



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3604/2019

ATAS/141/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 février 2020

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par APAS-
Association pour la permanence de défense des patients et des
assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente ; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1961, d'origine péruvienne, naturalisée suisse en 2005, mariée et sans enfant, au bénéfice d'un diplôme d'infirmière, travaillait en cette qualité depuis octobre 1998 auprès de B _____ SA, Laboratoire d'analyses médicales (ci-après : l'employeur), à 60% dès septembre 1999.
2. Le 5 février 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation entraînant la fracture de Weber B de la cheville droite, ostéosynthésée le 11 février 2010. Le 25 juin 2010, elle a repris son emploi.
3. Dès le 9 décembre 2010, l'assurée a présenté une incapacité de travail en raison d'une mastite granulomateuse.
4. Le 2 août 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle.
5. Dans un questionnaire pour l'employeur, dûment complété le 10 août 2011, l'employeur a indiqué que l'assurée percevait un revenu annuel de CHF 43'667.- avant son atteinte à la santé.
6. Par rapport du 2 septembre 2011, le docteur C _____, spécialiste FMH en médecine interne, allergologie et immunologie, a diagnostiqué une mastite infectieuse/inflammatoire. L'incapacité de travail était totale depuis le 9 décembre 2010, et à 50 % depuis le 9 mars 2011.
7. Par rapport du 4 janvier 2012, le Dr C _____ a relevé que l'atteinte entraînait une limitation algofonctionnelle et une diminution de la force des membres supérieurs. Sa capacité de travail était de 50 % dans toute activité. Une prise en charge psychiatrique n'était pas nécessaire.
8. Le 23 mai 2012, l'employeur a indiqué que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 9 décembre 2010 au 9 mars 2011, de 50 % du 10 mars au 19 avril 2011, de 100 % du 20 avril au 1^{er} mai 2011, puis de 50 % depuis le 2 mai 2011.
9. Par rapport du 1^{er} juin 2012, le Dr C _____ a indiqué qu'une reprise en plein (60%) était prévue dès l'automne.
10. Par avis du 3 août 2012, le service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a indiqué que dès le 1^{er} juillet 2012, la capacité de travail était totale dans toute activité.
11. Dans un projet de décision du même jour, l'OAI a nié le droit à une rente et à des mesures professionnelles.
12. Le 14 septembre 2012, l'assurée a contesté ce projet de décision, indiquant qu'elle avait des angoisses, une grande irritabilité et de la peine à supporter le stress, de sorte qu'elle avait accepté de suivre une psychothérapie. C'était par ailleurs à tort

que l'OAI avait retenu une capacité de travail entière puisqu'elle était toujours à 50 % dans son activité habituelle.

13. Par décision du 17 septembre 2012, l'OAI a confirmé son refus.
14. Le 12 octobre 2012, l'employeur a mis fin au contrat de travail avec effet au 31 janvier 2013.
15. Par arrêt du 14 mai 2013, la chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assurée contre la décision du 17 septembre 2012 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Il apparaissait que l'assurée n'avait en réalité pas repris son activité à 100 % (de son 60 %) (ATAS/455/2013).
16. Le 4 octobre 2013, l'assurée a expliqué à l'OAI que les séquelles physiques (fatigue, douleurs, démangeaisons, diminution de la force musculaire du bras gauche) et psychologiques (perte du contrôle émotionnel, peine à supporter le stress, grande irritabilité, perte de l'image corporelle, repli sur soi, peur profonde du danger à l'extérieur de son domicile) avaient eu des implications négatives sur sa capacité de travail, qui était restée à 50 %. Elle ne se sentait pas capable d'assumer son métier d'infirmière, de sorte qu'elle avait suivi une formation d'assistante en ressources humaines de février à juillet 2013. Elle n'avait toutefois pas pu se présenter à l'examen fédéral pour des raisons financières. Elle continuait le suivi psychothérapeutique auprès de Monsieur D_____, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, sur indication du Dr C_____. Elle n'avait donc pas repris une activité professionnelle et était bénéficiaire des prestations de chômage.
17. Le 21 novembre 2013, l'OAI a indiqué dans une note de travail que l'assurée s'était inscrite au chômage depuis le 1^{er} février 2013 et qu'elle recherchait une activité à 100 %. Ses recherches d'emploi visaient principalement des postes administratifs en privilégiant les domaines de la santé et des assurances sociales. Elle effectuait un stage de requalification depuis août 2013 auprès du service des paies de l'État.
18. Par rapport du 26 novembre 2013, le Dr C_____ a diagnostiqué, outre la mastite, une réaction à un facteur de stress sévère et adaptation (F43) et un état de stress post-traumatique grave (F45.1). L'assurée était suivie par M. D_____. Elle avait des difficultés à mobiliser le bras et bénéficiait d'une rééducation. Son état s'était amélioré depuis novembre 2012. La capacité de travail était de 80 % dans le poste occupé à 60 % (limitation due au stress) et entière dans une activité adaptée telle qu'infirmière administrative dans un lieu calme. Le traitement consistait en de la physiothérapie, de la rééducation et une psychothérapie. La gravité des troubles psychiques nécessitait une prise en charge psychiatrique.
19. Par avis du 20 décembre 2013, le SMR a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne.

20. À la demande de l'OAI, par rapport du 24 septembre 2015, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du BEM (Bureau d'expertises médicales – Vevey), ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des synovites multiples, à tendance symétrique, d'origine indéterminée et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait des troubles statiques du rachis associés à un syndrome de déconditionnement musculaire ; une ébauche de coxarthrose droite ; un status après fracture de la cheville droite ostéosynthésée, avec discrète arthrose secondaire ; une hypovitaminose D ; un prurit du sein gauche d'origine indéterminée ; et un status après mastites unilatérales gauches depuis juillet 2010, au décours depuis fin 2012.

Les experts se ralliaient aux arrêts de travail prescrits par son médecin traitant jusqu'en janvier 2013. À partir de fin 2012, celui-ci retenait une amélioration de l'état de santé, globalement. Il n'y avait pas d'incapacité de travail au plan somatique depuis lors.

Depuis l'expertise, en raison des synovites (mains, genoux), il existait une limitation de 40 % comme infirmière de laboratoire (sur un 100 % théorique), de 50 % dans les activités ménagères et de 20 % dans un travail purement administratif pour une durée de 6 mois. Dans un travail plus administratif, avec moins de déplacements, des gestes plus variés, sans charge, l'incapacité de travail était de 20 % durant la durée des investigations et d'une observation sur 6 mois pour étayer le diagnostic d'un possible rhumatisme inflammatoire.

Sur le plan psychique, selon toute vraisemblance, l'assurée avait développé dans les suites de l'accident de vélo, un état de stress post-traumatique. Par la suite, le trouble anxieux s'était compliqué par la survenue d'un syndrome dépressif favorisé par divers facteurs de stress, dont la maladie grave de son mari (cancer O.R.L. diagnostiqué au début de 2012) et l'apparition d'une mastite récidivante du sein gauche d'étiologie inconnue. Au pire de ces symptômes, en 2012, l'assurée était devenue suicidaire et avait commencé à recourir à l'alcool comme anxiolytique et antidépresseur. Des antidépresseurs lui avaient été prescrits, sans grand effet. Son médecin traitant l'avait alors encouragée à entreprendre dans le courant 2012 une psychothérapie. Ce traitement avait eu un bon effet sur l'état psychique, même s'il persistait encore des éléments anxieux et dépressifs. La psychothérapie avait pris fin en décembre 2014, d'un commun accord.

Les experts n'avaient pas trouvé mention d'atteintes psychiques avant le rapport du Dr C_____ de novembre 2013. Cela étant, dès novembre 2012, il était vraisemblable qu'il y avait eu une aggravation justifiant une incapacité de travail de 50 % (de 100 %) dans toute activité et de 30 % dans l'activité ménagère.

