surprenante qu'elle était capable de travailler.

16. Le 8 février 2019, l'intéressée, représentée par un conseil, a contesté le projet de décision de l'OAI, faisant valoir que ce dernier avait omis de considérer le changement de sa situation familiale comme un motif de révision. Au vu des nouvelles circonstances, il fallait la considérer comme une personne active à 100%, car, sans atteinte à la santé, il était hautement probable qu'elle aurait cherché à travailler pour éviter de dépendre de l'aide sociale et de perdre son permis B, qui lui avait été octroyé pour un regroupement familial. De plus, elle avait déjà travaillé avant son arrivée en Suisse avec deux enfants en bas âge et avait essayé d'exercer une activité de vente avant la survenance de ses problèmes de santé. La détermination de son statut lors de l'instruction précédente était critiquable, dans la mesure où l'OAI n'avait pas recueilli sa volonté quant à l'étendue de l'exercice d'une activité lucrative et ni l'enquêtrice ni le gestionnaire ne lui avaient expliqué les éléments factuels justifiant de retenir un statut de ménagère à 100%. En conclusion, l'intéressée invitait l'OAI à instruire sa demande, à retenir un statut de personne active à 100%, à déterminer son droit aux prestations et à reconsidérer la décision du 14 mars 2018, selon l'art. 53 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1).

17. L'intéressée a fait l'objet d'une chirurgie bariatrique le 13 mars 2019, avec une évolution clinico-biologique favorable qui lui a permis un retour à domicile précoce avec un arrêt de travail pour maladie du 12 mars au 12 avril 2019 à 100% et une reprise du travail le 13 avril 2019.

18. Le 6 mai 2019, le Dr C_____ a indiqué que la capacité de travail exigible de l'intéressée était de 0% dans toute activité dès septembre 2015 en raison de la dyspnée au moindre effort. L'intéressée était également limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères.

19. Le 23 avril 2019, le professeur F_____, médecin agrégé, et le docteur G_____, du service d'immunologie et d'allergologie des HUG, ont indiqué que l'intéressée souffrait de polyarthralgies généralisées, malgré un traitement immunosuppresseur. Elle présentait également une dyspnée au repos, accompagnée d'une incapacité à l'effort, malgré le traitement vasodilatateur. Le pronostic était actuellement difficile à établir et dépendrait de l'évolution de la maladie auto-immune et de l'HTAP. En raison des limitations fonctionnelles susmentionnées ainsi que de l'opération digestive récente, l'intéressée était totalement incapable de travailler dans toute activité.

20. Le 8 janvier 2020, le SMR a retenu qu'il fallait considérer que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans toute activité depuis le 5 décembre 2015.

21. L'OAI a fait procéder à une nouvelle enquête ménagère qui a conclu, le 10 février 2020, à un empêchement pondéré avec exigibilité de 52%. L'intéressée avait indiqué qu'en bonne santé, elle aurait aimé travailler pour subvenir à ses besoins d'autant plus depuis sa séparation d'avec son époux en mars 2018. L'exigibilité retenue dans cette situation avait changé depuis la dernière visite à domicile, car la

situation familiale avait changé. L'intéressée vivait maintenant au foyer des E_____ avec un fils de 16 ans qui était autiste, une fille de 14 ans et un enfant de 4 ans.

22. Par projet de décision du 19 avril 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'intéressée. Son taux d'invalidité lui donnait en principe droit à une rente d'invalidité dès la fin du délai d'attente, soit dès le mois de décembre 2016. Toutefois, une telle prestation ne pouvait lui être octroyée, car au moment de la survenance de l'invalidité, soit au mois de décembre 2016, elle n'avait pas cotisé pendant trois ans.

23. Le 12 mai 2020, l'intéressée a formé opposition au projet de décision de l'OAI, faisant valoir que l'OAI avait appliqué de manière erronée la notion de survenance de l'invalidité découlant de l'art. 4 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20) et de la jurisprudence y relative, puisqu'il assimilait cette date au moment où elle n'était pas invalide au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, soit en décembre 2016. Ce n'était qu'au mois de mars 2019, soit une année après sa séparation et son nouveau statut, qu'elle était invalide à plus de 50% et que son droit à une rente était ouvert. En mars 2019, elle remplissait les conditions générales d'assurance.

