RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2810/2019 **ATAS/112/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 février 2021

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karine BAERTSCHI recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 26 février 2018, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1969, ayant travaillé comme caissière-serveuse, vendeuse, ouvrière de production et, enfin, de 2005 à 2008, comme dame de compagnie dans une famille privée, a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une polyarthrite rhumatoïde persistante depuis mai 2017. L'assurée est mère de deux enfants, nés en 2007 et 2009.

2. Le rassemblement des comptes individuels AVS de l'assurée montre qu'elle a obtenu les revenus suivants :

   1995 : CHF 40'179.- ;
   1996 : CHF 39'003.- ;
   1997 : CHF 52'277.- ;
   1998 : CHF 51'027.- ;
   1999 : CHF 52'945.-
   2000 : CHF 54'947.- ;
   2001 : CHF 55'119.- ;
   2002 : CHF 54'244.- ;
   2003 : CHF 56'647.- ;
   2004 : CHF 61'410.- ;
   2005 : CHF 57'510.- ;
   2006 : CHF 77'957.- ;
   2007 : CHF 77'290.- ;
   2008 : CHF 23'958.- ;
   2009 : CHF 43'748.- (période de chômage) ;
   2010 : CHF 30'005.- (période de chômage) ;
   2011 : CHF 17'252.- (période de chômage) ;
   2012 : CHF 4'700.- ;
   2013 : CHF 4'667.- ;
   2014 : CHF 13'322.- ;
   2015 : CHF 4'667.- ;
   2016 : CHF 4'667.-.

3. Dans un rapport 19 mars 2018, le docteur B_____, spécialiste en médecine interne, a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 26 février 2018 en raison de douleurs articulaires généralisées dues à une polyarthrite rhumatoïde sévère diagnostiquée en 2015, diagnostic confirmé par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales (cf. courrier du 22 mai 2017), tout comme la totale incapacité de travail (cf. rapport du 23 mars 2018 mentionnant qu'un nouveau traitement avait été introduit).

4. Une note au dossier mentionne qu'en dernier lieu, l'assurée a travaillé auprès d'un établissement médical social (EMS), à 50%, de septembre 2011 à juillet 2012. Il est relevé que l'intéressée n'a jamais plus eu de taux d'occupation supérieur à 50% depuis la naissance de ses deux enfants, hormis une courte période, de mai à décembre 2010, dans le cadre des mesures cantonales mises en place en fin de droit aux indemnités de chômage. Il est préconisé en conséquence de retenir un statut mixte (50%-50%).

5. Le 13 novembre 2018, le Service médical régional (SMR) a pris acte de l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde de pronostic sévère et noté que, selon le rhumatologue traitant, la préhension était très limitée et la marche possible sur moins de 500 mètres en raison d'une raideur permanente et de douleurs sévères. La capacité de travail était nulle dans toute activité, mais la situation n'était pas stabilisée et il convenait de réinterroger le médecin traitant, vu l'instauration d'un nouveau traitement en mars 2018.

6. Dans un courrier du 15 février 2019, le Dr C_____ a expliqué que sa patiente avait développé une polyarthrite rhumatoïde durant l'automne 2016, que son état clinique s'était beaucoup amélioré depuis le début de l'année 2019, que persistaient cependant une arthrite récidivante du genou gauche et des douleurs des pieds et que la marche prolongée était contre-indiquée. Il a émis l'avis que l'assurée pourrait reprendre une activité d'aide-soignante n'impliquant pas le port de charges lourdes à temps partiel et qu'elle pourrait exercer son activité habituelle de serveuse/gouvernante ou toute autre activité adaptée à 50%.

7. Le 25 février 2019, le SMR a noté l'amélioration clinique survenue début 2019 et a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle ou toute activité adaptée (c'est-à-dire permettant d'éviter la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, le port de charges lourdes, les positions agenouillée et accroupie, les escaliers à répétition, ainsi que le travail en hauteur).

8. Dans un questionnaire rempli le 6 mars 2019, l'assurée a affirmé que, sans atteinte à sa santé, elle aurait continué à travailler dans son domaine, à 50%, pour se sentir active et améliorer sa situation.

9. Le 12 mars 2019, il a été procédé à une enquête ménagère au domicile de l'intéressée, qui a conclu à un empêchement de 31,5% dans le ménage, réduit à 10% en raison d'une aide exigible de la part de l'époux de l'intéressée de 21,5% (cf. rapport du 1er avril 2019).

10. Le 5 avril 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps.

11. Le 7 mai 2019, l'assurée a contesté ce projet en alléguant avoir toujours travaillé à plein temps depuis son arrivée en Suisse en 1993.

Elle a expliqué que le père de ses enfants n'avait jamais payé la moindre pension alimentaire, qu'il lui fallait en outre assumer les frais d'entretien de sa mère, domiciliée au Pérou et que si, en 2017, son temps de travail avait diminué à 50%, c'était sur conseil de son médecin et suite à l'apparition des premiers symptômes de son arthrite.

12. Par décision du 11 juillet 2019, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité du 1er septembre 2018 au 31 mars 2019.

Une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle a été admise à compter du 22 mai 2017, mais l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR, a estimé que l'intéressée avait recouvré une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée depuis le 1er janvier 2019.

