

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1929/2019

ATAS/1341/2021

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2021

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES,
représentée par Inclusion Handicap Conseil juridique

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseures

EN FAIT

- A. a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1981, est mère de deux enfants nés le _____ 2005 et le _____ 2011.
- B. a.** Elle a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 2 décembre 2013, indiquant être en incapacité de travail dès le 25 novembre 2013 à 100% pour une durée indéterminée en raison de problèmes de vision et travailler actuellement dans le nettoyage de bureaux à 15%.
- b.** Le docteur B_____, ophtalmologue FMH, a indiqué dans un rapport, reçu par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 12 décembre 2013, que l'assurée souffrait d'un kératocône bilatéral. Elle avait subi une greffe de la cornée en 2007 à l'œil gauche et était totalement incapable de travailler depuis le 25 novembre 2013, car elle ne voyait pas assez bien. On pouvait espérer que des opérations pourraient améliorer sa vision.
- c.** À teneur d'un rapport établi le 17 juin 2014 par les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les ÉPI), l'assurée avait effectué un stage d'une manière totalement satisfaisante du point de vue « employeur ». Elle était active et demandeuse. Elle avait mené à terme toute les activités proposées, même si certaines d'entre elles avaient été adaptées à sa vision et si le temps avait été parfois dépassé. Plutôt en sur-adaptation qu'attentiste et réservée, elle devrait peut-être mieux surveiller ses efforts pour tenir sur la distance. La fatigue visuelle avait été souvent présente en fin d'activité.
- d.** À teneur d'un rapport établi par les ÉPI le 27 août 2015, un stage avait été organisé à C_____, où l'assurée avait dû s'occuper de l'achalandage des rayons. Après une période d'adaptation, elle s'était sentie plus à l'aise et avait accompli ses tâches à la satisfaction de son responsable, mais à un rythme plus lent que ses collègues, à cause de sa mauvaise vue, qui l'obligeait à tout vérifier et faire des manipulations supplémentaires. Le responsable avait constaté qu'elle était fatiguée en fin de semaine, ce qui avait été confirmé par l'assurée, qui avait précisé qu'après une demi-journée, elle avait la tête qui tournait. Après six semaines de stage, l'assurée se plaignant de manière récurrente de maux de tête et supportant difficilement l'agitation et le bruit du magasin parce qu'elle n'arrivait plus à récupérer, il avait été décidé d'interrompre le stage et il fallait tirer la conclusion qu'une activité de vendeuse n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles.
- e.** Selon un rapport établi par les ÉPI le 23 novembre 2015, un stage avait été organisé à son atelier de réentraînement, qui avait dû être interrompu après cinq jours, car l'assurée ne souhaitait plus le poursuivre après un premier arrêt de travail. Elle avait expliqué que les tâches qui lui avaient été attribuées lui avaient causé des maux de tête et que l'environnement de travail de l'atelier n'était pas adéquat à cause de la lumière et du bruit, malgré une adaptation du poste

(déplacement de l'établi et bouchons d'oreilles). Elle était sortie des effectifs avant le terme du mandat, le 18 octobre 2015.

f. À teneur d'un rapport de « surveillance-MOP (mesures d'ordre professionnel) » du 22 avril 2016, le mandat de réadaptation était fermé, car il n'y avait pas d'activité sur le marché du travail ordinaire adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

g. À teneur d'un rapport établi par le Dr B_____ le 19 mai 2016, l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Il y avait toutefois eu une amélioration de la vision de l'œil droit depuis janvier 2016. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

h. À teneur d'un rapport établi le 29 juillet 2016 par le docteur D_____, médecine interne générale FMH, la capacité de travail exigible de l'assurée était de 30% au grand maximum tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec un début de l'aptitude à la réadaptation au 23 juin 2015.

i. Le Dr B_____ a précisé à l'OAI, le 15 décembre 2016 que la capacité de travail était de 100%, si l'assurée pouvait trouver un travail qui ne nécessitait pas une visualisation des détails et trop de lumière.

j. À teneur d'un rapport final établi le 28 avril 2017, le SMR retenait une capacité de travail exigible de l'assurée de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, avec un début de l'aptitude à la réadaptation au 23 juin 2015, sur la base du rapport du Dr B_____ du 15 décembre 2016.

