RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2441/2020 **ATAS/103/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 février 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à PERLY recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 16 octobre 2008.

2. Par décision du 7 septembre 2009, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a informé l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Selon le rapport d'examen du 3 avril 2009 ainsi que l'étude de son dossier médical, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé du point de vue de cette assurance, car le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi. Sa capacité de travail était entière dans toute activité entrant en ligne de compte.

3. Selon un rapport établi le 30 décembre 2016 par la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la fondation Phénix, l'assurée souffrait de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, et de douleurs chroniques. Elle était née à Genève, avait divorcé cinq ans auparavant et était mère de deux enfants, un garçon de 16 ans et une fille de 14 ans. Elle travaillait comme secrétaire médicale depuis 2003 dans le même cabinet. En 2001, elle avait été victime d'un accident de voiture, lors duquel elle avait subi un choc frontal et un coup du lapin suite au déploiement de l'airbag. Suite à cet accident, l'assurée souffrait de douleurs chroniques qui s'accentuaient. En 2003, 18 points douloureux avaient été diagnostiqués chez l'assurée, ce qui allait vers une forme de fibromyalgie. Malgré ses douleurs, elle avait continué à travailler et à s'occuper de sa maison et de ses enfants. Elle prenait beaucoup de Brufen retard à 800 mg pour ses douleurs et utilisait énormément de soins de médecine manuelle pour soulager ses douleurs afin de pouvoir assumer son travail consciencieusement. À la fin de l'année 2015, elle avait commencé à manifester des symptômes d'anxiété, de tension, des problèmes de sommeil et une augmentation des douleurs. Elle n'avait plus pu travailler dès la fin du mois de septembre 2016, date à laquelle le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, l'avait mise en arrêt de travail à 100%. Elle s'était adressée à la fondation Phénix au mois d'octobre pour un suivi psychiatrique pour dépression, car les symptômes dépressifs avaient commencé à beaucoup paralyser les soins des douleurs. L'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 29 septembre 2016 et pour une durée indéterminée.

4. Dans un rapport établi le 8 décembre 2016, le Dr C_____ a posé les diagnostics de syndromes cervico-dorsaux et sacro-coccyalgique dès le 15 septembre 2016. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, qui serait déterminée par la Dresse B_____.

5. L'employeur de l'assurée l'a licenciée avec effet au 31 décembre 2016.

6. Dans un rapport du 7 avril 2016, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué avoir procédé à une radiographie de la colonne dorsale et du sacrum face/profil de l'assurée le 7 avril 2016. S'agissant du sacrum et du coccyx,

il n'y avait pas d'anomalie squelettique décelable. À l'étage dorsal, il y avait un discrète scoliose à convexité droite et une discopathie D5-D6 visible sous la forme d'un discret pincement de l'espace intersomatique et une ébauche d'ostéophytose marginale antérieure des plateaux vertébraux adjacents.

7. Le 4 février 2017, le Dr C_____ a informé l'OAI que l'assurée était suivie à sa consultation depuis le 28 septembre 2016 en raison de « Cervico-brachialgies. Épicondylette et épitrochléite droite. Gonalgies bilatérales. Lombo-sacralgies et des articulations sacro-iliaques. On retrouve d'autre part un syndrome douloureux chronique et un status post-Whiplash (2001). La patiente a d'autre part développé un état dépressif lié à sa situation professionnelle et reçoit un traitement psychiatrique (…). Les examens radiologiques, notamment de la colonne cervicale, montrent une péjoration de l'atteinte post-traumatique avec une progression de la discarthrose. Son incapacité de travail est actuellement de 95%, surtout en raison de son état dépressif. Sa capacité de travail sur le plan purement physique est de 50% maximum dans une occupation comme secrétaire. Vu les difficultés physiques et psychiques de la patiente, une rente AI de 50% est indiquée et nécessaire ».

8. L'assurée a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 7 mars 2017, faisant valoir qu'elle était totalement incapable de travailler dès le 29 septembre 2016.

9. Selon un rapport d'évaluation d'intervention précoce établi suite à un entretien du 23 mai 2017, l'OAI avait proposé à l'assurée une remobilisation musculaire. Elle avait indiqué avoir actuellement un compagnon avec lequel elle ne vivait pas, mais penser que cette relation n'allait pas durer, car elle était trop souvent fatiguée pour faire des activités avec son compagnon.

