RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4398/2020 **ATAS/1029/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 octobre 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LES AVANCHETS 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 Erreur ! Signet non défini.**, Juges assesseur·e·s**

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1961, divorcée depuis 1991 et mère d'un enfant, né le _____ 1989.

b. L'assurée a été travaillé comme secrétaire pour B_____ SA du 3 novembre 2008 au 23 octobre 2009.

c. Elle a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 25 août 2010, faisant valoir qu'elle souffrait d'un état dépressif avec des crises d'anxiété et qu'elle boitait par intermittence. L'atteinte existait depuis 2009 et elle était totalement incapable de travailler.

d. Par décision du 28 mars 2011, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a refusé d'octroyer des prestations à l'assurée, considérant que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis le 1er décembre 2010.

B. a. Le 28 novembre 2014, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, faisant état d'une grave dépression à la suite d'un licenciement, entre autres, depuis le 18 novembre 2009.

b. Le 11 décembre 2015, l'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire de l'assurée (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et gastro-entérologie).

c. Le centre d'expertise CEMEDEX SA a été désigné pour procéder à l'expertise en novembre 2017.

d. Selon le rapport d'expertise établi le 15 mars 2018 par les docteurs C_____, psychiatrie (expert principal), D_____, médecine interne générale, E_____, rhumatologie, et F_____, gastroentérologie, du CEMEDEX, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan de la médecine interne. Les plaintes actuelles de l'assurée sur le plan rhumatologique étaient une douleur lombaire irradiant parfois jusqu'à l'aine à droite. Ses douleurs lombaires étaient extrêmement variables, imprévisibles et aléatoires, la bloquant parfois complètement et l'empêchant de bouger et de faire les gestes de la vie quotidienne et l'obligeant à rester assise avec les jambes allongées pendant plusieurs heures. Ses douleurs lombaires s'accompagnaient d'une douleur cervicale irradiant parfois jusqu'au bras droit et d'une douleur de l'épaule droite, qui avait fait l'objet d'une arthroscopie le 26 janvier 2017. L'expert rhumatologue a examiné toutes les parties du corps de l'assurée et n'a constaté aucun signe pouvant évoquer la présence de points fibromyalgiques à l'examen de ses membres inférieurs.

Les experts ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de :

- discopathie lombaire basse avec tassement du plateau supérieur de L5, arthrose postérieure ;

- arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite avec déchirure du sus-épineux ;
- et syndrome gastro-intestinal fonctionnel avec subiléus intermittents.

Sous synthèse et discussion, le rapport mentionne que du point de vue strictement rhumatologique, au moment de l'arrêt de travail en novembre 2009, la capacité de travail de l'assurée était de 100% de son 80% d'assistante commerciale. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges ni d'effort de soulèvement, marche limitée à 15 minutes et piétinement à une heure, pas d'efforts au-dessus de la ligne des épaules.

Sur le plan gastro-entérologique, il est mentionné que l'assurée avait eu une sigmoïdectomie en 2000 effectuée en raison d'une constipation chronique et, selon certains éléments du dossier, d'un volvulus sigmoïdien. Par la suite, des troubles fonctionnels de transit s'étaient manifestés régulièrement et avaient conduit à des traitements chirurgicaux en 2001, 2007, 2012 et 2014. Actuellement, les troubles du transit et gastro-intestinaux, avec ballonnements et épisodes de blocage, voire de subiléus (dernier épisode en automne 2017), étaient le résultat d'un intestin irritable de base et des conséquences des interventions chirurgicales dont on pouvait estimer qu'elles avaient laissé un status adhérentiel. Il y avait peu de chances que la situation évolue.

On pouvait en principe admettre une baisse de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée de l'ordre de 20 à 25% depuis 2012, dans le cadre d'un syndrome fonctionnel chronique gastro-intestinal. Il était difficile d'évaluer une diminution de la capacité de travail, ce d'autant plus que le symptôme prédominant avancé par l'assurée pour l'incapacité de travail était une fatigue générale et une baisse d'énergie, qui ne pouvaient être mises en relation directe avec la problématique digestive. Le rendement était fortement variable selon les symptômes et pouvait être réduit de 100% en cas d'installation d'un subiléus, dont la durée était de quelques jours et la fréquence non évaluable. Dans les réponses aux questions, les experts ont mentionné que les seules incapacités de travail retenues étaient de l'ordre de 80% depuis 2012 secondaires au syndrome fonctionnel.