k. Un rapport d'enquête économique sur le ménage établi le 19 septembre 2017 a conclu que les empêchements dans les travaux habituels de l'assurée étaient de 13,70% sans exigibilité et de 0% avec exigibilité.

l. Dans un rapport du 22 mars 2018, le Dr B_____ a indiqué qu'il revenait sur les conclusions de son rapport du 15 décembre 2016 et que la capacité de travail de l'assurée n'était pas de 100%, mais plutôt de 50%.

m. À teneur d'un rapport du 9 juillet 2018 établi par l'organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle (ci-après l'ORIF), dans le cadre du stage effectué par l'assurée du 19 mars au 15 juin 2018, celle-ci avait fait preuve d'une réelle volonté pour retrouver une place dans l'économie. Toutefois, l'exigibilité de 50% fixée dans les objectifs de la mesure n'avait pu être atteinte, en raison d'une trop grande fatigabilité entraînant de forts maux de tête et un épuisement physique trop important selon l'assurée.

n. Selon une note de travail du 17 août 2018 de l'OAI, l'assurée avait terminé sa mesure à l'ORIF le 15 juin 2018. Elle avait poursuivi son stage auprès de E_____ jusqu'au 6 juillet 2018 (six semaines de stage en tout). Elle avait donc fait trois semaines de stage avec un suivi de l'ORIF et trois semaines sans. Au niveau de la réadaptation, le tour de ce qui était possible avait été fait et il était constaté qu'elle n'arrivait pas à faire plus de 30 à 35% d'activité et que, même à

ce taux, cela était difficile pour elle, en raison de ses maux de tête chroniques et de sa fatigabilité importante. Selon les observations faites aux ÉPI, à l'ORIF et pendant le stage chez E_____, l'assurée arrivait à sa limite bien au-dessous d'un 50%.

o. Selon un rapport final du 4 septembre 2018, le SMR concluait, au vu des pièces au dossier et en particulier du rapport du Dr B_____ du 22 mars 2018, qu'il fallait accepter la dernière estimation de celui-ci, soit une capacité de travail dans une activité adaptée de 50%, avec une aptitude à la réadaptation dès juin 2016.

- C. a.** Par projet d'acceptation de rente du 17 janvier 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une demi-rente pour la période du 1^{er} novembre 2014 au 30 septembre 2015, sous déduction des indemnités journalières versées du 27 avril au 18 octobre 2015. Son statut était celui d'une personne se consacrant à 50% à une activité professionnelle et à 50% à l'accomplissement des travaux habituels dans le ménage. Le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le 25 novembre 2013 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100% dès le 23 juin 2015, puis de 50% dès juin 2016.

Il ressortait de la comparaison des gains effectuée que son invalidité dans la sphère professionnelle était de 0% (CHF 24'511.- - CHF 27'027.-).

S'agissant de ses empêchements dans la sphère des travaux habituels, une enquête ménagère avait été effectuée à son domicile et il en ressortait que ses empêchements étaient nuls.

Dès juin 2016, ses empêchements dans la sphère professionnelle étaient de 0% de 50%, soit 0%, et dans les travaux habituels de 0% de 50%, soit 0%. Le taux d'invalidité total était de 0%.

Dès janvier 2018, le revenu qu'elle aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel était extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. L'OAI avait donc procédé à une nouvelle comparaison des gains (CHF 49'624.- – CHF 27'391.-). Cela donnait un taux d'invalidité de 44,8%. Son taux d'invalidité global était de 23%, qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, étant donné que les différentes mesures effectuées n'avaient pas été concluantes.

b. L'assurée a formé opposition au projet de décision le 25 février 2019.

c. Par décision du 25 avril 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.

