

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2359/2014

ATAS/187/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mars 2015

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée aux AVANCHETS

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1957, mariée, est titulaire d'un CFC d'employée de commerce. Elle occupe un poste de secrétaire 2 au Département de l'instruction publique de l'État de Genève, à 75%, depuis 1977. En 2012, son salaire s'élevait à CHF 5'663.85 par mois, treize fois l'an.
2. Le 9 mai 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente, indiquant qu'elle souffrait d'une arthrose chronique, de sciatiques, lombalgies, d'une périarthrite, d'une hernie discale. Son état a nécessité la mise en place d'une prothèse des deux hanches.
3. Dans un rapport du 1^{er} juin 2012 à l'attention de l'OAI, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de la clinique de la Colline, a diagnostiqué une coxarthrose bilatérale, avec une arthroplastie de la hanche droite le 25 septembre 2007 et une arthroplastie de la hanche gauche le 19 février 2008. L'évolution était favorable et le pronostic bon. Ce médecin ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail car il n'avait plus revu la patiente depuis le 29 septembre 2008.
4. Dans un rapport établi en date du 12 juin 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail une hernie discale foraminale gauche L5-S1, comprimant L5, depuis octobre 2011. Au titre des diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a relevé une lombarthrose étagée débutante et discopathie pluri-étagée, une obésité, une hyperlipidémie traitée et un status post-prothèse de la hanche droite et gauche sur nécrose aseptique et coxarthrose. Il a attesté d'une incapacité de travail dans la profession de secrétaire de 100% dès le 28 septembre 2011, de 50% du 30 septembre 2011 au 16 avril 2012 puis de 0% dès le 17 avril 2012. L'assurée devait éviter les efforts, de porter de charges et de rester trop longtemps assise. Du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 100% depuis le 17 avril 2012, soit 100% de son 75%. Le rendement n'était pas réduit dans ce type d'activité et aucune reconversion n'était à envisager.
5. Selon le rapport d'évaluation IP (intervention précoce) du 20 juin 2012, le dépôt de la demande de prestations a été suggéré par le service santé de l'État. L'assurée n'exprimait pas d'attente particulière vis-à-vis de l'assurance, sa reprise à 100% se passait bien, les douleurs étaient toujours présentes, mais supportables.
6. Le 20 juin 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée que dans le cadre des mesures d'intervention précoce, il lui accordait un soutien pour la reprise de son activité professionnelle.
7. Le service du personnel de l'État a rempli le questionnaire employeur en date du 2 juillet 2012, confirmant le début des rapports de travail le 1^{er} septembre 1976. L'assurée effectuait six heures de travail par jour, soit trente heures par semaine,

depuis le 1^{er} juin 2003, ce avant et après l'atteinte à la santé. Il a également rempli le questionnaire complémentaire concernant la description de l'activité individuelle et communiqué les fiches annuelles de salaire de l'assurée, ainsi que les absences pour des raisons de santé pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2012.