10. Selon un rapport établi le 29 mai 2017 par le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, l'assurée souffrait de fibromyalgie. L'activité exercée était encore exigible à 50% dès la date du rapport.

11. Le 12 juin 2017, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'elle lui octroyait une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une réadaptation professionnelle et qu'il prenait en charge les frais liés à douze séances de remobilisation musculaire du 7 juin au 6 octobre 2017.

12. Dans un rapport établi le 18 juillet 2017, la Dresse B_____ a indiqué que la capacité de travail exigible de l'assurée était de 50% dans toute activité. Depuis 2009, l'état de celle-ci s'était péjoré du point de vue psychique et physique. En 2010, son mari avait quitté la maison, en ayant assez de sa fatigue et de ses douleurs. L'assurée avait augmenté son taux d'activité de 40 à 50% lors de la même année. Elle avait très peur pour son avenir, ne pouvant pas subvenir à ses besoins avec le revenu d'un simple mi-temps et ne pouvant pas tenir le travail d'un plein temps à cause de sa fatigue et de ses douleurs. Sa dépression avait augmenté quand elle avait appris que le remplaçant du médecin pour lequel elle avait commencé à travailler n'allait pas la garder. Elle était actuellement en arrêt maladie à 100%

depuis le 1er novembre 2016 pour une période indéterminée. Les restrictions physiques étaient une fatigabilité, une lutte contre les douleurs qui l'épuisait, des endormissements brusques dans la journée, des douleurs chroniques, une baisse de la mémoire et de la concentration dans les moments de grande fatigue, une tristesse et des angoisses.

13. Le 21 juillet 2017, le Dr C_____ a répondu dans le formulaire type de l'OAI s'agissant de l'« incapacité de travail médicament attestée de 20% en tant que secrétaire médicale : 40% dès 2003 au 28 septembre 2016 / 100% dès le 29 septembre 2016 à ce jour ». S'agissant des restrictions physiques, les positions maintenues pendant plus de 15-20 minutes étaient douloureuses aussi bien en position assise que debout. L'assurée arrivait à changer facilement de position. Les douleurs intervenaient au bout de 15 à 20 minutes en position stationnaire. L'activité exercée était encore exigible à 40%. Dès le jour du rapport, elle pouvait, sur le plan somatique, assumer son travail de secrétaire médicale à 40%, mais, pas sur le plan psychiatrique, en raison de son état dépressif.

14. Le 10 octobre 2017, l'assurée a informé l'OAI s'être inscrite à l'office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) à 50%.

15. Selon un contrat de travail établi les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) le 15 mars 2018, l'assurée était engagée à 100% comme secrétaire, du 19 mars au 31 août 2018, pour un salaire mensuel brut de CHF 6'336.95.

16. Le 28 mars 2018, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a fermé le dossier d'intervention précoce, au motif que l'assurée avait trouvé un emploi.

17. Selon une note sur le statut du 5 juin 2018, d'après les informations recueillies par le service de réadaptation de l'OAI, l'assurée avait perçu un très bon salaire lors de son dernier emploi, lequel correspondait quasiment à un 100%, alors qu'elle ne travaillait qu'à 50%. Du point de vue purement économique, elle n'avait donc pas eu besoin d'augmenter son taux de travail, puisque son revenu lui suffisait. L'assurée était consciente du fait que ce salaire n'était pas représentatif. Elle était au bénéfice de certificats de compétence en tant que praticienne d'exploitation et de secrétaire/dactylographe, obtenus respectivement en 1991 et 1993. Elle disait avoir travaillé à plein temps durant plusieurs années. Dans un questionnaire du 28 décembre 2008, elle avait mentionné que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% pour des raisons financières (séparation de son mari et deux enfants à charge) depuis 2006. Compte tenu des éléments au dossier, il était considéré que sans atteinte à la santé, l'assuré exercerait effectivement une activité lui permettant de subvenir seule aux besoins de sa famille. En conséquence, le statut d'active était retenu.

18. Selon un contrat de travail du 29 janvier 2019, l'assurée a été engagée comme secrétaire à 50% par les HUG dès le 1er février suivant, pour un salaire annuel brut de CHF 45'693.-.