24. Par décision du 2 juin 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'intéressée, considérant que les éléments mentionnés dans son courrier du 12 mai 2020 ne lui permettaient pas de modifier sa précédente appréciation qu'elle reprenait entièrement.

25. Le 7 juillet 2020, l'intéressée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir que l'intimé aurait dû davantage motiver sa décision, compte tenu de ses objections détaillées à son projet de décision. Il avait ainsi violé son droit d'obtenir une décision motivée lui permettant de comprendre le refus de l'OAI.

    L'invalidité de la recourante n'était pas survenue en 2016, comme le retenait l'OAI, puisque son taux d'invalidité était alors de moins de 40% à cette période, mais au plus tôt au courant de l'année 2018, suite à l'aggravation de son état de santé et à son changement de statut. Ce n'était en effet qu'à partir de cette période que son taux d'invalidité avait été de 40% au moins et que l'on pouvait parler de survenance de l'invalidité.

26. Le 3 août 2020, l'intimé a observé qu'une violation du droit d'être entendu ne pouvait être admise dans le présent cas au seul motif que l'argumentation arbitraire de la recourante n'avait pas fait l'objet d'une réfutation explicite de l'OAI, dans la mesure où le contenu de sa décision était conforme aux règles jurisprudentielles en la matière. De plus, la recourante avait eu la possibilité de s'exprimer dans le cadre de la présente procédure de recours auprès de la chambre des assurances sociales, qui avait un plein pouvoir de cognition, de sorte que tout éventuel vice devait être considéré comme guéri.

    En l'espèce, la recourante était originaire d'Egypte et entrée en Suisse le 23 septembre 2014. La Suisse n'avait pas conclu de convention bilatérale en

matière de sécurité sociale avec l'Egypte. La recourante se méprenait lorsqu'elle considérait que la survenance de l'invalidité était liée à l'octroi ou non effectif de prestations de l'assurance-invalidité. Dans l'arrêt I 170/94 du 30 mai 1995, le Tribunal fédéral avait clairement jugé que l'aggravation d'une atteinte partiellement invalidante à la santé survenue alors que la personne intéressée ne remplissait pas les conditions d'assurance ne constituait pas un nouveau cas d'assurance. L'intimé se référait encore à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/03 du 13 janvier 2004 consid. 3.2 et aux arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.3.3 et C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2. À en suivre la recourante, il suffirait d'attendre la période nécessaire pour remplir les conditions de cotisation pour ensuite plaider une survenance d'invalidité et ouvrir le droit aux prestations. Toute atteinte préexistante à l'entrée sur le territoire pourrait alors être déclarée comme survenue postérieurement, puisqu'un droit aux prestations ne serait pas ouvert initialement. Une telle interprétation mènerait en outre à une discrimination des personnes basée sur leur statut civil, les personnes mariées pouvant alors prétendre à des prestations suite à une modification de la composition de leur ménage alors que les personnes célibataires avec les mêmes empêchements ne le pourraient pas. Il importait en effet de fixer la survenance de l'invalidité conformément à la règle posée par la jurisprudence, à savoir au plus tôt lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40% avait duré une année au moins, en ce qui concernait le droit à la rente. Il n'était pas contesté que la recourante était en incapacité totale de travailler dans toute activité professionnelle depuis le 5 décembre 2015. Un potentiel droit à la rente était donc ouvert dès le 5 décembre 2016, moment qui devait être retenu comme date de survenance du cas d'invalidité. Il était manifeste qu'à cette date, la recourante ne comptait pas les trois années de cotisation selon l'art. 36 al. 1 LAI. C'était donc à juste titre que l'intimé avait rejeté sa demande de prestations.