21. Par avis du 19 novembre 2015, le SMR a estimé l'expertise convaincante et retenu que la capacité de travail était de 50 % dans toute activité en raison de l'atteinte psychique depuis novembre 2012. La capacité de travail était susceptible de s'améliorer dans les 6 mois à un an à 100 %, sous réserve de l'introduction d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychothérapeutique. Sur le plan somatique, la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée durant 6 mois étant donné qu'il était nécessaire d'investiguer plus avant l'atteinte rhumatologique. Le suivi de l'atteinte rhumatologique était exigible. En cas de non amélioration spontanée sur le plan psychique dans les 6 mois, l'introduction d'un traitement antidépresseur et le suivi psychiatrique était exigible. Il convenait de transmettre l'expertise au médecin traitant afin qu'il procède aux investigations proposées et traite l'atteinte psychiatrique.
22. Le 6 juin 2016, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle était suivie du point de vue général, rhumatologique et psychiatrique par le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales.
23. Par rapport du 13 juin 2016, le Dr H_____, qui suivait l'assurée depuis le 28 septembre 2015, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail de l'assurée, un état dépressif modéré avec syndrome somatique. Sans effet sur la capacité de travail, elle présentait des troubles statiques du rachis et une coxarthrose droite. Le médecin a relevé l'absence de syndrome inflammatoire et de synovites depuis fin septembre 2015. Il existait une amélioration progressive du point de vue psychique et somatique. Le traitement actuel consistait en de la physiothérapie active et une psychothérapie. L'assurée présentait une fatigabilité, l'activité habituelle n'était pas exigible et elle suivait une formation dans les ressources humaines. Les limitations fonctionnelles étaient: pas de travail en position debout uniquement, pas d'activités exercées principalement en marchant, éviter de se pencher, de s'accroupir, de se mettre à genoux, de monter les escaliers et de porter des charges de plus de 5 kg de manière répétitive. Enfin, la résistance était limitée.
24. Selon une note d'entretien téléphonique établie le 13 juillet 2016, le SMR a contacté le Dr H_____ pour clarifier la situation. Il y est noté que depuis que celui-ci suivait l'assurée, il n'avait pas constaté de synovites, ni d'éléments permettant de suspecter la présence d'un rhumatisme inflammatoire. Les douleurs dont se plaignait l'assurée (genou, poignet et dos) étaient d'origine mécanique et n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles. Par ailleurs, il n'y avait pas de récurrence de la mastite. Sur le plan psychiatrique, l'assurée n'avait jamais présenté de plaintes sur un mode dépressif et selon ses informations, la psychothérapie n'était actuellement plus poursuivie. Il n'avait pas été nécessaire d'introduire un traitement antidépresseur ni de référer l'assurée à un psychiatre. Il confirmait que depuis qu'il suivait l'assurée, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles justifiant une diminution de la capacité de travail.
25. Par avis du 13 juillet 2016, le SMR a retenu que les atteintes ayant justifié une incapacité de travail limitée dans le temps étaient un épisode dépressif moyen avec

syndrome somatique, actuellement en rémission, un status après mastite gauche d'origine indéterminée depuis juillet 2010, au décours depuis fin 2012 et un status après fracture de la cheville droite en février 2010, avec une discrète arthrose secondaire. Les autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des troubles statiques du rachis, un déconditionnement musculaire et une hypovitaminose D. Les limitations fonctionnelles étaient un travail léger d'épargne rachidienne avec la possibilité d'alterner les positions toutes les deux heures, sans port de charge lourde répétitif.

Ainsi, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était de 30 % de juin 2012 à la fin 2012, de 50 % depuis janvier 2013 et de 0 % depuis fin septembre 2015. Il n'y avait pas d'atteinte justifiant que l'assurée ne puisse pas reprendre son activité habituelle d'infirmière.

26. Par décision du 13 septembre 2016, confirmant un projet du 15 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, précisant que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain. Le statut retenu était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 60 % et se consacrant à ses travaux habituels pour les 40 % restants. Depuis le 9 décembre 2010 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail dans l'activité habituelle était considérablement restreinte et dès le 29 septembre 2015, il existait une pleine capacité de travail dans toute activité. À la fin du délai d'attente, l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, soit une perte économique de 30 % dans la sphère professionnelle. Le droit éventuel à une rente pourrait être fixé au 1^{er} février 2012. Or à cette date, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail ouvrant le droit à une rente. L'OAI avait renoncé à effectuer une enquête économique sur le ménage: étant donné que le SMR indiquait une capacité de travail entière dès le 29 septembre 2015 dans toute activité, une enquête sur une période révolue n'était pas opportune. L'OAI estimait que dans la part ménagère, lors des périodes de reprises de travail à 50 %, au vu des limitations fonctionnelles et de l'exigibilité des membres de la famille, il n'y avait pas d'empêchements dans la tenue du ménage, si ce n'était peut-être une certaine fatigabilité ou lenteur.

Le degré d'invalidité pondéré résultant des deux domaines était de 30 % du 1^{er} février 2012 au 31 décembre 2012. Il était de 10 % du 1^{er} janvier 2013 au 28 septembre 2015. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

27. Saisie d'un recours de l'assurée contre cette décision, par arrêt du 10 octobre 2017, la chambre de céans l'a partiellement admis, annulé celle-ci et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

La chambre de céans a nié la valeur probante du rapport d'expertise du BEM du 24 septembre 2015. Sur le plan psychique, il n'était pas clair de comprendre pour quelles raisons le taux d'incapacité de travail de 50 % retenu par les experts lors de

leur examen le 5 juin 2015, après que l'assurée ait suivi pendant plus de deux ans une psychothérapie ayant eu un effet positif, était identique à celui qu'elle présentait dès 2012, soit l'année où elle était au pire des symptômes et suicidaire. Ensuite, le début de l'incapacité de travail à novembre 2012 ne pouvait pas être retenu, puisque des antidépresseurs lui avaient été prescrits avant ce mois et une psychothérapie avait débuté dès juillet 2012. Les experts n'avaient à cet égard sollicité aucune information complémentaire auprès de M. D_____, alors que ce dernier avait suivi l'assurée de juillet 2012 à décembre 2014. En outre, les experts avaient retenu une seule atteinte psychique, soit un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, mais de manière contradictoire, ils posaient ensuite le diagnostic d'état de stress post-traumatique au décours, ayant constaté, sur le plan anxieux, un manque de confiance en soi, certains évitements et une altération du sommeil. Or, il apparaissait que le trouble anxieux avait une influence sur la capacité de travail de l'assurée, dès lors que selon les experts, les deux pathologies (le trouble dépressif et le trouble anxieux) se renforçaient mutuellement et entraînaient une incapacité de travail.

Sur le plan somatique, les experts se contredisaient également.

Enfin, après avoir retenu que l'OAI avait, à juste titre, retenu un statut mixte, la chambre de céans a relevé que l'instruction menée par celui-ci s'agissant des empêchements, le cas échéant, dans la tenue du ménage était lacunaire, puisqu'il n'avait pas mis sur pied une enquête ménagère sur place, même si celle-ci devait porter sur une période révolue.

Pour l'ensemble de ces motifs, la cause était renvoyée à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, ainsi qu'une enquête économique ménagère avant de rendre une nouvelle décision (ATAS/877/2017).

28. Par avis du 13 décembre 2017, le SMR, après avoir résumé les considérants de l'arrêt précité, a noté que les experts du BEM avaient indiqué qu'ils étaient à disposition pour réévaluer la situation à l'échéance d'un délai de six mois à un an. Le SMR proposait ainsi de demander un complément d'expertise rhumatologique et psychiatrique auprès du BEM.
29. Par communication du 13 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'un complément d'expertise rhumatologique et psychiatrique était nécessaire, qui aurait lieu auprès du BEM-Vevey. En annexe, figuraient les questions à poser aux experts. Un délai était imparti à l'assurée afin de faire part à l'administration les questions complémentaires qu'elle souhaiterait poser à ceux-ci ainsi que ses éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts désignés.
30. Le 26 mars 2018, les Drs E_____ et F_____ ont examiné l'assurée. Dans un rapport d'expertise complémentaire du 14 mai 2018, ils ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'atteintes dégénératives débutantes de l'appareil locomoteur ; de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.11), atteinte de gravité moyenne ; d'anxiété généralisée

(F41.1), atteinte de gravité légère à moyenne ; et de probable phobie du sang (F40.2), atteinte problématique chez un soignant mais qui pouvait être surmontée grâce à un traitement spécialisé (thérapie comportementale). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une fibromyalgie ; des troubles statiques du rachis ; un déconditionnement musculaire ; une hypovitaminose D ; un prurit persistant, sine materia de la région du sein gauche ; un status après mastites unilatérales gauches, d'origine indéterminée entre 2010 et 2012 ; un status après micro-prolactinome, traité en 1991 ; un status après ostéosynthèse de la cheville droite pour fracture comminutive, et après ablation du matériel d'ostéosynthèse ; ainsi qu'un autre trouble de la personnalité (F60.9), atteinte non incapacitante en soi mais qui pouvait aggraver l'impact des autres troubles psychiques.