8. Le 27 août 2012, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était à nouveau en arrêt de travail à 50% depuis le 24 août 2012.
9. Dans un rapport médical intermédiaire du 13 novembre 2012, le Dr C_____ a déclaré que l'état de santé était resté stationnaire, que la patiente présentait toujours des sciatalgies droites, des gonalgies droites et gauches, ainsi que des douleurs aux chevilles gauche et droite, sans incidence significative supplémentaire sur sa capacité de travail à 50%. L'assurée devait changer de position et ne pouvait pas rester longtemps assise. Dès le 23 août 2012, la capacité de travail était de 50% dans le poste de travail occupé à 75% en tant que secrétaire.
10. Par communication du 19 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé.
11. Répondant à la question de l'OAI, le Dr C_____ a expliqué en date du 17 décembre 2012 que la situation était inchangée depuis octobre 2011, que l'assurée ne pouvait rester assise longtemps en raison des lombosciatalgies et que son travail à 50% était gérable. L'activité actuelle à 50% lui paraissait adaptée et il ne voyait pas ce qu'elle pourrait faire d'autre. Il a produit copie d'un rapport qu'il a adressé le 24 février 2012 à la doctoresse D_____, médecin du travail de l'office du personnel de l'État, au terme duquel il indiquait que devant le tableau clinique assez bien supporté avec ce taux d'activité et l'envie de l'assurée de reprendre le 100% de son 75%, il proposait de poursuivre à 50% jusqu'à la fin de ses vacances à mi-avril, puis de refaire une tentative de reprise de travail à 100% de son 75%. En cas d'échec et en l'absence d'indications opératoires, ce qui était le cas, il pensait que le 50% du 75% deviendrait définitif.
12. Sur avis du SMR, l'OAI a mandaté le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, pour expertise. Dans son rapport d'expertise du 20 janvier 2014, l'expert a retenu au titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, des dorsolombalgies chroniques et lombosciatalgies droites sur troubles de la posture, présentes depuis 2011, une méralgie paresthésique droite, présente depuis 2011 et une obésité morbide. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a noté un status après une prothèse totale de hanche bilatérale en 2007 et 2008. A l'examen clinique, l'expert a mis en évidence une obésité morbide entraînant des troubles sévères de la posture, avec une absence de lordose et une augmentation de la cyphose accompagnée d'un important relâchement de la sangle abdominale, qui comprime le nerf fémoral cutané à droite et provoque une méralgie paresthésique. Les examens radiologiques demandés dans le cadre de l'expertise mettent en évidence ces troubles de la posture. Il pensait que

le problème de meralgie est celui qui la gênait le plus et l'obligeait à changer de position toutes les quarante-cinq minutes. Ce problème pourrait facilement être soigné par des infiltrations du nerf fémoral cutané au niveau de l'aile iliaque. Selon le Dr E_____, le poste de travail de l'assurée a déjà été adapté, l'activité est adaptée à son handicap, elle respecte les limitations fonctionnelles et il n'est pas nécessaire de chercher une autre activité professionnelle. La capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle est de 75% dès le 26 novembre 2013, jour de l'expertise. Les atteintes à la santé constatées diminueraient de 25% la capacité de travail dans un emploi à 100%. L'incapacité de travail, justifiée médicalement dans l'activité habituelle, a évolué comme suit : 100% du 28 septembre 2011 au 29 décembre 2011, 68,5% du 30 décembre 2011 au 16 avril 2012, 0% du 17 avril 2012 au 23 août 2012 et 68,5% dès le 24 août 2012. L'emploi actuel doit être considéré comme adapté à son handicap, à 75%, depuis le 26 novembre 2013. Le traitement actuel était conforme aux règles de l'art. L'expert est d'avis que l'assurée pourrait bénéficier d'infiltrations du nerf fémoral cutané droit et de séances de physiothérapie selon la méthode Mézières. Le pronostic est bon.

13. Par courrier du 21 février 2014, l'assurée a informé l'OAI qu'il y avait une erreur, en ce sens qu'elle n'avait pas repris le travail à 100% (75%) et que son taux d'activité était toujours de 37,5%, soit 50% du 75%. Depuis que son taux d'activité avait été réduit, elle n'a plus jamais eu d'arrêt maladie à 100%.
14. A la demande de l'OAI, le Dr E_____ a confirmé par courrier du 3 mars 2014 que la situation médicale est stationnaire depuis le 26 novembre 2013, date à laquelle on peut considérer que l'assurée travaille à un taux de 75%. S'agissant de l'activité habituelle de l'assurée, elle était adaptée à son handicap et elle pouvait travailler à 75%, soit six heures par jour avec un rendement de 100%. Pour le surplus, on peut raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle se soumette à une infiltration du nerf fémoral cutané droit, ce geste est sans risque. Il conviendra d'évaluer son effet après au maximum trois infiltrations sur sa capacité de travail qui pourra augmenter à 100%. Il proposait de revoir l'assurée après ce geste.
15. Dans son avis du 25 mars 2014, le SMR a considéré que la capacité de travail exigible était de 75%, soit six heures par jour dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.
16. Par décision du 11 juillet 2014, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et des mesures professionnelles. Il a retenu un statut mixte pour l'assurée (part consacrée à l'activité professionnelle à 75% et 25 % à ses travaux habituels). Selon le SMR, sa capacité de travail est de 75% dans toute activité. Estimant que l'assurée était à même d'organiser son activité habituelle à son taux d'activité contractuel de 75%, l'OAI a considéré que d'éventuelles mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. L'OAI a constaté qu'il n'y avait pas de perte de gain et donc pas d'invalidité au sens de l'AI dans la sphère professionnelle (part de 75%). S'agissant de la sphère ménagère (part de 25%), il n'était pas nécessaire d'évaluer