27. Selon l'extrait du compte individuel de l'époux de la recourante, celui-ci a cotisé de 2014 à 2020 pour des montants variant entre CHF 14'928.- (en 2014) et CHF 63'400.- (en 2019).

28. Le 8 avril 2021, l'intimé a relevé que dans la mesure où l'époux de la recourante avait commencé à cotiser en octobre 2014, soit deux ans avant la survenance de l'invalidité de son épouse, les conditions de l'art. 36 al. 1 n'étaient pas réalisées.

29. Selon le fichier de l'office cantonal de la population et des migrations, la recourante est séparée depuis le 1er octobre 2019.

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 LPGA relatives à la LAI.

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

2. 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 le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

4. a. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, estimant la motivation de la décision attaquée insuffisante.

   b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (consacré par l'art. 29 al. 2 Cst.) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 p. 564 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016).

   c. En l'espèce, la motivation de la décision querellée est certes brève, mais elle permet de comprendre pour quelles raisons l'intimé a estimé que la recourante ne remplissait pas les conditions pour se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité. Ce premier grief doit en conséquence être écarté.

5. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

   Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. La reconsidération est une faculté et non une obligation. Le refus d'entrer en matière sur le demande de reconsidération d'une décision entrée en force n'est pas attaquable (ATF 117 V 8).

6. Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celle-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1

LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 130 V 71 consid. 3.2; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).

7. 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.

8. a. 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 et art. 28a al. 1 LAI).

b. Chez les assurés travaillant dans le ménage, 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.

c. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 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).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du

Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2).

d. 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. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs 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. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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.

10. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers, ainsi que les apatrides ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité conformément aux dispositions légales. L'al. 2 de cette même disposition précise que les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

    Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Cette condition de durée minimale de cotisations de trois années est réalisée lorsque la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois au total et que, pendant cette période, elle a versé la cotisation minimale, était mariée avec un conjoint ayant versé au moins le double de la cotisation minimale ou avait droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance (art. 29 al. 1 LAVS et 50 RAVS).

    Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature ou sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

    Le moment de la survenance de l'invalidité ne dépend ni de la date à laquelle la demande est présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation est requise et il ne coïncide pas nécessairement avec le moment où l'assuré apprend pour la première fois que l'atteinte à la santé peut ouvrir droit à des prestations. Pour

déterminer si l'invalidité est survenue, on raisonne en fonction des prestations qui peuvent entrer en considération en tenant compte de l'âge de l'assuré, de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé. Pour le droit à une rente, l'invalidité est réputée survenue dès que ce degré est atteint, c'est-à-dire au moment où la personne assurée présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'une fois le délai d'attente écoulé cette incapacité perdure à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI et 29 LAI ; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 36 et 39 ad. 4).

La survenance du cas d'assurance est déterminante pour la réalisation des conditions d'assurance. Les conditions d'assurance doivent être remplies au moment de la survenance de l'invalidité (ATF 126 V 5 consid. 2c, 114 V 13 consid. 2b et 111 V 110 consid. 3d).

Lorsqu'un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative au moment de la survenance d'une atteinte à sa santé peut encore accomplir ses travaux habituels dans une mesure supérieure à 60%, les conditions matérielles du droit à la rente ne sont en principe pas réunies et l'invalidité n'est pas réputée survenue tant que cette situation demeure (détermination de l'invalidité selon la méthode spécifique pour les non-actifs : art. 5 al. 1 et 28 al. 3 LAI, en corrélation avec l'art. 27 al. 1 RAI, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; cf. ATF 104 V 136 consid. 2a; VSI 1997 p. 304 consid. 4a). S'il s'avère ultérieurement qu'en raison de changements dans sa situation économique et personnelle, cette personne reprendrait l'exercice d'une activité lucrative, mais qu'elle en est empêchée par son état de santé déficient, elle pourra exiger, pour l'avenir, que son taux d'invalidité soit évalué selon la méthode générale de comparaison des revenus, conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (cf. ATF 117 V 194 consid. 3b et 4, 115 V 62 consid. 2c non publié, 101 V 203 consid. 1a non publié; VSI 1996 p. 209 consid. 1c; sur la méthode générale de comparaison des revenus, voir les ATF 128 V 30 consid. 1 et 104 V 136 consid. 2a et 2b). Si le taux d'invalidité qui en résulte lui ouvre droit à une rente, l'invalidité sera réputée survenue, en règle générale, à l'échéance du délai d'attente prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, ce délai commençant à courir au plus tôt lorsque le changement de méthode d'évaluation de l'invalidité est devenu approprié (ATF 101 V 205 consid. 2c ; Tribunal fédéral des assurances I 780/02 1er mai 2003).