L'atteinte somatique entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : travail léger, ne nécessitant pas la marche prolongée, en position alternée, évitant les gestes répétitifs contre résistance pour les mains, évitant les zones basses et l'accroupissement.

Les examens sanguins et les contrôles ultérieurs auprès du Dr H_____ avaient permis d'écarter le diagnostic de rhumatisme inflammatoire, que les experts n'avaient pas exclu lors de l'expertise de 2015. Le bilan et l'observation évoquait un état stabilisé dans un contexte d'atteintes dégénératives débutantes de l'appareil locomoteur. L'état psychiatrique de l'assurée s'était par contre aggravé depuis la précédente expertise.

Sur le plan somatique, dans l'activité habituelle, la capacité de travail de l'assurée était de 60 % entre novembre 2012 et l'expertise de 2015, de 50 % à partir de cette expertise jusqu'à juillet 2016, compte tenu de l'amélioration de l'état de santé évoquée à ce moment par le Dr H_____, et de 80 % depuis lors. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 80 % entre l'expertise de 2015 et juillet 2016, puis de 100 % depuis lors.

Sur le plan psychique, la capacité de travail était évaluée dans toute activité à 50 % de novembre 2012 au 26 mars 2018, puis à 40 %.

Dans l'appréciation consensuelle de la capacité de travail, les experts ont retenu une incapacité persistante de 50 % dans toute activité en raison de l'affection psychiatrique de novembre 2012 au 26 mars 2018, puis de 40 % (recte : 60 %).

Dans la tenue du ménage, l'empêchement était de 30 % tant sur le plan somatique que psychique.

31. Par avis du 21 octobre 2018, le SMR, se référant à l'expertise de mars 2018, a indiqué que, dans un travail léger en alternance de positions sans effort contre la résistance des mouvements répétitifs à la chaîne avec les membres supérieurs, sans devoir travailler en zone basse, à genou, ou accroupie, les capacités [de travail] étaient pleines du point de vue médico-théorique depuis juillet 2016, date à compter de laquelle le médecin traitant attestait d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Sur le plan psychiatrique, les experts relevaient une aggravation et

estimaient que les capacités de travail étaient de 50 % depuis novembre 2012 à mai 2018, puis de 40 %. Le SMR a retenu une incapacité de travail de 100 % depuis 2010, de 40 % dès novembre 2012 à 2015, de 50 % dès 2016 et de 60 % dès mai 2018. Sur le plan somatique, l'incapacité de travail était de 40 % dès novembre 2012, de 50 % dès juillet 2016 et de 20 % dès juillet 2016. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 50 % dès novembre 2012 jusqu'au jour de l'expertise et de 40 % à partir de mai 2018. Le SMR a ajouté les limitations fonctionnelles psychiatrique suivantes : pas de situation de stress, pas de grandes responsabilités, pas trop de contact avec autrui.

32. L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage, réalisée au domicile de l'assurée le 29 novembre 2018. Cette dernière a affirmé que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler dans son activité habituelle d'infirmière dans un centre de prélèvements à 60 %. Elle avait accepté son emploi à ce taux afin de pouvoir consacrer du temps pour son ménage et sa famille. Son mari avait dû cesser son activité indépendante suite à un problème de santé en 2012. Depuis juin 2017, l'assurée était employée de bureau auprès de la faculté de médecine de l'Université de Genève à 60 %, contrat de travail qui prendrait fin en principe en décembre 2018, à moins que les subventions mise à disposition ne soient reconduites.

Selon l'enquêtrice, l'exigibilité retenue de la part de l'époux était de 31,20 %. Ce dernier avait eu un problème de santé, mais à ce jour, les nouvelles de sa santé étaient bonnes. Il avait pu reprendre une activité professionnelle à temps partiel. Les différentes tâches ménagères que l'assurée ne pouvaient plus effectuer selon ses dires étaient prises en charge par celui-ci. Celle-ci pouvait néanmoins effectuer les différentes tâches ménagères tranquillement, à son rythme, de manière fractionnée tout en se ménageant des temps de repos. L'empêchement pondéré de l'assurée sans exigibilité était de 31,20 %.

33. À la demande de l'OAI, l'assurée lui a communiqué la copie de son contrat de travail avec l'Université de Genève, pour un taux d'activité de 60 % en qualité de personnel administratif, conclu initialement pour la période du 1^{er} mai 2017 au 30 avril 2018, prolongé à plusieurs reprises, en dernier lieu jusqu'au 31 janvier 2019. Le revenu brut annuel (incluant le 13^{ème} salaire) était de CHF 53'549.-, puis de CHF 53'976.- dès le 1^{er} juillet 2018 et de CHF 54'404.- à partir du 1^{er} janvier 2019. Dans son courrier du 28 mars 2019, auquel était annexée la copie du contrat de travail, l'assurée a expliqué avoir eu beaucoup de difficulté à maîtriser cet emploi. Elle avait vécu des fortes tensions, pressions, angoisses et autres sentiments désagréables. Elle s'était toujours sentie fatiguée, avec des désordres digestifs et blocage de dos. Ces problèmes avaient occasionné des absences et retards au travail. Elle souhaiterait exercer une activité plus compatible à ses capacités actuelles.
34. Dans un projet de décision du 5 avril 2019, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un trois-quarts de rente du 1^{er} février 2012 au 31 janvier 2013 et refusé des mesures professionnelles. La capacité de travail de l'assurée était, dans toute activité, nulle

dès le 9 décembre 2010, début du délai d'attente d'un an, de 50 % (d'un 100 %) dès le 1^{er} novembre 2012, et de 40 % (d'un 100 %) dès le 1^{er} juin 2018, sans baisse de rendement. Depuis le 1^{er} mai 2017, l'assurée avait recouvré une activité lucrative à 100 % de son taux d'activité exercé à 60 % avec un contrat de travail de durée déterminée, reconductible à la clef. L'empêchement pondéré dans la tenue du ménage, en tenant compte d'une exigibilité des membres de la famille, était de 0 %.

Pour la période dès le 1^{er} février 2012, date à partir de laquelle des prestations pourraient être versées à l'assurée eu égard au dépôt tardif de sa demande, son degré d'invalidité découlait du calcul suivant, qui tenait compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels :

Activités	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Professionnel	60 %	100 %	60 %
Travaux habituels	40%	0 %	0 %
Degré d'invalidité total			60 %

Un taux d'invalidité de 60 % donnait droit à un trois-quarts de rente d'invalidité.

Pour la période dès le 1^{er} novembre 2012, son degré d'invalidité découlait du calcul suivant :

Activités	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Professionnel	60 %	17 %	10 %
Travaux habituels	40 %	0 %	0 %
Degré d'invalidité total			10 %

Pour la période dès le 1^{er} juin 2018, son degré d'invalidité découlait du calcul suivant :

Activités	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Professionnel	60 %	33 %	20 %
Travaux habituels	40 %	0 %	0 %
Degré d'invalidité total			20 %

Un taux d'invalidité de 10%, respectivement de 20 % ne donnait pas droit à une rente.

Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient ni simples, ni adéquates et ne respecteraient pas le principe d'équivalence. De plus, de telles mesures n'entraîneraient que très difficilement une diminution du dommage, à savoir une diminution de la perte de gain.

35. Par courrier du 29 avril 2019, l'assurée a contesté ce projet de décision et sollicité des mesures professionnelles, au motif que celles-ci permettraient de diminuer sa perte de gain. Elle n'était plus en mesure d'exercer son activité d'infirmière comme l'avait attesté ses médecins traitants. Elle souhaitait un reclassement dans le domaine administratif, qui requérait la maîtrise des outils informatiques et de

l'anglais. Elle demandait ainsi la prise en charge des frais de ces formations. Elle a joint l'attestation du 25 avril 2019 du Dr H_____, indiquant que sa patiente, qui avait un bon niveau de formation intellectuelle, était capable de suivre une reconversion professionnelle.