19. Selon un avis du service médical régional (ci-après le SMR) du 1er février 2019, après réexamen des pièces au dossier, celui-ci estimait que la réalisation d'une expertise psychiatrique était suffisante pour clarifier les conditions médicales du droit aux prestations de l'assurée. En effet, le rhumatologue traitant, le Dr E_____, avait indiqué que le tableau clinique restait le même depuis 2009, s'agissant de la fibromyalgie. Ce qui était nouveau du point de vue médical, c'était le trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen). Ce dernier motivait un arrêt de travail depuis septembre 2016, selon la psychiatre traitante, qui mentionnait une péjoration de l'état de santé de la patiente depuis l'examen SMR de 2009. Comme le Dr E_____, la psychiatre retenait une capacité de travail de 50% dans toute activité.

20. L'OAI a désigné le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée. À teneur du rapport établi le 18 juillet 2019 par ce dernier, l'expertise était fondée, notamment, sur un entretien avec l'assurée du 21 mai 2019, de 13h30 à 15h00. L'expert a fait une synthèse du dossier et a résumé la teneur de l'entretien qu'il avait eu avec l'assurée. Il a procédé à une anamnèse, décrit ses constatations et exposé les résultats des tests psychométriques. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, de syndrome douloureux chronique et de fibromyalgie. Il a détaillé les raisons pour lesquelles il concluait à un trouble dépressif récurrent, en rémission. Il avait noté de légères variations de l'humeur qui n'atteignaient pas le seuil diagnostic pour un épisode dépressif significatif. Il s'agissait d'une évolution que l'on pouvait qualifier de dysthymique chez une assurée sans traitement médical psychothérapeutique ou psychotrope.

    Il qualifiait le trouble à symptomatologie somatique, de type douleurs chroniques, de sub-clinique à léger tout au plus.

    S'agissant de la personnalité de l'assurée, l'expert a retenu quelques traits de personnalité dépendante. L'assurée avait tendance à se surinvestir pour autrui, lorsqu'elle se sentait valorisée ou nécessaire, comme avec son ex-époux, son compagnon, ses enfants et son ex-employeur. Il s'agissait de traits dépendants, sur un mode que l'on pouvait qualifier de co-dépendant. À la question de savoir si les symptômes ou les pertes de fonctionnalité dont se plaignait l'assurée étaient cohérents et plausibles et si les résultats de l'examen étaient valides et compréhensibles, l'expert a mentionné qu'ils étaient actuellement peu cohérents et plausibles, l'assurée ayant repris son emploi. Elle avait beaucoup de plaintes somatiques peu objectivables médicalement, sans grande répercussion sur son fonctionnement quotidien. Elle semblait très indulgente avec elle-même. Les tests psychométriques soulignaient l'importance de la dramatisation et de l'amplification des plaintes. C'était peut-être pour cette raison que le médecin psychiatre parlait d'un état dépressif moyen, ce qui n'était d'ailleurs pas exclu en juin 2017, mais d'évolution favorable. L'état actuel de l'assurée était compatible avec celui qui était le sien avant l'atteinte à la santé mentale, puisque seules les douleurs étaient, pour

l'essentiel, au premier plan, avec quelques symptômes émotionnels peu significatifs. Il n'y avait aucune répercussion sur les activités ménagères, de loisirs, sociales et lucratives, même si l'assurée utilisait probablement ses douleurs pour mettre des limites, quand elle était sollicitée, tant au travail que dans sa vie affective, car elle avait peu de moyens de mentalisation.

S'agissant de ses capacités, ressources et difficultés, l'assurée était souvent très pessimiste, ce qui était en contradiction avec son fonctionnement personnel, social et sentimental et sa disposition à retrouver elle-même un stage, puis à obtenir un contrat à durée indéterminée aux HUG. La personnalité était relativement fragile, mais l'assurée était néanmoins tout à fait disposée à coopérer. Il y avait une légère incertitude financière. Sinon, la vie familiale et sociale - avec les enfants, ses collègues et son ami - était stable. L'assurée avait toujours été apte à s'adapter aux règles et routines de sa profession. Elle avait pu planifier et structurer ses tâches. Les capacités de flexibilité et d'adaptation étaient peu limitées par cette personnalité un peu fragile, dépendante. L'assurée était tout à fait en mesure d'appliquer, depuis toujours, ses compétences professionnelles. Outre une certaine sensibilité et suggestibilité par rapport au stress, elle pouvait prendre des décisions adéquates. L'endurance ne serait limitée que par ses douleurs. L'assurée pouvait s'affirmer, certes parfois en exprimant difficilement son agressivité. Les contacts avec les tiers, un groupe et les contacts familiaux ne posaient pas de problème. Elle avait des activités spontanées et gérait ses soins personnels et ses déplacements.