L'expert psychiatre a retenu que l'assurée présentait une névrose de caractère qui était bien compensée, mais qui avait pu être décompensée en fonction des événements de la vie, sans incidence sur la capacité de travail. Le trouble dépressif était en rémission complète depuis plusieurs années et il n'y avait pas d'atteinte à la santé justifiant l'incapacité de travail. L'assurée n'était plus suivie par un psychiatre ni par un psychologue depuis de nombreuses années et ne prenait pas de médicaments psychotropes. Au moment de l'entretien, elle présentait une tension nerveuse, de l'irritabilité et une tendance à projeter ses problèmes à l'extérieur, tenant responsable la société de ses difficultés ainsi que les médecins qui

n'arrivaient pas à diagnostiquer ses douleurs. Elle se plaignait fondamentalement de douleurs articulaires et de problèmes digestifs.

e. Sur la base de l'expertise, l'OAI a rendu un projet de décision le 23 avril 2018 rejetant la demande de prestations de l'assurée.

C. a. Le 22 mai 2018, l'assurée a formé opposition au projet de décision précité.

L'assurée a produit plusieurs rapports médicaux à l'appui de son opposition.

b. Dans un avis médical du 29 avril 2020, le SMR a indiqué qu'il fallait s'en tenir à ses conclusions du 16 avril 2018 et à partir du 12 avril 2019, reprendre ses conclusions du 18 mars 2020. Enfin, dès le 8 janvier 2020, la capacité de travail avait été nulle pour toute activité jusqu'au 31 mars 2020, puis de 50% dans toutes les activités respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule gauche, en plus de celles retenues dans l'avis du 16 avril 2018.

c. Selon un rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 juin 2020, les empêchements pondérés avec et sans exigibilité étaient de 6%.

d. Par projet de décision du 24 juin 2020 annulant et remplaçant celui du 23 avril 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée un trois quarts de rente dès le 1er avril 2020, sur la base d'un taux d'invalidité de 60%. Son statut était celui d'une personne se consacrant à 80% à son activité professionnelle et à 20% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. L'OAI reconnaissait à l'assurée une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle dès novembre 2014 (début du délai d'attente d'un an). Dès lors, son invalidité était nulle au sens de la LAI. Par la suite, son état de santé s'était aggravé. Son incapacité de travail avait été de 100% dans son activité habituelle dès le 12 avril 2019. Dans une activité adaptée à son état de santé, l'OAI était d'avis que sa capacité de travail était de 50% dès le 18 septembre 2019, de 0% dès le 8 janvier 2020 et de 50% dès le 1er avril 2020. S'agissant de ses empêchements dans la sphère des travaux habituels, ils avaient été évalués à 6% par une enquête ménagère.

Son degré d'invalidité était de 60% en tenant compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas. Au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, un nombre significatif de ces activités était adapté à ses limitations fonctionnelles, de sorte que l'intervention de l'intimé n'était pas nécessaire.

D. a. Le 7 juillet 2020, l'assurée a contesté cette décision et transmis de nouvelles pièces à l'appui de son écriture et notamment la liste de ses interventions chirurgicales dont il ressort notamment qu'elle a été opérée :

- le 4 juillet 2018 d'une résection sigmoïdienne au contact du côlon par le Dr J_____ ;
- le 7 juillet 2018 en urgence pour une péritonite aiguë ;

- le 10 décembre 2018 pour une adhésiolyse, complément de proctectomie, poche en J iléoanale ;

b. Par décision du 18 novembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que les arguments soulevés lors de la procédure d'audition ne justifiaient pas la modification de son appréciation.

E. a. L'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 22 décembre 2020, se référant à l'argumentation développée dans son courrier du 7 juillet 2020 et en produisant de nouvelles pièces à l'appui de son écriture.

b. Par réponse du 5 mars 2021, l'intimé a indiqué que la recourante n'apportait aucun élément lui permettant de modifier son appréciation. Il concluait toutefois à ce que la décision litigieuse soit modifiée dans le sens que celle-ci avait droit à une rente entière de juillet 2019 à juin 2020, puis à un trois quarts de rente dès le mois de juillet 2020. Dans un avis du 2 mars 2021, le SMR avait en effet modifié ses conclusions quant au début de l'incapacité de travail durable et retenu que la recourante était totalement incapable de travailler depuis le 4 juillet 2018, date de la nouvelle intervention de chirurgie digestive, et non depuis le 12 avril 2019, comme retenu précédemment. Il convenait dès lors de retenir les incapacités de travail suivantes : 20% dès octobre 2014, 100% dès le 4 juillet 2018, 50% dès le 18 septembre 2019, 100% dès le 8 janvier 2020 et 50% dès le 1er avril 2020.