l'empêchement subi étant donné que même si un empêchement maximum était admis, les conditions du droit à la rente n'étaient pas remplies.

17. Par acte du 11 août 2014, l'assurée interjette recours. Elle expose que sa pathologie médicale ne pourra pas s'améliorer et qu'elle ne peut aller qu'en s'aggravant à défaut de rester stable. Elle fait valoir qu'elle souffre d'arthrose depuis plus de trente ans, qu'elle a déjà subi plusieurs opérations et que les douleurs sont telles qu'elles sont handicapantes dans sa vie professionnelle et privée. La recourante relève que sa capacité de travail est évaluée à 75%, ce qui signifie qu'une incapacité de 25% est reconnue qui porte exclusivement sur une activité privée. Elle ne pouvait pas envisager une reprise d'activité à 75%, car cela pourrait mettre en danger sa santé, l'amener à subir d'autres opérations très importantes ou la fragiliser encore plus.
18. Dans sa réponse du 25 août 2014, l'OAI relève que l'expertise rhumatologique revêt pleine valeur probante et qu'il se rallie aux conclusions de l'expert. Il conclut au rejet du recours.
19. Par courrier du 8 septembre (*recte* : octobre) 2014, la recourante estime que l'incapacité de 25 % qui lui est reconnue devrait être soustraite de son taux d'activité de 75%, de sorte que son taux d'activité passerait à 50%, ce qui serait adapté à sa situation. Elle produit un certificat médical du Dr C_____ du 6 octobre 2014, au terme duquel son époux ne peut l'aider pour les tâches ménagères pour une durée indéterminée, en raison de ses problèmes de santé. Pour le surplus, la recourante relève qu'elle subit une forte baisse de salaire, car elle est rémunérée à 37.5 % depuis le mois d'octobre 2013.
20. Par écriture du 27 octobre 2014, l'intimé persiste dans les termes de sa réponse. Il rappelle que même si un empêchement maximum était retenu dans la sphère ménagère, le droit à la rente ne serait toujours pas ouvert. Pour le surplus, il se réfère aux conclusions claires de l'expert, qui considère que la recourante peut travailler à 75 %, soit 6 heures par jour, sans diminution de rendement.
21. Après communication de cette écriture à la recourante, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA), étant rappelé que les délais de recours ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclus (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 (art. 7 LPGA). (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).

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LPGGA). Il y a interruption notable au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201).

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.

6. 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 LPGGA; 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).

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), 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. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que 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 étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss

consid. 2b). 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 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

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 LPGGA). 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. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA).

7. 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 LPGGA), 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. A 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 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Par ailleurs, 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).

Enfin, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. En l'espèce, le Dr C_____, médecin traitant, a diagnostiqué une hernie discale foraminale gauche L5.S1 comprimant L5 pour laquelle la recourante a été en incapacité de travail totale du 28 septembre 2011 au 29 décembre 2011, puis de 50% du 30 décembre 2011 au 16 avril 2012. A compter du 17 avril 2012, la capacité de travail était à nouveau totale dans son activité habituelle exercée à 75%. En revanche, dans son rapport du 13 novembre 2012, bien que l'état de santé était stationnaire, il a indiqué que depuis le 23 août 2012, la capacité de travail était de 50% dans son poste de travail occupé à 75%. Il a expliqué que l'assurée ne pouvait pas rester longtemps assise en raison des lombosciatalgies, qu'il avait proposé une tentative de reprise de travail à 100%, qu'en cas d'échec et en l'absence d'indications opératoires, l'activité actuelle à 50% était adaptée et que ce taux de 50% du 75% deviendrait définitif.