L'expert n'avait pas de raison objective de s'écarter de l'appréciation des médecins traitants de l'assurée. On pouvait reconnaître à l'assurée une incapacité de travail complète dès le 29 septembre 2016, puis une capacité de travail entière depuis le 1er janvier 2018, sur la base des multiples recherches d'emploi et du début d'une activité en mars 2018, ainsi que de l'arrêt de la psychothérapie et du traitement antidépresseur, sans répercussion ultérieure au niveau psychique. Du point de vue strictement psychiatrique, la performance de l'assurée était entière sur un 100% 8 heures par jour. Cette capacité de travail serait stationnaire ou meilleure en fonction de l'absence de nouveaux facteurs de stress fragilisateurs, comme un licenciement. L'activité antérieure de l'assurée n'était pas contre-indiquée.

21. Dans un avis du 29 juillet 2019, le SMR a considéré que les conclusions de l'expert étaient convaincantes.

22. Par projet de décision du 13 septembre 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2017 au 31 mars 2018, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%. Son droit à la rente s'éteignait le 1er avril 2018. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. Dès le 1er janvier 2018, sa capacité était jugée entière dans toute activité professionnelle. Ainsi, son droit à la rente s'éteignait le 1er avril 2018, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, en raison d'un taux d'invalidité nul.

23. Le 20 septembre 2019, l'OAI a notifié à l'assurée une nouvelle version de son projet de décision du 13 septembre 2019, qui comportait une erreur de frappe qui avait été rectifiée.

24. Dans un courriel du 15 janvier 2020, l'assurée a fait valoir qu'elle n'avait pas compris que le projet de décision clôturait sa demande d'assurance-invalidité. Son problème de santé l'empêchait de travailler à 100%. Ce n'était pas qu'en raison de la dépression, mais surtout et principalement, en raison de ses douleurs physiques, qui avaient été à plusieurs reprises mentionnées par son médecin traitant dans ses rapports. Ses douleurs allaient en s'amplifiant et l'invalidaient de plus en plus. Elles la mettaient dans une incapacité totale de travailler à un taux supérieur à 50%, voire 60% par moment. L'assurée ne touchait plus de pension ni d'allocations pour ses enfants, car sa fille de 18 ans était partie vivre chez son père et son fils avait arrêté ses études.

25. Le 11 février 2020, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle était dans l'incapacité de travailler à 100% depuis plusieurs années en raison de douleurs devenues chroniques qui s'amplifiaient. Ses douleurs la handicapaient considérablement dans la vie de tous les jours. Elle passait des nuits sans réussir à s'endormir, ne trouvant aucune position la soulageant et ne s'endormant que par micro-sommeils. Elle avait des douleurs dorsales, la sensation de courbatures, de tensions, de rigidité, de brûlures, qui s'étendaient aux jambes, aux bras, au torse et à la nuque. Ces tensions engendraient régulièrement des maux de tête plus ou moins intenses, un état de fatigue et des difficultés de concentration et de mémoire. Elle avait également une fatigue morale et ne se sentait pas la capacité ou l'énergie nécessaire pour répondre à ses envies d'activités physiques (familiales, sportives, voyages, sorties entre amis). Elle annulait régulièrement de telles activités et n'avait même plus envie d'en prévoir. Elle s'efforçait toutefois de bouger son corps, car elle savait que moins on bougeait, plus la douleur s'installait et prenait du terrain sur la mobilité. Elle se faisait violence. Pour toutes ces raisons, elle n'avait d'autre choix qu'une vie professionnelle à temps partiel. Elle ne pouvait assumer un 100% tant physiquement que moralement. Suite au départ à la retraite de son patron en 2016, elle avait perdu son emploi qui était bien rémunéré. Ses qualifications professionnelles, qui n'étaient plus suffisamment élevées pour répondre à la demande actuelle du marché, et son âge, qualifié actuellement de senior, ne lui permettraient jamais de retrouver un emploi suffisamment rémunéré à temps partiel. En poste depuis un an, elle subissait malheureusement un mobbing professionnel et se dirigeait donc à nouveau vers une perte d'emploi.