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. 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.

4. 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 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).

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.

5. La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, M79.0). Elle est caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Les critères diagnostiques, établis pour la première fois par l'American Rheumatism Association, sont la combinaison d'une douleur généralisée intéressant l'axe du corps, les hémicorps droit et gauche, à la fois au-dessus et en dessous de la taille, durant au moins trois mois, ainsi que des douleurs à la palpation d'au moins 11 points douloureux ("tender points") sur 18. Si les symptômes fibromyalgiques se manifestent de la même manière sous les deux formes, celle secondaire - qui est trois fois plus répandue dans la population - se distingue de celle primaire par le fait qu'elle se trouve associée à d'autres maladies (par exemple des maladies dégénératives rhumatismales). Aucune étiologie n'a pu être clairement établie pour la forme primaire de la fibromyalgie, dont le diagnostic est posé par exclusion (tender points douloureux en l'absence de tout autre maladie, en particulier inflammatoire) (ATF 132 V 65).

   Le diagnostic de fibromyalgie, qui est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, doit s'appuyer lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_430/2009 du 27

novembre 2009 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 134/05 du 13 mars 2006 consid. 3.2.1.3 et 3.2.2.3).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique, telle que la fibromyalgie, doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

6. 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).

7. 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).

   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).

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. 9.1. En l'espèce, la recourante s'est référée dans son recours à son écriture du 7 juillet 2020, dans laquelle elle indiquait qu'il fallait considérer que sa première demande du 25 août 2010 était valable, car le taux d'invalidité pour une rente entière n'était plus à prouver en raison des interventions chirurgicales, de l'anamnèse (image et rapports) et du rapport établi le 12 juin 2019 par le docteur G_____, chirurgie orthopédique et réadaptation physique.

9.2. La première demande de la recourante du 25 août 2010 a fait l'objet d'une décision du 28 mars 2011, entrée en force, qui refusait lui toute prestation. Il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur la période précédant cette décision.

9.3. Dans son rapport du 12 juin 2019, le Dr G_____ posait les diagnostics d'ostéoporose sévère, de rachialgies chroniques, de fibromyalgie et d'état dépressif. S'agissant de l'ostéoporose qui s'avérait sévère suite à une densitométrie et un bilan sanguin, il prescrivait de la vitamine D3 associée à du Calcimagon D3 forte 1x/j et proposait d'introduire un biphosphonate.

Par avis du 20 octobre 2020, le SMR a estimé que le rapport du Dr G_____ du 12 juin 2019 faisait état d'une ostéoporose sévère de l'assurée et qu'une ostéoporose, même très avancée, n'avait aucune symptomatologie clinique. Cela ne justifiait un traitement très efficace qu'à cause d'un risque de fracture augmenté. L'ostéoporose ne pouvait jouer un rôle sur la capacité de travail qu'en cas de complication, or il n'y en avait pas eue depuis juin 2019.

Comme l'a retenu le SMR de manière convaincante, le rapport du Dr G_____ ne permet pas de fonder une incapacité de travail de la recourante.

9.4. L'intimé a fondé la décision querellée, sur le plan orthopédique, sur la capacité de travail retenue par le docteur H_____, FMH en orthopédie et traumatologie, qui a opéré la recourante, et dont les conclusions ne sont pas contestées par cette dernière. Dans son rapport du 19 avril 2020, le Dr H_____ indiquait que la première intervention de l'épaule droite de la recourante avait eu une évolution favorable avec un gain de toutes les fonctions dans les temps normaux et que les suites de la seconde opération étaient à nouveau sans particularité, avec une diminution continuelle des douleurs, une mobilité en augmentation avec une élévation du bras complète et la rotation interne avec positionnement de la main au niveau de la ceinture. Une élévation avec des poids le bras tendu n'était toutefois pas encore possible.