En mai 2018, le degré d'invalidité a été évalué à 55% ([100% de 50% dans la sphère professionnelle = 50%] + [10% de 50% dans la sphère ménagère = 5%]).

En janvier 2019, ce taux a été ramené à 30% ([50% de 50% dans la sphère professionnelle = 25%] + [10% de 50% dans la sphère ménagère = 5%)].

La demande ayant été déposée tardivement, en mars 2018, le début du versement de la rente a été fixé à septembre 2018 et s'est éteint trois mois après l'amélioration constatée, soit le 31 mars 2019.

S'agissant plus particulièrement du statut mixte retenu, l'OAI a noté que, lors de l'enquête au domicile, l'assurée avait déclaré avoir exercé quelques postes de travail à 100% après la naissance de ses enfants, en 2007 et 2009, mais avoir rapidement diminué son temps de travail à 50% pour s'occuper de sa famille. L'OAI a considéré que, dans ces conditions l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable qu'elle aurait exercé une activité à un taux supérieur si son état de santé le lui avait permis. Le statut d'active à 50% devait dès lors être confirmé.

13. Par écriture du 31 juillet 2019, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2018 et pour une durée illimitée.

La recourante invoque l'avis du Dr C_____, qui a évalué sa capacité de travail à 50%, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Selon elle, il se serait clairement écarté de l'évaluation du SMR auquel elle reproche d'avoir apprécié de manière erronée les appréciations de son médecin traitant.

La recourante reproche également à l'intimé de ne pas justifier la limitation dans le temps de la demi-rente qui lui a octroyée.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 août 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimé souligne que les conclusions du SMR du 25 février 2019 corroborent celles du Dr C_____ quant à une capacité de travail de 50%, tant dans l'activité

habituelle que dans une activité adaptée et ce, depuis janvier 2019, suite à une amélioration de l'état de santé de l'intéressée.

Il rappelle que le taux d'incapacité de travail ne se confond pas nécessairement avec le taux d'invalidité, puisque celui-ci est une notion économique et non médicale.

Il note que le statut mixte n'est plus contesté, pas plus que le taux d'empêchement dans la sphère ménagère.

15. Dans sa réplique du 4 septembre 2019, la recourante a indiqué ne pas avoir d'observations particulières à formuler et a persisté intégralement dans ses conclusions.

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.

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

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de limiter l'octroi à la recourante d'une demi-rente d'invalidité au 31 mars 2019.

6. 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).

7. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour

l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

8. 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).

9. 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).

10. 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).

11. 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).

12. 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).

13. Le fait qu'une personne non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité – et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte –, sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose. Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisirs sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2, précisé par l'ATF 142 V 290 consid. 7 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1). La limitation dans le domaine lucratif doit être prise en considération de façon proportionnelle – en fonction de l'étendue de l'hypothétique taux d'activité lucrative à temps partiel (ATF 142 V 290 consid. 7).

14. 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.

15. En l'espèce, la Cour de céans note que, dans ses conclusions, la recourante demande que le versement de la rente débute le 1er mai 2018 (en lieu et place du 1er septembre 2018), sans toutefois motiver cette demande. Or, la demande de prestations ayant été déposée le 26 février 2018, c'est à juste titre que l'intimé n'a ouvert le droit aux prestations que six mois plus tard, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI.

    A titre principal, la recourante conteste la limitation dans le temps de la rente octroyée jusqu'au 31 mars 2019. En d'autres termes, elle nie que son état de santé

se soit amélioré, en janvier 2019, au point de lui permettre d'exercer à 50% son activité habituelle.

C'est pourtant bel et bien ce à quoi a conclu son rhumatologue traitant, le Dr C_____, le 15 février 2019. Il a certes indiqué que des douleurs au niveau des pieds et du genou gauche persistaient, mais aussi estimé que toute activité adaptée, y compris l'activité habituelle, pourrait être exercée à 50% par sa patiente, compte tenu de l'amélioration clinique survenue en janvier 2019.

Dès lors, on ne saurait s'écarter de l'avis du SMR et de l'intimé selon lesquels, à compter de cette date, une capacité de 50% a été recouvrée. Aucun élément médical objectif au dossier ne vient contredire cette hypothèse et l'assurée ne produit d'ailleurs rien de tel à l'appui de son recours.

C'est dès lors à juste titre également que l'intimé a mis un terme au versement de la demi-rente avec effet trois mois plus tard, soit fin mars 2019.

Dans son recours, l'assurée ne conteste plus le statut mixte qui lui a été conféré. A juste titre, puisqu'il ressort du dossier que, contrairement à ses dires, elle n'a pas travaillé tout le temps à plein temps, mais jusqu'en 2008 seulement, date à laquelle elle attendait son second enfant. Ce n'est donc pas la survenance de l'atteinte à la santé qui a justifié cette diminution de taux d'activité. Qui plus est, expressément interrogée lors de l'instruction de son dossier, l'intéressée a affirmé qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 50%. Ce sont à ces premières déclarations, faites alors qu'elle en ignorait encore les conséquences juridiques, qu'il convient de prêter foi (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2b).

Quant au taux d'empêchement dans la sphère ménagère, établi à l'issue d'une enquête à domicile, il n'est pas contesté.

Au vu des considérations qui précèdent, le recours, manifestement infondé, est rejeté.

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir l'émolument.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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