26. Le 24 février 2020, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI que l'assurée l'avait consulté en décembre 2019 pour des douleurs sacro-coccygiennes. Selon son examen, les symptômes correspondaient à une irritation-dysfonction de la sacro-iliaque gauche, entraînant des limitations fonctionnelles. Celles-ci intéressaient la station assise prolongée. L'assurée n'était actuellement plus capable de monter à moto ou à cheval. En qualité de secrétaire à 50%, elle était très gênée en position assise.

Hormis son traitement de médecine naturelle, elle bénéficiait d'AINS (Ibuprofène et récemment Arcoxia). Un récent bilan sanguin n'avait pas montré de symptômes inflammatoires. Une IRM avait mis en évidence, en juillet 2019, un œdème autour des sacro-iliaques centré sur la partie ligamentaire sur l'interligne. En définitive, il n'y avait pas d'affection inflammatoire chez cette patiente, mais des signes d'irritations de sa sacro-iliaque. Dans ce contexte, une infiltration radioguidée avait été proposée à la patiente, qui était réticente pour le moment à un tel acte.

27. Le 11 mars 2020, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que l'assurée était suivie à sa consultation depuis le 28 septembre 2016. Elle souffrait d'une persistance de cervico-brachialgies gauches et de douleurs de l'épaule gauche. Elle souffrait également d'une épicondylite et d'une épitrochléite persistantes ainsi que de gonalgies bilatérales. Elle se plaignait de douleurs du bassin et de lombosciatalgies chroniques. Sur le plan clinique, on retrouvait d'autre part un syndrome douloureux chronique et un status post-Whiplash (2001). La patiente avait d'autre part développé un nouvel état dépressif lié à sa situation professionnelle et recevait un traitement anxiolytique et antidépresseur par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie. Les examens radiologiques, notamment de la colonne cervicale, montraient une péjoration de l'atteinte post-traumatique avec un début de hernie discale C5-C6 associée à un neuroforamen étroit C5-C6. L'IRM du bassin était compatible avec un status inflammatoire des articulations sacro-iliaques. L'incapacité de travail de l'assurée était actuellement de 100% en raison de son état physique et psychique. Sa capacité de travail sur le plan purement physique était de 50% au maximum dans une occupation comme secrétaire. Vu son atteinte physique et psychique, une rente d'invalidité de 50% était nécessaire.

28. Selon un avis du 18 mars 2020, après réexamen des pièces médicales versées au dossier, le SMR a rectifié sa prise de position précédente, qui ne tenait pas compte du volet somatique. Le début de l'incapacité de travail était le 29 septembre 2016. Le début de l'aptitude à la réadaptation en janvier 2018. L'assurée était capable de travailler dans son activité habituelle de secrétaire à 50% dès janvier 2018 et dans une activité adaptée également. Les limitations fonctionnelles étaient : privilégier une activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle l'assurée pourrait changer de position à sa guise, sans effort physique, sans port de charges, sans position en porte-à-faux du rachis, en hyperflexion ou hyperextension du cou ou nécessitant la position des membres supérieurs en dessus de l'horizontale.

29. Selon un rapport final de mesures d'ordre professionnel du 4 mai 2020, le taux d'invalidité de l'assurée avait été recalculé à la suite du dernier avis du SMR, qui retenait une capacité de travail de 50% dans toute activité. Le dossier de l'OCE avait été fermé, car l'assurée avait signé un contrat à 50% en tant que secrétaire aux HUG dès le 1er février 2019. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité était de 30%. Le revenu annuel actualisé sans invalidité était de CHF 65'299.-. En 2015, selon le compte individuel de l'assurée, le revenu annuel déclaré était de CHF 64'200.- à 50%. Actualisé à 2018, ce revenu équivalait à CHF 65'299.-. Il était

considéré comme un revenu à plein temps, bien que l'assurée travaillait à 50%, car il était extraordinaire, compte tenu de la branche d'activité. En effet, pour espérer obtenir un revenu similaire auprès d'un autre médecin, l'assurée aurait dû travailler à plein temps. Cette conclusion était confirmée par l'ESS de la branche d'activité. Le revenu déterminant annuel d'invalide était fixé à CHF 45'693.- selon le contrat de travail. Le taux d'invalidité était ainsi de 30%.