Par application des principes figurant aux art. 29 al. 1 LAVS et 50 RAVS, la condition de durée minimale de cotisations de trois années est réalisée lorsque la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux ans et onze mois au total. Cette condition est considérée comme étant réalisée lorsque durant cette période :

- elle a versé la cotisation minimale, ou ;

- en tant que personne sans activité lucrative, elle était mariée ou vivait sous le régime du partenariat enregistré avec une personne qui avait versé au moins le double de la cotisation minimale (par cotisations équivalant au double de la cotisation minimale, il faut entendre un montant forfaitaire indépendant de la durée d'assujettissement de l'époux sans activité lucrative qui est réputée avoir payé lui-même des cotisations (VSI III 2001 p. 175 consid. 4, p. 178, ou encore ;
- elle a droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (Michel VALTERIO, op. cit. n. 2 ad art. 36).

Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions complémentaires.

Selon le ch. 5027 des Directives concernant les rentes (DR), les périodes durant le mariage pour lesquelles les cotisations sont réputées avoir été payées conformément à l'art. 3 al. 3 LAVS sont prises en compte en tant que périodes de cotisations. Ces règles valent également pendant l'année civile de la conclusion et de la dissolution du mariage suite à un divorce ou à un veuvage (cf. VSI 1/2002 p. 27s.; ch. 2071ss DIN).

Selon le ch. 5029 DR, il faut, pour qu'une période déterminée puisse être prise en compte comme année de cotisations entière, que le conjoint qui exerce une activité lucrative ait versé des cotisations équivalant au moins au double de la cotisation minimale. Il n'est par contre pas nécessaire que le conjoint exerçant une activité lucrative ait été assuré durant l'année entière. À cet égard, il y a lieu de compter l'année entière en tant que durée de cotisations si le compte individuel du conjoint exerçant une activité lucrative fait ressortir, pour l'année considérée, des inscriptions qui atteignent, au moins, les montants des revenus figurant dans l'appendice I des présentes Directives.

Selon l'art. 10 al. 1 LAVS, dans sa teneur dès le 1er janvier 2013, les assurés n'exerçant aucune activité lucrative paient une cotisation selon leur condition sociale. La cotisation minimale est de CHF 392.-, la cotisation maximale correspond à 50 fois la cotisation minimale (même montant jusqu'au 31 décembre 2018).

11. a. En l'espèce, la recourante n'a pas recouru contre la décision de l'intimé du 14 mars 2018, qui retenait que son statut était celui d'une personne entièrement occupée aux travaux habituels. Cette décision est entrée en force et ne peut donc plus être remise en cause dans le cadre de la présente procédure.

L'intimé pourrait revenir sur cette décision, en vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, à condition qu'elle apparaissait manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable. Il s'agit là toutefois d'une faculté et non d'une obligation et la chambre de céans ne peut contraindre l'intimé à reconsidérer sa décision sur ce

point. En l'occurrence, l'intimé n'est pas revenu sur sa première décision et persiste à considérer que la recourante a un statut de ménagère.

b. La recourante a fait valoir un fait nouveau, au sens de l'art. 17 LPGA, à savoir qu'elle s'est séparée de son époux depuis mars 2018 et qu'elle aurait de ce fait cherché à travailler à temps plein si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Elle estime, en conséquence, avoir depuis mars 2018 un statut d'active.