36. Par décision du 27 août 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, en exposant que, selon les pièces médicales au dossier, la capacité de gain de l'assurée était de 40 % (d'un 100 %) dès le 1^{er} juin 2018, sans baisse de rendement. Celle-ci n'avait apporté aucun élément médical objectif permettant de modifier l'appréciation du cas. En outre, son désir de changement d'activité relevait de raisons personnelles. Dans l'activité habituelle à 40 %, le dommage était réduit au mieux. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées, dès lors qu'elles n'étaient ni simples ni adéquates et n'étaient pas de nature à réduire le dommage.
37. Par acte du 27 septembre 2019, l'assurée, sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'ouverture d'enquête et à son audition ; principalement, à l'annulation de la décision entreprise, à l'octroi non limité dans le temps d'un trois-quarts de rente dès le 1^{er} février 2012 ainsi que de mesures de reclassement dans une autre profession, à défaut une rééducation dans la même profession, ou toute autre mesure de réadaptation à laquelle elle avait droit ; subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire comportant les volets psychiatrique et rhumatologique.

La recourante a contesté le statut mixte retenu. Le taux d'occupation professionnelle à 60 % ne résultait pas d'un choix personnel, mais d'une contrainte imposée par l'employeur. Tant aux HUG qu'au début de son emploi auprès de B_____, elle avait travaillé à plein temps. En outre, en raison des changements intervenus dans sa famille, elle aurait été obligée de rechercher une activité lucrative à 100 %. Son époux, atteint d'un cancer, s'était reconverti en professeur de guitare, dont le salaire, instable, qui oscillait entre CHF 1'000.- et 2'000.- par mois, était insuffisant. De plus, elle intervenait en qualité de proche aidant durant une grande partie de son temps libre afin d'aider la grand-mère de son mari, très âgée. Cette dernière, décédée en 2013, avait intégré un EMS six mois plus tôt, date à compter de laquelle, la recourante n'aurait plus eu besoin de lui consacrer son temps. Par ailleurs, elle ne se souvenait pas d'avoir déclaré à l'enquêtrice qu'elle aurait continué à travailler à 60 % dans son activité habituelle afin de s'occuper de son ménage et de sa famille. Si elle avait été précisément interrogée à ce sujet, elle aurait pu fournir les explications qui précédaient. Pour ces motifs, le statut à retenir était celui d'une personne active. Ainsi, elle avait droit à une rente, fondée au minimum sur un taux de 50 % du 1^{er} février 2013 au 30 avril 2018, puis de 60 %, compte tenu de sa capacité de travail partielle dans toute activité durant ces périodes.

Dans l'éventualité où la chambre de céans retiendrait un statut mixte, la recourante a contesté l'exigibilité de son mari, fixée par l'enquêtrice à 31,20 %. Ce taux était extrêmement élevé, eu égard à ses limitations résultant de sa maladie.

La recourante a ensuite reproché à l'intimé d'avoir considéré qu'elle avait toujours disposé d'une capacité de travail partielle dans son activité habituelle. Son métier était physiquement et psychologiquement contraignant. Elle devait examiner une cinquantaine de patients par jour, devait être constamment en mouvement, avoir une bonne résistance au stress et une forte empathie. Or, depuis son invalidité, elle n'avait plus la force d'être confrontée à ce milieu. Lors de la reprise de son emploi, elle avait fait plusieurs crises nerveuses devant les patients, lâché son matériel et souvent pleuré. Dans ce contexte, elle avait été licenciée. Elle était incapable de travailler dans un milieu médicalisé, en raison des mauvais souvenirs, des odeurs qui s'y dégageaient et de l'état de son mari. Elle était angoissée à la vue du sang. Son cœur palpitait et elle ne pouvait pas se concentrer. Elle avait relevé ces difficultés lors de l'expertise du 14 mai 2018 et le Dr F_____ avait diagnostiqué une anxiété généralisée ainsi qu'une probable phobie du sang. Le rapport d'expertise contenait toutefois des contradictions. L'expert estimait qu'elle devrait pouvoir recouvrer sa capacité de travail dans son activité habituelle après une phase de « reconditionnement » de quelques mois, mais concédait n'être pas certain que la phobie du sang pourrait être surmontable avec un traitement spécifique. Il relevait également qu'un traitement psychothérapeutique ne pouvait lui être imposée, mais indiquait que celui-ci devrait l'aider à reprendre progressivement son activité habituelle. Selon la recourante, il fallait admettre qu'elle ne pouvait plus exercer cette activité.

En ce qui concernait les mesures de réadaptation, la recourante a relevé que la décision litigieuse retenait une perte de gain de 20 % dès le 1^{er} juin 2018, taux qui ouvrait le droit à une mesure de reclassement, peu importe qu'elle ne puisse plus exercer son activité totalement ou partiellement. Dès lors qu'elle n'était plus apte à travailler dans son activité habituelle, l'affirmation de l'intimé selon laquelle sa volonté de changer d'activité relevait de raisons personnelles était erronée. Il était également incorrect de prétendre que dans l'activité habituelle à 40 %, le dommage était réduit au mieux. Elle a rappelé avoir été licenciée par B_____ et assumé un emploi administratif à l'Université de Genève pendant deux ans environ, qui avait pris fin pour des raisons de financement. Le Dr F_____, sans fournir d'explications circonstanciées, mentionnait qu'il serait plus difficile pour la recourante de gérer une nouvelle formation et le stress inhérent de même que le début dans une nouvelle profession. Or, le Dr H_____ attestait l'inverse. Il n'incombait d'ailleurs pas à l'expert de se prononcer sur les mesures de réadaptation qui seraient indiquées dans un cas, cette question étant de nature juridique. Sa volonté de suivre une mesure de réadaptation n'était par ailleurs pas contestable ; elle avait déposé sa demande de prestations en vue d'obtenir une telle mesure. À défaut d'un reclassement, elle sollicitait une mesure de rééducation dans

la même profession, l'expert soulignait que le retour dans une activité adaptée devrait être progressif et soumis à un appui.

Dans l'hypothèse où la chambre de céans écarterait ses arguments, la recourante a requis une expertise judiciaire bidisciplinaire. L'intimé, en violation de l'arrêt du 10 octobre 2017, avait demandé un complément d'expertise, alors que la chambre de céans avait renvoyé le dossier pour une nouvelle expertise psychiatrique et rhumatologique. Ce procédé, sans que des questions spécifiques complémentaires ne soient adressées aux experts sur lesquelles la recourante aurait pu se déterminer, violait la loi. Par conséquent, le rapport d'expertise complémentaire était dénué de force probante.

38. Dans sa réponse du 20 novembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le statut de l'assurée n'était pas celui d'une personne active. Dans l'arrêt du 10 octobre 2017, la chambre de céans avait admis le statut mixte et renvoyé le dossier pour mise en œuvre d'une enquête ménagère. Lors de l'enquête économique sur le ménage en décembre 2018, la recourante avait affirmé que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué son emploi à 60 % afin de pouvoir consacrer du temps pour son ménage et sa famille. Il apparaissait ainsi, au degré de la vraisemblance requis, que la recourante aurait continué à exercer une activité lucrative à temps partiel si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

Ensuite, c'était à tort qu'elle contestait l'exigibilité retenue pour son mari, à hauteur d'un taux de 31,20 % que l'enquêtrice avait fixée sur la base de ses constatations. Celui-ci avait eu un problème de santé en 2011, mais au jour de l'enquête, les nouvelles de sa santé étaient bonnes. Il avait pu reprendre une activité professionnelle à temps partiel. Selon les dires mêmes de la recourante, les différentes tâches qu'elle ne pouvait plus effectuer étaient essentiellement prises en charge par son époux. Celle-ci n'apportait par ailleurs dans son recours aucun élément susceptible de remettre en question l'appréciation de l'enquêtrice.

S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise du 14 mai 2018, contrairement à ce que prétendait la recourante, l'arrêt du 10 octobre 2017 ne contenait aucune injonction, dans les considérants ou le dispositif, impartissant à l'intimé de désigner d'autres experts ou centre d'expertise. De plus, suite à la communication du 13 décembre 2017 informant la recourante de la mise en place d'une expertise auprès du BEM, celle-ci ne s'y était ni opposée ni fait valoir des motifs de récusation à l'égard des experts désignés. En outre, quand bien même le SMR avait proposé par avis du 13 décembre 2017 un complément d'expertise auprès du BEM, les experts avaient relevé que la situation de la recourante devait être réévaluée dans le cadre d'un nouveau mandat d'expertise, en tenant compte des critiques mentionnées dans l'arrêt du 10 octobre 2017. Ainsi, le rapport d'expertise du 14 mai 2018 du BEM ne constituait pas un simple complément d'expertise, mais un examen approfondi et complet de la situation médicale de la recourante tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique. Ce rapport, détaillé, remplissait tous les

réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Une expertise judiciaire bidisciplinaire n'était donc pas justifiée.