30. Par décision du 6 août 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2017 au 31 mars 2018, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, puis à une demi-rente d'invalidité du 1er avril 2018 au 31 janvier 2019. L'OAI avait retenu que l'assurée avait un statut d'actif. Au terme de l'instruction médicale, une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle lui était reconnue du 29 septembre 2016 (début du délai d'attente d'un an) au 31 décembre 2017. Dès le 1er janvier 2018, elle était considérée capable de travailler à 50% dans toute activité professionnelle. À l'échéance du délai d'un an, soit au 29 septembre 2017, sa capacité de travail était nulle dans toute activité. De ce fait, son incapacité de travail se confondait avec son incapacité de gain. Il s'ensuivait que l'échelle de rente était révisée parallèlement et sur la base de l'évolution de sa capacité de travail.

    Dès le 1er janvier 2018, elle était capable de travailler à 50% dans toute activité professionnelle. Dès le 1er avril 2018, le droit à une demi-rente lui était reconnu, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. Dès le 1er février 2019, elle avait été engagée en tant que secrétaire auprès des HUG. L'OAI avait donc procédé à une nouvelle comparaison des gains et retenu un revenu sans invalidité de CHF 65'299.- et un revenu avec invalidité de CHF 45'693.-. Un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas de droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente. Par conséquent, le droit à une demi-rente était supprimé dès le 31 janvier 2019.

31. Le 18 août 2020, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle constatait que son courrier du 11 février 2020 indiquant qu'elle était dans l'incapacité d'être active professionnellement sur le long terme à plus de 50% n'avait pas été entendu. Son engagement du 1er février 2019 auprès des HUG avait été pris en considération alors que l'OAI avait été informé par son médecin d'un arrêt maladie à 100% pour une durée indéterminée depuis le 17 février 2020. Comme pressenti, le mobbing professionnel annoncé dans son dernier courrier avait finalement abouti à un licenciement au 30 novembre 2020. Elle demandait à la chambre de céans d'entendre son désarroi de ne pouvoir tenir une situation professionnelle lui permettant d'obtenir un revenu décent. Elle était épuisée autant physiquement que moralement de se battre et elle était aujourd'hui à bout. Elle demandait la révision de la décision en prenant en compte le fait qu'elle était dans l'incapacité d'assumer un travail à plus de 50% sur un long terme, sans conséquence sur son absentéisme et sa santé mentale et physique et qu'elle se retrouvait à nouveau sans emploi.

32. Le 15 septembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le courrier que lui avait adressé la recourante le 11 février 2020 lui avait été transmis à la suite de la réception par la recourante du projet de décision du 20 septembre 2019 et les nouvelles pièces médicales produites avaient été soumises au SMR pour appréciation. Dans un avis du 18 mars 2020, le SMR avait modifié sa position eu égard aux éléments apportés par la recourante, dans le sens où il avait été reconnu que sa capacité de travail ne pouvait pas dépasser 50% depuis janvier 2018 que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Dans son écriture, la recourante précisait avoir été licenciée pour son activité professionnelle de secrétaire auprès des HUG pour le 30 novembre 2020. Les éléments apportés par la recourante n'étaient pas susceptibles de modifier la décision querellée du 6 août 2020, dans la mesure où l'intimé avait pris en compte les revenus effectifs de la recourante dans le cadre de la comparaison des revenus et que la même situation perdurait au-delà de la décision litigieuse. Selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales appréciait l'égalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de faits existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue. Ainsi, la décision querellée ayant été rendue le 6 août 2020, seuls pouvaient être retenus dans le cadre de la présente procédure, les faits antérieurs à cette date. Une demande de révision pourrait se justifier ultérieurement, en cas de modification de la situation personnelle ou économique de l'assurée susceptible de se répercuter sur son droit aux prestations, comme les changements de salaire ou de situation économique. Il serait ainsi loisible à la recourante de déposer, cas échéant, une nouvelle demande auprès de l'intimé.