9.5. L'OAI a également fondé sa décision sur l'expertise du CEMEDEX du 15 mars 2018. Cette expertise répond aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en ressort qu'au moment du rapport, les plaintes de la recourante se situaient surtout au niveau de la sphère gastro-intestinale et qu'elle ne présentait pas de fibromyalgie. Du point de vue strictement rhumatologique, au moment de son arrêt de travail en novembre 2009, la capacité de travail de la recourante était de 100% de son 80% d'assistante commerciale. Les limitations fonctionnelles étaient : ni port de charges ni efforts de soulèvement, marche limitée à 15 minutes et piétinement à une heure, pas d'efforts au-dessus de la ligne des épaules.

L'expert rhumatologue a examiné toutes les parties du corps de la recourante et n'a constaté aucun signe pouvant évoquer la présence de points fibromyalgiques à l'examen de ses membres inférieurs.

Le rapport d'expertise est davantage probant que le rapport du Dr G_____, qui est orthopédiste et non rhumatologue et qui a posé le diagnostic de fibromyalgie, sans mentionner les critères d'un système de classification reconnu en la matière.

Contrairement à ce qu'a allégué la recourante, le rapport établi suite à un ENMG le 11 septembre 2019 ne faisait pas état d'une paralysie quasi permanente depuis plusieurs semaines, très douloureuse, au niveau ischiojambiers et des adducteurs, mais seulement de signes de discrète polyneuropathie sensitive axonale de longueur dépendante, sans signes d'atteinte myopathique, précisant que la neuropathie n'expliquait pas les douleurs diffuses de la recourante en lien avec la fibromyalgie.

Ce rapport ne permet pas non plus de retenir le diagnostic de fibromyalgie, dès lors qu'il n'a pas été rédigé par un rhumatologue, mais un neurologue, qui n'a pas analysé les critères d'un système de classification reconnu en la matière.

Pour les mêmes motifs, les rapports établis les 14 mai 2018 et 4 octobre 2019 par le docteur I_____, médecin généraliste traitant de la recourante, qui mentionnent le diagnostic de fibromyalgie, ne sont pas probants.

9.6. Il en résulte que les arguments et les rapports produits par la recourante ne remettent pas en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et qu'il est ainsi suffisamment établi qu'elle ne souffre pas d'une fibromyalgie.

La décision querellée doit ainsi être confirmée dans la mesure où elle retient que du point de vue strictement rhumatologique, sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% de son taux d'activité de 80%.

9.7. Le 18 mars 2020, le SMR a indiqué qu'au vu des nouveaux documents produits par la recourante, il fallait considérer que sur le plan digestif, sa capacité de travail avait été à nouveau nulle du 12 avril 2019 (date de l'intervention du docteur J_____, du département de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève [ci-après les HUG]), au 17 septembre 2019, puis qu'elle était revenue à

50% dès le 18 septembre 2019 (date du rapport du Dr J_____ attestant d'une telle capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles).

Le 18 septembre 2019, le Dr J_____ a indiqué avoir dispensé un traitement à la recourante du 21 au 26 novembre 2018 et qu'il la voyait deux à trois fois par an. Celle-ci était totalement incapable de travailler depuis le 20 novembre 2018. Les diagnostics étaient une fibromyalgie et une poche en iléo-anale. Le pronostic était mitigé, car la patiente était très altérée par ses douleurs. Il n'était pas en mesure de répondre à la question du nombre d'heures de travail exigible de la recourante dans son activité exercée jusqu'ici, mais dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé, il l'estimait à 4 heures environ (50%).

Dans sa réponse du 5 mars 2021, l'intimé a modifié la décision querellée en reconnaissant à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité de juillet 2019 à juin 2020, en tenant compte, sur la base d'un avis du SMR du 2 mars 2021, d'une incapacité de travail entière dès le 4 juillet 2018, date de la nouvelle intervention de chirurgie digestive, et non du 12 avril 2019 comme retenu précédemment. Dès juillet 2020, la recourante avait droit à un trois quarts de rente (cf. art. 29 LAI et 88a RAI).

La recourante ne s'est pas prononcée sur cette reconsidération de son cas par l'intimé, mais celle-ci apparaît en sa faveur et n'appelle pas la critique.

La capacité de travail de 50% dans une activité adaptée retenue par l'intimé dès le 18 septembre 2019 repose sur l'appréciation du Dr J_____, médecin traitant de la recourante, et cette appréciation n'est pas sérieusement remise en cause par une autre appréciation médicale.

Les dernières conclusions de l'intimé sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante sont ainsi bien fondées.