Enfin, les mesures d'ordre professionnel préconisées par la recourante n'étaient pas indiquées, dès lors que cette dernière pouvait mettre à profit une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle à un taux de 40 %.

39. Dans sa réplique du 16 décembre 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions et conclu en outre à l'audition du Dr H_____ dans l'hypothèse où la chambre de céans décidait de ne pas ordonner une expertise judiciaire.

La recourante a joint le rapport du 25 novembre 2019 dudit médecin, indiquant qu'il la suivait depuis septembre 2015, à raison de trois consultations par an. Il a posé les diagnostics de troubles mécaniques de la colonne vertébrale et de coxarthrose droite débutante. Les limitations fonctionnelles étaient : la station assise et la marche prolongée, ainsi que le port de charges supérieures ou égales à 5 kg. Dans l'activité habituelle d'infirmière, la capacité de travail était nulle (sur un 100 %) pour des motifs physiques et psychologiques. Dans une activité adaptée permettant d'alterner périodiquement les positions au fil des heures, elle était de 50 % (sur un 100 %). Il existait une baisse de rendement en raison d'une fatigabilité en lien avec un état dépressif. La recourante était apte à suivre des mesures de réadaptation.

Sur cette base, celle-ci a exposé que l'appréciation de sa capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée différait sensiblement de celle retenue par les experts. En outre, son activité habituelle n'était pas compatible avec les limitations fonctionnelles décrites par l'experte rhumatologue. Cette dernière se contredisait lorsqu'elle concluait à une pleine capacité de travail sous l'angle médico-théorique dans la sphère professionnelle et à une incapacité de l'ordre de 30 % dans la sphère ménagère, domaine où la recourante pouvait fractionner ses tâches et s'organiser plus facilement.

40. Dans sa duplique du 20 janvier 2020, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. Il a joint l'avis du SMR du 20 janvier 2020 auquel il se ralliait.

Dans ce document, le SMR a mentionné que le rapport du 25 novembre 2019 du Dr H_____ n'amenait pas de nouvel élément médical qui aurait été ignoré. Ce médecin concluait à une baisse de rendement, sans la quantifier. Les diagnostics et les limitations fonctionnelles de la recourante étaient déjà connus du SMR. Il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation antérieure de celui-ci.

41. Copie de cette écriture et de son annexe a été transmise à la recourante, puis la cause 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. a. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

b. 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).

Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il y a lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) dans sa teneur du 1^{er} décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

Le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, et, après le 1^{er} janvier 2018 en fonction des modifications susmentionnées (cf. ATAS/435/2019 du 13 mai 2019 consid. 10).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si la suppression du droit de la recourante à un trois-quarts de rente, allouée du 1^{er} février au 31 janvier 2013, est fondée ; si son statut s'est modifié depuis l'arrêt du 10 octobre 2017; et si elle a droit à des mesures d'ordre professionnel.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la

réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). 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 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

6. 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
7. 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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a).

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).

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.

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).

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

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

On ajoutera qu'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. À 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).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. a. En l'espèce, suite à l'arrêt de renvoi du 10 octobre 2017, l'intimé a sollicité un complément d'expertise rhumatologique et psychiatrique auprès des mêmes experts du BEM, les Drs E_____ et F_____, qui avaient rendu le rapport du 24 septembre 2015, lequel avait été jugé non probant par la chambre de céans dans l'arrêt précité.

Bien qu'il eût été préférable dans ces conditions que l'intimé mît en œuvre une nouvelle expertise auprès d'autres médecins, il n'en reste pas moins que les experts du BEM ont réévalué l'état de santé de la recourante et ont répondu aux critiques formulées dans l'arrêt précité. C'est par ailleurs à tort que la recourante fait valoir qu'elle n'avait pas pu se déterminer sur des questions complémentaires qui auraient dû être adressées aux experts. Elle omet le fait que, par communication du 13 décembre 2017, l'intimé l'avait informée de la mise sur pied d'un complément d'expertise auprès du BEM, joint le questionnaire aux experts et lui avait imparti un délai pour qu'elle soumette à l'administration les éventuelles questions complémentaires qu'elle souhaitait poser à ceux-ci. Or, elle ne s'était pas manifestée. Ainsi, le rapport d'expertise du 14 mai 2018 peut se voir reconnaître une pleine force probante pour autant qu'il réponde à tous les réquisits jurisprudentiels en la matière comme on l'examinera ci-après.

b. Ce rapport d'expertise comprend les données objectives du dossier – soit les pièces médicales, y compris le bilan des analyses réalisées sur le sang le 26 mars 2018, ainsi que l'imagerie du bassin, des mains, des genoux et des chevilles effectuée le lendemain. Il comprend également les données subjectives de la recourante, l'anamnèse, l'examen somatique et psychiatrique, la discussion ainsi que les réponses aux critiques émises par la chambre de céans dans l'arrêt du 10 octobre 2017.

Les experts ont posé les diagnostics suivants, ayant des effets négatifs sur la capacité de travail de la recourante : des atteintes dégénératives débutantes de l'appareil locomoteur; un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.11), atteinte de gravité moyenne; une anxiété généralisée (F41.1), atteinte de gravité légère à moyenne ; et une probable phobie du sang (F40.2).

b/aa. Sur le plan somatique, les experts ont observé que la mobilité tant au niveau axial que des petites, moyennes et grosses articulations périphériques était normale, à l'exception de la hanche droite montrant une ankylose modérée, comme c'était déjà le cas en 2015. Il existait des synovites de premières articulations méta-carpo-phalangiennes et des signes d'épanchement des genoux, très discrets. Le bilan radiologique réactualisé ne montrait pas d'érosion, ni de lyse osseuse sous-chondrale, ni de polyarthrite ni d'une spondylarthrite. Les lésions dégénératives n'avaient pas évolué par rapport aux clichés de 2015. Les experts ont alors confirmé les limitations fonctionnelles déjà retenues à l'époque, à savoir un travail léger, ne nécessitant pas la marche prolongée, en position alternée, évitant les gestes répétitifs contre résistance pour les mains, évitant les zones basses et l'accroupissement (p. 27 et 29 du rapport du 14 mai 2018).

Les experts ont expliqué que leur appréciation en 2015 de l'incapacité de travail de la recourante, soit 50 % à partir de la date de l'expertise dans l'activité habituelle (au lieu de 40 % dès novembre 2012), était justifiée par le fait que les synovites avaient été diagnostiquées à ce moment et qu'une polyarthrite rhumatoïdale

débutante ne pouvait pas être écartée. Les examens sanguins ainsi que les contrôles auprès du rhumatologue traitant avaient ensuite permis d'écarter le rhumatisme inflammatoire, et à partir de juillet 2016, le Dr H_____ attestait d'une amélioration somatique (p. 28).

Les experts ont conclu, sur la base de l'examen actuel et de l'étude du dossier, que l'état somatique était désormais stabilisé dans un contexte d'atteintes dégénératives débutantes de l'appareil locomoteur (p. 29).

b/bb. Sur le plan psychique, les experts ont motivé de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles ils retenaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique; une anxiété généralisée ; une probable phobie du sang ; et un autre trouble de la personnalité (p. 30-31). Ils ont également pris en considération les indicateurs déterminants applicables aux troubles psychiques, développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux (p. 34-37). Ils ont constaté que le degré de dépression et l'anxiété étaient plus prononcés que lors du premier examen et que le diagnostic d'autre trouble de la personnalité n'était pas incapacitant en soi (p. 31).