Ce fait nouveau justifie une révision de son statut dans le cadre de la présente procédure, car il rend vraisemblable qu'en bonne santé, la recourante aurait, suite à sa séparation, cherché à travailler, au moins à temps partiel, au vu de sa situation sociale précaire.

L'on peut se demander à quel taux la recourante aurait travaillé sans invalidité depuis sa séparation. Un temps plein apparaît beaucoup pour une mère devant s'occuper seule de trois enfants, dont un fils autiste et un enfant de 4 ans. Il apparaît plus vraisemblable qu'elle aurait travaillé à 80% ou 50% dans ces circonstances. Cette question peut toutefois rester ouverte, dès lors que même en prenant l'hypothèse la moins favorable à la recourante, soit une activité professionnelle à 50%, elle a droit une rente entière d'invalidité, étant rappelé qu'il n'est pas contesté qu'elle est totalement incapable de travailler depuis le 5 décembre 2015, selon l'avis du SMR du 8 janvier 2020 :

- 100% d'incapacité de travail x 50% de taux d'activité professionnelle = 50%

- 52% d'empêchements x 50% d'activité ménagère = 26%

Soit un taux d'invalidité global de 76%, qui ouvre à la recourante le droit une rente entière dès le 1er mars 2019, soit un an après son changement de statut et plus de six mois après sa nouvelle demande de prestation du 28 mai 2018.

12. Reste à déterminer si la recourante remplit la condition des trois ans de cotisations lors de la survenue de l'invalidité, selon l'art. 36 al. 1 LAI.

Il résulte de la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée (cf. ATF 117 V 194 consid. 3b et 4, 115 V 62 consid. 2c non publié, 101 V 203 consid. 1a non publié; VSI 1996 p. 209 consid. 1c) que tant que le taux d'invalidité n'est pas d'au moins 40%, selon la méthode de calcul applicable au cas d'espèce, l'invalidité du point de vue du droit à une rente n'est pas survenue.

Cela signifie que l'invalidité de la recourante n'est pas survenue en 2016, comme l'a retenu l'intimé, puisque son taux d'invalidité était alors inférieur à 40%. Le fait qu'elle était totalement incapable de travailler ne permet pas de retenir que l'invalidité était survenue, dès lors qu'elle avait alors un statut de non active, pour lequel l'invalidité dépend des empêchements dans la sphère de travaux ménagers. Dès le changement de statut de la recourante, soit dès mars 2018 suite à sa séparation, le délai de carence d'un an a commencé à courir et à l'échéance de celui-ci, en mars 2019, elle était totalement incapable de travailler et son taux d'invalidité était de 76% au moins, en tenant compte d'un statut mixte de 50/50. Il

en résulte que son invalidité est survenue en mars 2019. À cette date, elle comptait plus de trois ans de cotisation, selon les 29 al. 1 LAVS et 50 RAVS, dès lors qu'elle était mariée depuis le 23 septembre 2013, qu'elle n'exerçait pas d'activité lucrative et que son époux avait cotisé plus du double de la cotisation minimale de CHF 392.-, selon l'art. 10 al. 1 LAVS, entre 2016 et 2019. La recourante a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2019.

La jurisprudence invoquée par l'intimé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/03 du 13 janvier 2004 consid. 3.2 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.3.3 et arrêt 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2.) n'est pas pertinente en l'espèce, car elle concerne des cas différents dans lesquels une rente avait été refusée à des personnes qui ne comptaient pas un nombre d'années de cotisation suffisant au moment de la survenance de l'invalidité et qui se prévalaient d'un nouveau cas d'assurance. Dans le cas de la recourante, l'invalidité n'est en effet pas survenue alors qu'elle ne remplissait pas la condition des trois ans de cotisations et elle ne se prévaut pas d'un nouveau cas d'assurance, mais d'un changement de statut.

13. Le recours doit en conséquence être admis, la décision querellée annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2019.

14. La recourante obtenant gain de cause et étant représentée, une indemnité de CHF 2'000.- 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]).

15. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (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. L'admet.
3. Annule la décision du 2 juin 2020.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2019.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

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