Mandaté pour expertise, le Dr E_____ a retenu comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail des dorsolombalgies chroniques, des lombosciatalgies droites sur troubles de la posture, une méralgie paresthésique droite et une obésité morbide. La méralgie obligeait la patiente à changer de position toutes les quarante-cinq minutes. Selon l'expert, les atteintes à la santé diminuent de 25% la capacité de travail d'un emploi à 100%. Le poste de secrétaire

avait déjà été adapté à son handicap, il respectait les limitations fonctionnelles. Dans cette activité adaptée, la capacité de travail de la recourante était de 75% dès le 26 novembre 2013, jour de l'expertise. L'incapacité de travail médicalement justifiée dans l'activité habituelle a été de 100 % du 28 septembre 2011 au 29 décembre 2011, de 68.5% du 30 décembre 2011 au 16 avril 2012, de 0% du 17 avril 2012 au 23 août 2012 et de 68,5% dès le 24 août 2012. Selon l'expert, l'emploi actuel est adapté au handicap de la recourante, elle peut travailler à 75% depuis le 26 novembre 2013, soit 6 heures par jour avec un rendement de 100%. Il proposait encore de réévaluer l'effet des infiltrations sur le nerf fémoral cutané droit, après trois infiltrations, car il pensait que la capacité de travail pourrait augmenter à 100%.

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr E_____ a été effectué sur la base de l'intégralité du dossier de la recourante, qu'il comporte une anamnèse complète et détaillée, qu'il a pratiqué un examen clinique complet, complété par des examens radiologiques. L'expert a tenu compte des plaintes de la recourante, l'appréciation du cas et ses conclusions sont claires et convaincantes. Partant, il remplit tous les réquisits permettant de lui attribuer pleine valeur probante.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'a pas de motif pour s'écarter des conclusions de l'expertise quant aux répercussions de l'atteinte à la santé sur sa capacité de travail, qui est totale dans son activité à 75%, depuis le 26 novembre 2013.

Pour la période antérieure, il convient de relever que la recourante avait repris son activité à 75% le 17 avril 2012, avant d'être mise à nouveau en arrêt de travail à 50 % de son 75 % par son médecin traitant, à partir du 24 août 2012. Cela étant, au vu des rapports médicaux et des conclusions de l'expert, l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé depuis la reprise du travail en avril 2012. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que depuis avril 2012, la recourante présente une capacité de travail totale dans son activité à 75%.

9. Il s'agit d'évaluer l'invalidité de la recourante au regard de son status mixte, tel que retenu par l'intimé,- ce qui n'est pas contesté -, en tenant compte d'un taux d'activité de 75 % (30 heures par semaine) et de 25 % du temps pour les travaux habituels.

Le calcul du taux d'invalidité selon la méthode mixte s'effectue selon la formule suivante (cf. Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CCAI, chiffre 3101), compte tenu d'une durée normale de travail dans la branche de 40 heures par semaine et de 30 heures de travail hebdomadaire accomplies par la recourante avant l'invalidité :

$$E \times IE + ([EZ - E] \times H) : EZ$$

E = travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative, en heures par semaine

IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative, en pour-cent

EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heures par semaine

H = handicap rencontré dans le ménage, en pour-cent.

Etant donné que la recourante a déposé sa demande le 9 mai 2012, le droit à la rente ne peut prendre naissance que six mois plus tard, soit dès le mois de novembre 2012 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

O, à cette date, dès lors que la recourante ne présente pas d'invalidité dans l'activité professionnelle, il n'y a pas lieu de déterminer les empêchements dans la sphère ménagère. En effet, ainsi que l'intimé le relève à juste titre, même si un degré d'invalidité maximal était retenu dans la sphère ménagère, le degré d'invalidité serait de toute façon insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité ($30 \times 0\% + ([40 - 30] \times 100\% : 40 = 25 \%)$).

Pour le surplus, des mesures professionnelles ne sont pas indiquées, l'activité exercée étant adaptée à l'état de santé de la recourante.

10. Mal fondé, le recours sera rejeté.

Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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