Les experts ont contacté M. D_____, psychothérapeute, qui avait suivi la recourante de juillet 2012 à décembre 2014, ainsi que la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que la recourante avait consultée fin 2016-début 2017. Le premier avait déclaré n'avoir jamais eu à se prononcer sur la capacité de travail de la patiente, cette question étant gérée par son médecin traitant. Durant la prise en charge, l'état clinique avait peu évolué, hormis une brève amélioration de l'humeur pendant un stage professionnel de quelques mois en 2014. La seconde, également, ne s'était pas prononcée sur la capacité de travail, mais avait reconnu l'existence d'un trouble dépressif et d'une difficulté à réintégrer la vie active (p. 32-33). Les experts ont ensuite expliqué que, lors de la première expertise en 2015, ils avaient considéré que la capacité de travail de la recourante, évaluée à 50 % en raison du trouble dépressif moyen ainsi que de l'état de stress post-traumatique existant à ce moment – les experts ont précisé avoir pris en compte ce diagnostic dans l'appréciation de la capacité de travail mais avoir omis de le mentionner parmi la liste des diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail –, remontait à novembre 2012. Cette date avait été fixée sur la base de l'anamnèse, suite à l'annonce du licenciement de l'expertisée en octobre 2012, très mal vécue par cette dernière, et en l'absence de tout document attestant d'un trouble psychique incapacitant avant cette date. Le taux d'incapacité était resté à 50 %, dans la mesure où, pendant la prise en charge par M. D_____, l'état de santé de l'expertisée était demeuré stationnaire et l'amélioration signalée par le psychothérapeute n'avait pas été durable (p. 32-33).

Cela étant dit, l'aggravation observée lors de l'expertise en 2018 et les limitations fonctionnelles en découlant (diminution de l'énergie, de la motivation, de la capacité d'entreprendre) justifiaient une incapacité de travail de 60 % (p. 32), dès la

date de cette expertise, à défaut de pièces médicales permettant de dater la péjoration de la situation médicale (p. 33).

c. Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont retenu une capacité de travail de 50 % dès novembre 2012 dans toute activité, puis de 40 % à partir de la date de la nouvelle expertise, soit le 26 mars 2018. Ils ont confirmé que l'empêchement dans la tenue du ménage était de 30 % tant sur le plan somatique que psychique, compte tenu des limitations fonctionnelles de la recourante (p. 29, 32). Aussi le taux de 50 %, mentionné à la page 57 du rapport de 2015, au lieu de 30 % (p. 53 dudit rapport), n'était-il qu'une erreur de plume.

d. Les conclusions des experts, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées. Leur rapport du 14 mai 2018 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 11b. ci-dessus). Il convient donc de lui accorder une pleine valeur probante.

À cet égard, c'est à tort que la recourante fait valoir que ce rapport contient des contradictions. Il est vrai que les experts ont indiqué qu'après une phase de « reconditionnement » de quelques mois, la recourante devrait pouvoir recouvrer son activité habituelle (p. 33) et qu'avec l'appui d'une aide psychothérapeutique, elle devrait être en mesure de reprendre progressivement son activité habituelle, avec une augmentation par paliers du taux d'activité sur une durée de six à douze mois (p. 38). En revanche, contrairement à ce que prétend la recourante, les experts n'ont pas indiqué qu'ils n'étaient pas sûrs que la phobie du sang pourrait être surmontable avec un traitement spécifique. Ils ont relevé que cette affection, pour autant qu'elle soit confirmée par des investigations spécifiques (p. 30), se traite par la thérapie comportementale (p. 33), au moyen de laquelle elle devrait pouvoir être surmontable (p. 32). Ils n'ont pas non plus mentionné qu'un traitement psychothérapeutique ne pouvait pas être imposé à la recourante. Ils ont relevé qu'un tel traitement n'a de chance de succès que si l'expertisée adhère à l'idée qu'il puisse lui être utile. Or, à ce moment, cette dernière adoptait une attitude de méfiance face à toute intervention extérieure (p. 33-34). En d'autres termes, selon les experts, la recourante, qui intervenait auprès d'une association d'écoute téléphonique de personnes en détresse, alors qu'elle affirmait ne plus supporter la souffrance de ses patients (p. 33), n'était pas totalement inapte à reprendre son activité habituelle sur le plan médical.

En réalité, les critiques – infondées – que formule ici la recourante à l'encontre des experts visent à faire reconnaître que sa capacité de travail dans son activité habituelle serait nulle. Elle a produit à cet effet le rapport du 25 novembre 2019 du Dr H_____, allant dans son sens. Toutefois, comme on le verra plus loin, le revenu sans invalidité, pris en compte dans le calcul du degré d'invalidité, correspond à celui réalisé en dernier lieu par la recourante à temps partiel (en cas de statut mixte) avant son atteinte à la santé, peu importe que celle-ci dispose d'une capacité de travail nulle ou partielle dans son activité habituelle, revenu qui est ensuite indexé à

l'évolution des salaires – et est extrapolé pour un taux d'activité de 100 % depuis le 1^{er} janvier 2018 suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation en la matière. En d'autres termes, l'évolution de la capacité de travail d'un assuré dans son activité habituelle n'influe pas sur son taux d'invalidité, à l'inverse de celle retenue dans une activité adaptée.

À cet égard, dans son rapport précité, le Dr H_____ reconnaît une baisse de rendement, sans la chiffrer, et atteste, sans préciser depuis quand, d'une capacité de travail de 50 % (sur un 100 %) dans une activité adaptée, soit le même taux que celui admis par les experts, lesquels l'ont abaissé à 40 % dès le 26 mars 2018, ce qui est favorable à la recourante.

Force est de constater qu'il n'existe aucun rapport médical justifiant de s'écarter de l'appréciation des experts.

e. Par conséquent, il convient de retenir, à l'instar de l'intimé, que la recourante, incapable de travailler dans toute activité depuis le 9 décembre 2010, début du délai d'attente d'un an, est capable d'exercer une activité adaptée à 50 % dès le 1^{er} novembre 2012 et à 40 % à partir du 26 mars 2018 – et non le 1^{er} juin 2018, comme indiqué dans la décision attaquée, puisque les experts ont retenu une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante à compter de la date de la nouvelle expertise.

12. Il convient à présent d'examiner si le statut de la recourante a changé depuis l'arrêt du 10 octobre 2017, admettant un statut mixte.
13. 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).

14. En l'occurrence, dans l'arrêt du 10 octobre 2017, entré en force de chose jugée, la chambre de céans a confirmé le statut mixte retenu par l'intimé, après avoir relevé que la recourante, mariée, sans enfant, travaillait au service de son employeur à temps partiel depuis plus de onze ans lorsque son incapacité de travail de longue durée avait débuté (ATAS/877/2017 consid. 9d).

L'appréciation que la chambre de céans a faite du statut de la recourante ne saurait être remise en cause en tant qu'elle est rapportée à la date de la décision déterminante alors attaquée, du 13 septembre 2016.

Cela dit, comme c'est la situation de la recourante au moment du prononcé de la décision administrative litigieuse, soit celle du 27 août 2019, qui est décisive s'agissant de son statut, il y a lieu d'examiner si sa situation a évolué depuis l'arrêt du 10 octobre 2017.

Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a; 115 V 143 consid. 8c). Conformément à ce principe, il y a lieu de retenir que la recourante, sans atteinte à la santé, aurait continué à travailler à 60 %, comme elle l'a déclaré à l'enquêtrice le 29 novembre 2018. Contrairement à ce qu'elle allègue, elle n'a pas travaillé à plein temps auprès de B_____, mais à 60 %, taux d'occupation qui résultait bel et bien d'un choix personnel et non d'une contrainte imposée par son ancien employeur, puisqu'elle avait déclaré lors de l'expertise en 2015 qu'elle était employée à 60 % « selon son choix » (p. 27 du rapport du 24 septembre 2015). Au moment de l'enquête à domicile, son époux était d'ailleurs en bonne santé, lui permettant ainsi d'augmenter ses revenus. Par ailleurs, il ressort du contrat de travail que la recourante a conclu avec l'Université de Genève, portant sur la période du 1^{er} mai 2017 au 31 janvier 2019, que son taux d'occupation en tant que personnel administratif était de 60 %. Il est donc invraisemblable qu'au moment du prononcé

de la décision litigieuse le 27 août 2019, la recourante, même en bonne santé, aurait travaillé à temps complet.

En l'absence d'une modification de l'état de fait depuis l'arrêt du 10 octobre 2017, force est de constater que le statut mixte de la recourante (60 % dans l'activité lucrative et 40 % dans l'activité ménagère) n'a pas changé.

15. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100 % et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

16. a. 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.

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).

Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent

de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014).