9.8.1. La recourante a encore fait valoir qu'il devait être tenu compte de son incapacité à accomplir ses travaux habituels, qui l'obligeaient :

- à faire appel aux services d'une ménagère pour le ménage mais aussi pour le port des courses, repassage et la cuisine ;
- à utiliser un transport adapté en cas de grandes difficultés ;
- à demander le changement de salle de bain avec une douche au lieu d'une baignoire, assise, robinetterie ou bras.

L'intimé a fondé sa décision du 18 novembre 2020 sur les conclusions d'une enquête ménagère, qui retenait des empêchements de 6%.

9.8.2. 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).

9.8.3. Il ressort en substance du rapport d'enquête ménagère que la recourante ne bénéficiait pas d'aide extérieure pour son ménage et qu'elle arrivait à le faire de manière fractionnée durant la semaine et en prenant son temps, sous réserve des grands nettoyages. Le jour de la visite, l'enquêtrice a constaté que le plan de travail, l'évier en inox et les plaques de cuisson étaient nettoyés et sans trace, que la table à manger était propre ainsi que le sol de la cuisine, que les sols du logement étaient d'apparence propre et qu'il n'y avait pas de poussière sur les meubles. L'enquêtrice a tenu compte d'empêchements de 20%, correspondant à un empêchement pondéré en tenant compte de toutes les activités ménagères de 6%, pour réaliser les gros travaux de nettoyage, nettoyer sur, sous et derrière les meubles, nettoyer les vitres et réaliser les nettoyages à fond dans les armoires situées en hauteur.

S'agissant des achats, aucun empêchement n'a été retenu, l'assurée se rendait seule faire ses achats au marché, mais aussi dans des supermarchés. Elle assumait les travaux administratifs indiquant toutefois avoir de la peine à se concentrer et quelques oublis dans sa correspondance. Aucun empêchement n'était retenu pour la lessive et l'entretien des vêtements qui étaient pris en charge par l'assurée qui disposait d'une buanderie dans l'immeuble. Elle faisait encore du repassage, mais pas plus d'une demi-heure par jour. L'assurée avait précisé ne pas avoir les moyens financiers d'engager une aide au ménage, ce qu'elle apprécierait pour faire le ménage à fond et le repassage. Elle estimait aussi que l'intimé pourrait considérer l'adaptation de sa salle de bain pour lui faciliter les soins d'hygiène pour lesquels elle était toutefois totalement autonome pour le moment. Elle avait également indiqué apporter de l'aide bénévolement à trois ou quatre personnes pour la rédaction et la lecture de courriers administratifs. Elle avait signalé à plusieurs reprises qu'elle souffrait de douleurs intenses tous les jours.

L'enquête ménagère est fondée sur les propres déclarations de la recourante et celle-ci ne conteste pas la teneur de ces dernières, mais allègue des difficultés à faire son ménage et le fait qu'elle était dorénavant aidée pour le faire. Les

conclusions de l'enquête ménagère ne sont ainsi pas sérieusement remises en cause. Les constats de l'enquêtrice apparaissent en outre conformes aux déclarations de la recourante aux experts du CEMEDEX qui ont mentionné dans leur rapport que celle-ci faisait son ménage et la lessive à son rythme et qu'elle gérait ses courses et les repas.

De plus, selon le rapport établi par le Dr H_____ le 19 avril 2020, la recourante avait, au moment de ce rapport, des difficultés pour les tâches lourdes (grand ménage), mais elle pouvait faire la majorité des activités ménagères en s'adaptant.

Le fait qu'elle fasse dorénavant appel à une femme de ménage pour ses tâches ménagères, y compris les courses, le repassage et la cuisine, ne permet pas d'en juger autrement, ni le fait qu'elle doit utiliser un transport adapté en cas de difficultés selon les bons de son médecin, pas plus qu'elle ait demandé une douche au lieu d'une baignoire. Il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une atteinte à sa santé qui la limite fonctionnellement, mais il est suffisamment établi qu'elle reste capable de faire ses tâches ménagères, à son rythme. Le taux d'empêchements retenu par l'intimé doit en conséquence être confirmé, faute d'être sérieusement remis en question.

10. En conclusion, le recours sera partiellement admis et la décision querellée réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente entière du 1er juillet 2019 au 30 juin 2020, puis à un trois quarts de rente dès le 1er juillet 2020.

11. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure à la recourante, qui n'est pas assistée d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA).

12. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision entreprise en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er juillet 2019 au 30 juin 2020, puis à un trois quarts de rente dès le 1er juillet 2020.
4. La confirme pour le surplus.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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