33. Le 28 septembre 2020, la recourante a remercié l'intimé d'avoir reconnu son incapacité de 100% et 50% du 1er septembre 2017 au 31 janvier 2019. Elle estimait que son droit à une rente perdurait. Son incapacité physique et morale à assumer un travail supérieur à 50% était permanente et ce, même après le 31 janvier 2019. Sa situation financière avait changé au début de l'année 2018 suite à la majorité de l'un de ses enfants qui avait pris son indépendance et du fait que l'autre était retourné chez son père. Elle n'avait dès lors plus d'allocations ni de pensions alimentaires. Travailler à temps partiel n'était pas un choix délibéré de sa part. N'ayant plus de revenus suffisants, elle n'avait pas d'autre solution que de demander à l'intimé la reconnaissance de son incapacité de travail partielle non limitée dans le temps au travers d'une rente d'assurance-invalidité.

34. Lors d'une audience devant la chambre de céans du 27 janvier 2021, la recourante a déclaré qu'elle souhaitait que l'intimé lui reconnaisse le droit à une rente d'invalidité au-delà du 1erfévrier 2019, car elle était toujours en incapacité de travail à 50%. Elle a pris note du fait que la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale et que ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qui sont évaluées. Elle a été invitée à demander à l'intimé, par courrier ou sur formulaire qu'elle pouvait obtenir sur l'intranet, de procéder à un nouveau calcul de son taux

d'invalidité, en raison du fait qu'elle ne travaillait plus pour les HUG et qu'elle était au chômage. Elle a également été informée qu'au cas où ses revenus ne lui permettaient pas de subvenir à ses besoins, elle avait en plus la possibilité de demander des prestations complémentaires.

35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020.

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

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2019.

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'article 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 1er 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).

   En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

8. 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).

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il

n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

10. Aux termes de l'art. 88*a* al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, 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.

11. En l'espèce, l'intimé a correctement retenu que la recourante a un statut d'actif, qu'elle a été en incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle du 29 septembre 2016 au 31 décembre 2017, puis qu'elle a été capable de travailler à 50% dès le 1er janvier 2018, conformément aux conclusions de l'expert sur le plan psychiatrique et sur la base du rapport du Dr C_____ du 11 mars 2020. La recourante ne conteste pas la capacité de travail de 50% retenue dès le 1er janvier 2018.

    À l'échéance du délai d'un an après le début de l'incapacité de travail durable, soit au 29 septembre 2017, la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité et elle avait droit à une rente entière d'invalidité. Trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail, soit dès le 1er avril 2018, elle avait droit à une demi-rente, étant relevé qu'elle n'avait alors pas retrouvé de travail, ce qui justifiait que l'intimé calcule son taux d'invalidité en retenant un revenu après invalidité équivalant à la moitié de celui retenu pour son premier calcul d'invalidité.

    Dès le 1er février 2019, la recourante a été engagée en tant que secrétaire auprès des HUG. L'intimé était alors fondé à procéder à une nouvelle comparaison des gains, pour tenir compte des revenus après invalidité effectivement réalisés. La prise en considération du salaire élevé de la recourante obtenu en 2015 pour fixer le revenu sans invalidité à 100% de la recourante, soit un salaire CHF 65'299.- après indexation à 2018, quand bien même il rémunérait une activité à 50%, n'appelle pas la critique et est plus favorable pour celle-ci que le salaire statistique selon les ESS 2018, secteur privé, ligne 77,79-82 activités de service administratif, niveau 1 (CHF 3'911.- par mois et CHF 46'932.- annuel).

    S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé a pris en compte à juste titre le revenu que la recourante a concrètement obtenu pour son travail à 50% suite à son engagement par les HUG dès le 1er février 2019 (CHF 45'693,85). La comparaison des revenus avec et sans invalidité donne un taux d'invalidité de 30%, conformément à ce qu'a retenu la décision querellée, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité pour la recourante au-delà du 31 janvier 2019.

12. Le recours doit en conséquence être rejeté.

13. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al.1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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