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).

17. 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. 28a 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'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du

travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a).

18. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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.

b. 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).

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). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

19. Selon l'art. 27^{bis} RAI en vigueur depuis le 1^{er} 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. 27^{bis} 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. 28a 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).

20. a. En l'espèce, le délai d'attente d'une année pour l'ouverture du droit à la rente a commencé à courir le 9 décembre 2010, date de l'incapacité de travail durable. La recourante a toutefois déposé sa demande de prestations le 2 août 2011, soit plus de six mois après le début de son incapacité de travail totale. Il s'ensuit qu'en raison de sa demande tardive, le droit éventuel à la rente a pris naissance au plus tôt le 1^{er} février 2012 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

b. En ce qui concerne le calcul de l'incapacité de gain dans la sphère professionnelle à compter de cette date, il y a lieu de rappeler que la capacité de travail de la recourante, nulle dans toute activité jusqu'à fin octobre 2012, est dans

une activité adaptée légère de 50 % du 1^{er} novembre 2012 au 25 mars 2018, et de 40 % dès le 26 mars 2018.

b/aa. Pour la période du 1^{er} février au 31 octobre 2012, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100 % (cf. ATAS/642/2015 du 31 août 2015 consid. 15c), comme retenu par l'intimé.

b/bb. Pour la période du 1^{er} novembre 2012 au 25 mars 2018, compte tenu des données communiquées par l'employeur en août 2011, le revenu sans invalidité de la recourante, réactualisé à 2012 – année déterminante pour procéder à la détermination du degré d'invalidité – selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes (ISS; en 2011 : 2604 et en 2012 : 2630), est de CHF 44'103.- ($43'667 \times 2630 / 2604$).

S'agissant du revenu avec invalidité en 2012, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé. Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). D'après l'ESS 2012, ce revenu s'élève à CHF 4'112.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, femme, part au 13^{ème} salaire comprise) ou à CHF 49'344.- par année ($4'112 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2012, lequel est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 51'441.- pour un plein temps ($49'344 \times 41,7 / 40$) et à CHF 25'721.- au vu de la capacité de travail raisonnablement exigible de 50 % ($51'441 / 2$).

À ce montant, il n'y a pas lieu d'appliquer un facteur de réduction. En effet, l'absence prolongée du marché du travail n'est pas déterminante dans le contexte d'une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples, en référence à l'ESS 2012, niveau 1 et n'est pas un facteur d'abattement (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3; 9C_17/2018 du 17 avril 2018 consid. 4.3 ; 8C_883/2015, 8C_884/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 et les références et 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.2). Le manque d'expérience de la recourante, naturalisée suisse, dans une nouvelle profession n'est pas non plus un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, puisque les activités adaptées envisagées (simples) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, et que tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018

consid. 5.2). De plus, âgée de 50 ans au moment du début du droit à la rente, la recourante ne se trouve pas à un âge qui l'obligerait à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit qui entraînerait un désavantage salarial. L'âge de 50 ans ne correspond pas à celui ouvrant le droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants permettant de parler d'un âge avancé déterminant (cf. ATAS/1041/2019 du 12 novembre 2019 consid. 16). En outre, le critère du taux partiel d'activité ne constitue pas un élément pertinent dans le cas d'espèce: dans à peu près tous les cas de figure distingués en fonction du degré d'occupation et du niveau de qualifications, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne gagnent souvent pas, d'après les statistiques, un revenu moins élevé que les personnes travaillant à plein temps (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.3 et les références). Enfin, l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de la recourante tient compte de ses limitations fonctionnelles, de sorte que ces dernières ne peuvent être retenues une seconde fois lors de la fixation du revenu d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.1).

Partant, le revenu d'invalidité de CHF 25'721.-, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 44'103.-, donne un degré d'invalidité de 41,67 % ($[(44'103 - 25'721) / 44'103] \times 100$ %), arrondi à 42 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). C'est donc à tort que l'intimé a retenu un taux de 17 %.

Il y a lieu de relever que la recourante, après la survenance de l'atteinte à la santé, a travaillé à 60 % du 1^{er} mai 2017 au 31 janvier 2019 en qualité de personnel administratif, soit dans une activité adaptée, auprès de l'Université de Genève. Si l'on tient compte du revenu annuel effectivement réalisé, soit CHF 53'549.- pendant la période ici litigieuse du 1^{er} mai 2017 au 25 mars 2018 pour fixer le revenu d'invalidité (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b/aa), force est de constater que la recourante ne subit pas de perte de gain durant cette période, le revenu d'invalidité étant supérieur au revenu sans invalidité.

b/cc. Pour la période dès le 26 mars 2018, dans la mesure où le changement important de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain remonte à cette date, il convient de se placer en 2018 pour procéder à la comparaison des revenus.

Selon les données communiquées par l'employeur en 2011, le revenu annuel sans invalidité, indexé à l'année 2018, est de CHF 45'813.- (soit ISS; en 2011 : 2604 et en 2018 : 2732 ; $43'667 \times 2732 / 2604$). Compte tenu d'un taux d'activité de 60 %, ce revenu est, conformément à l'art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, extrapolé pour un taux d'activité de 100 %, de sorte que le revenu sans invalidité déterminant s'élève à CHF 76'355.- ($45'813 \times 100 \% / 60 \%$).

S'agissant du revenu avec invalidité en 2018, il convient de se référer à l'ESS 2016, qui était déjà publiée (le 26 octobre 2018) au moment déterminant de la décision du

27 août 2019 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). D'après l'ESS 2016, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 4'363.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, femme, part au 13^{ème} salaire comprise) ou à CHF 52'356.- par année ($4'363 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016, laquelle est de 41,7 heures, ce qui porte le salaire annuel à CHF 54'581.- ($52'356 \times 41,7 / 40$). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2018 (ISS en 2016: 2709 et en 2018: 2732), le revenu avec invalidité est de CHF 55'044.- ($54'581 \times 2732 / 2709$) pour un plein temps et de CHF 22'017.60 au vu de la capacité de travail raisonnablement exigible de 40 % ($55'044 \times 40 \% / 100 \%$).

Pour les mêmes motifs qu'exposés ci-dessus, il n'y a pas lieu d'opérer un abattement à ce montant. Même si, lors de la comparaison des revenus en 2018, la recourante était âgée de 57 ans, elle a travaillé, en dépit de son atteinte à la santé, en tant que personnel administratif auprès de l'Université de Genève du 1^{er} mai 2017 au 31 janvier 2019. Elle dispose donc d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 et les références citées).

Partant, le revenu d'invalidité de CHF 22'017.60, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 76'355.-, donne un degré d'invalidité de 71,16 % ($(76'355 - 22'017.60) / 76'355 \times 100 \%$), arrondi à 71 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). C'est donc à tort que l'intimé a retenu un taux de 33 %.

Il y lieu de relever que, pendant la période ici litigieuse du 26 mars 2018 au 31 janvier 2019, durant laquelle la recourante a collaboré auprès de l'Université de Genève à 60 % pour un revenu annuel de CHF 53'549.- dès le 1^{er} mai 2017, de CHF 53'976.- dès le 1^{er} juillet 2018 et de CHF 54'404.- dès le 1^{er} janvier 2019, sa perte de gain s'élève en réalité à CHF 29,86 % dès le 26 mars 2018 ($(76'355 - 53'549) / 76'355 \times 100 \%$), à 29,30 % dès le 1^{er} juillet 2018 ($(76'355 - 53'976) / 76'355 \times 100 \%$) et à 28,74 % du 1^{er} au 31 janvier 2019 ($(76'355 - 54'404) / 76'355 \times 100 \%$).

c. En ce qui concerne le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, la chambre de céans constate que l'enquête économique sur le ménage a été effectuée par une personne qualifiée au domicile de la recourante, en présence de cette dernière. L'enquêtrice a rappelé l'atteinte à la santé dont celle-ci souffre et a pris en compte ses limitations fonctionnelles dans l'évaluation des empêchements ménagers. Elle a également relaté les indications de la recourante concernant les tâches qu'elle accomplissait avant son atteinte à la santé, celles qu'elle continue à effectuer depuis lors, seule ou avec l'aide de son époux. Les conclusions du rapport

d'enquête économique reposent donc sur un examen concret des circonstances du cas d'espèce.

c/aa. La recourante conteste l'exigibilité de son époux que l'enquêtrice a fixée à 31,20 %, faisant valoir que ce taux est très élevé compte tenu des limitations de son époux résultant de sa maladie.

S'il est vrai que celui-ci a souffert d'un cancer O.R.L en 2012, ayant nécessité un traitement, lors de l'expertise réalisée le 24 septembre 2015, la recourante avait toutefois déclaré que son époux, à ce moment déjà, assumait les tâches ménagères (p. 28 du rapport du 24 septembre 2015). Elle a également affirmé à l'enquêtrice en novembre 2018 que celui-ci, en bonne santé dorénavant, se chargeait des tâches qu'elle n'effectuait plus elle-même. Ainsi, en partant du principe que l'activité de la recourante dans le ménage représente 16 heures (soit $[60 \% \times 40 \text{ heures} / 100 \%] = 24 \text{ heures}$; $40 \text{ heures} - 24 \text{ heures} = 16 \text{ heures}$), un total de 4,99 heures hebdomadaires (31,20 % de 16 heures) ou 43 minutes environ au quotidien ($4,99 / 7 \text{ jours} = 0,71 \text{ heure} = 42,60 \text{ minutes}$) à charge du mari, qui travaille à temps partiel, ne représente pas une charge excessive (cf. dans le même sens : arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 4 et 6).

Ainsi, la prise en compte d'une aide de l'entourage de l'ordre de 31,20 % n'apparaît pas excéder ce qui peut être raisonnablement exigé des membres de la famille dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage.

c/bb. Par conséquent, il y a lieu de retenir que l'enquête ménagère a pleine valeur probante, sous réserve des précisions apportées ci-après :

En ce qui concerne en particulier la période dès le 1^{er} février 2012, compte tenu du fait que l'époux était à cette époque gravement atteint dans sa santé, on ne pouvait attendre une aide de sa part. En outre, dès lors que la recourante présentait une capacité de travail nulle dans toute activité jusqu'à fin octobre 2012, il convient de retenir qu'elle subissait un empêchement notable dans la tenue de son propre ménage pendant cette période (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 392/05 et I 420/05 du 24 août 2006 consid. 4.1 a contrario).

Pour la période du 1^{er} novembre 2012 au 24 septembre 2015, il y a lieu d'admettre, au degré de la vraisemblance requis, que l'empêchement de la recourante dans la tenue de son ménage était de 31,20 % tout au plus, taux que fixe l'enquêtrice sans l'aide de l'époux, et qui est du reste presque identique à celui qu'ont retenu les experts depuis novembre 2012 [p. 57-58 du rapport du 24 septembre 2015]) en fonction des limitations fonctionnelles de la recourante, soit 30 %. Le fait qu'on ignore à partir de quand exactement l'époux est capable d'effectuer les tâches ménagères entre le 1^{er} novembre 2012 et le 24 septembre 2015 n'a pas d'importance, car cette donnée n'influera de toute manière pas sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité (cf. consid. 20d/bb ci-dessous).

d. Cela étant dit, il convient à présent de procéder aux calculs du degré d'invalidité global de la recourante, compte tenu d'une part professionnelle de 60 % et d'une part consacrée aux activités ménagères de 40 %.

d/aa. Pour la période du 1^{er} février au 31 octobre 2012, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 60 % ($60 \% \times 100 \%$). Il est de 40 % dans la sphère ménagère ($40 \% \times 100 \%$). Partant, un taux d'invalidité global de 100 % donne droit à une rente entière. Il sera relevé que même dans l'hypothèse où l'on retenait un empêchement de 31,20 % durant cette période (sans l'aide de l'époux) dans la tenue du ménage, au lieu de 100 % (cf. consid. 20c/bb ci-dessus), le taux d'invalidité global serait de 72,48 % ($60 \% + [40 \% \times 31,20 \% = 12,48 \%]$), ce qui ouvre également le droit à une rente entière d'invalidité.

d/bb. Pour la période du 1^{er} novembre 2012 au 24 septembre 2015, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 25,20 % ($60 \% \times 42 \%$). Dans la sphère ménagère, il est de 12,48 % ($40 \% \times 31,20 \%$). Partant, un degré d'invalidité global de 37,68 %, inférieur au taux minimal de 40 %, ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

d/cc. Pour la période du 25 septembre 2015 au 30 avril 2017, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 25,20 % ($60 \% \times 42 \%$). Dans la sphère ménagère, il est de 0 % ($40 \% \times 0 \%$). Partant, un taux d'invalidité global de 25,20 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

d/dd. Pour la période du 1^{er} mai 2017 au 25 mars 2018, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 0 % ($60 \% \times 0 \%$). Dans la sphère ménagère, il est également de 0 % ($40 \% \times 0 \%$), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente.

d/ee. Pour la période dès le 26 mars 2018, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 17,91 % ($60 \% \times 29,86 \%$), de 17,58 % dès le 1^{er} juillet 2018 ($60 \% \times 29,30 \%$) et de 17,24 % du 1^{er} au 31 janvier 2019 ($60 \% \times 28,74 \%$). Il est de 0 % dans la sphère ménagère ($40 \% \times 0 \%$). Ainsi, le degré d'invalidité global, inférieur à 40 %, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

d/ff. Pour la période dès le 1^{er} février 2019, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle est de 42,60 % ($60 \% \times 71 \%$), arrondi à 43 %. Il est de 0 % dans la sphère ménagère ($40 \% \times 0 \%$). Un degré d'invalidité global de 43 % donne droit à un quart de rente.

21. Reste à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées et remplacées.
22. a. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut

s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

b. En l'occurrence, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2012 au 31 janvier 2013 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain dès le 1^{er} novembre 2012) et à un quart de rente à partir du 1^{er} mai 2019 (soit trois mois après l'aggravation de l'incapacité de gain dès le 1^{er} février 2019).

23. Reste encore à déterminer si la recourante a droit à une mesure d'ordre professionnel.

24. a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptations pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

Il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

b. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

c. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGa) et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a); à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c in VSI 2003 p. 274; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2).

d. En l'espèce, certes, sur le plan subjectif, la recourante désire bénéficier d'une mesure de réadaptation. S'agissant toutefois de sa demande de rééducation dans la même profession, on observe que, de l'avis de la recourante, elle ne peut plus exercer son activité habituelle, indiquant être incapable de travailler dans un milieu médicalisé, en raison des mauvais souvenirs et des odeurs qui s'y dégagent ainsi que de l'angoisse qui se manifeste à la vue du sang. Lors des expertises réalisées en septembre 2015 et en mars 2018, la recourante avait exprimé une absence totale de volonté de reprendre son activité habituelle, qui était très stressante selon elle (p. 14 du rapport du 14 mai 2018, p. 24 du rapport du 24 septembre 2015). Ainsi, après plus de sept ans d'inactivité, il n'est guère vraisemblable que sa capacité de gain soit maintenue ou améliorée au terme d'une rééducation dans la même profession (art. 17 al. 2 LAI) pour laquelle la recourante ne montre plus aucun intérêt particulier.

Une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 al. 1 LAI ne se justifie pas non plus, dès lors que les activités adaptées légères que la recourante est à même d'exercer ne nécessitent pas de formation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5.2 ; ATAS/432/2018 du 23 mai 2018 consid. 15e). En outre, du 1^{er} mai 2017 au 31 janvier 2019, la recourante a été capable, sans réadaptation, de réaliser à un taux d'activité de 60% un revenu supérieur (CHF 53'549, CHF 53'976.-, CHF 54'404.-) à son revenu antérieur (CHF 43'667.-), au même taux d'activité, c'est-à-dire sans subir de perte de gain.

Enfin, dans la mesure où la recourante ne présente pas de limitations fonctionnelles (cécité, mutisme, mobilité limitée, troubles de comportement) qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, elle n'a pas droit à une mesure d'aide au placement.

25. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 27 août 2019 annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2012 au 31 janvier 2013 et à un quart de rente dès le 1^{er} mai 2019.
26. Au vu du dossier contenant tous les éléments nécessaires pour trancher le litige, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), l'audition du médecin traitant et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, sollicitées par la recourante, sont inutiles, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.
27. La recourante, représentée, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité 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]), arrêtée en l'espèce à CHF 800.-.

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 27 août 2019.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2012 au 31 janvier 2013 et à un quart de rente dès le 1^{er} mai 2019.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 800.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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