- D. a.** Le 20 mai 2019, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'OAI, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2015.

b. Par réponse du 8 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. La recourante a été entendue par la chambre de céans le 5 février 2020.

d. Le 29 juin 2020, la chambre de céans a demandé au Dr B _____ de réexaminer la question de la capacité de travail de l'assurée à la lumière des rapports de stage de l'assurée.

e. Le 6 mai 2021, le Dr B _____ a indiqué qu'après avoir relu les rapports de stage, il lui apparaissait clairement que l'assurée ne pouvait pas soutenir une activité professionnelle très longtemps, car cela engendrait énormément de symptômes douloureux. Cela étant, il lui était difficile de donner une estimation de la quantité du pourcentage de capacité de travail faute de marqueurs précis.

f. Le 2 juin 2021, l'intimé a accepté de prendre en compte une capacité de travail de 35% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès juin 2016, en se fondant sur un avis de son service médical régional (ci-après : le SMR) du 31 mai 2021, qui retenait ce taux sur la base du dernier rapport du Dr B _____ et du rapport « COPAI (centre d'observation professionnelle de l'AI) de 2018 ».

Ainsi, la décision litigieuse devait être modifiée dans le sens où la recourante présentait un degré d'invalidité de 15% de juin 2016 à décembre 2017, puis de 32% dès janvier 2018, ce qui était toutefois sans incidence sur son droit aux prestations.

g. Le 21 juin 2021, la recourante a maintenu ses précédentes 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2015.
4. **4.1** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

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

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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

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 LAI, le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

Selon l'art. 22 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3, si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins.

4.2. 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).

4.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral

des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

4.4 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). 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).

4.5 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

5. En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée dès le 23 juin 2015, puis à 50% dès juin 2016, sur la base d'un avis du SMR du 4 septembre 2018, lui-même fondé sur le rapport médical du Dr B_____ du 22 mars 2018, qui retenait pour celle-ci une telle capacité de travail. Il ressortait toutefois des rapports relatifs aux stages effectués par la recourante qu'elle n'arrivait pas à travailler à 50%, malgré sa bonne volonté. Invité à se prononcer à nouveau sur la capacité de travail de la recourante en tenant compte de ces rapports, le Dr B_____ a indiqué, le 6 mai 2021, qu'après avoir relu les rapports de stage, il lui apparaissait clairement que l'assurée ne pouvait pas soutenir une activité professionnelle très longtemps, car

cela engendrait énormément de symptômes douloureux, sans se prononcer sur la capacité de travail exigible.

Sur la base de ce rapport et du rapport « COPAI de 2018 », le SMR a fixé, le 31 mai 2021, la capacité de travail résiduelle de la recourante à 35%.

L'intimé a daté cette capacité résiduelle de travail dès juin 2016. Cette date a manifestement été reprise du rapport final du SMR du 4 septembre 2018, qui retenait une capacité de travail de 50% dès juin 2016, sur la base du rapport du Dr B_____ du 22 mars 2018. Le Dr B_____ ne précisait toutefois pas dans ce rapport une date de début de l'aptitude à la réadaptation.

À teneur du rapport établi par le Dr D_____ le 29 juillet 2016, la capacité de travail exigible de la recourante était de 30% au maximum dans toute activité, avec un début de l'aptitude à la réadaptation au 23 juin 2015.

Le Dr B_____ a indiqué à l'intimé, le 15 décembre 2016, qu'au niveau strictement ophtalmologique, la capacité de travail était de 100%, si l'assurée pouvait trouver un travail qui ne nécessitait pas une visualisation des détails et trop de lumière.

L'avis du SMR du 28 avril 2017 retenait, sur la base du rapport du Dr B_____ du 15 décembre 2016, que la recourante avait une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, avec un début de l'aptitude à la réadaptation au 23 juin 2015.

Cet avis a été invalidé par l'avis du SMR du 4 septembre 2018, qui concluait, au vu des pièces au dossier et en particulier du rapport du Dr B_____ du 22 mars 2018, qu'il fallait retenir la dernière estimation de celui-ci, à savoir une capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée de 50%, avec une aptitude à la réadaptation dès juin 2016. Le SMR a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation dès juin 2016, sans indiquer pourquoi il ne retenait plus la date du 23 juin 2015 qu'il avait mentionnée son rapport 28 avril 2017, manifestement sur la base du rapport du Dr D_____ du 29 juillet 2016.

Dans ce dernier rapport, le Dr D_____ retenait une capacité de travail exigible de 30% au grand maximum tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec un début de l'aptitude à la réadaptation au 23 juin 2015. Ce rapport est détaillé, il tient compte des limitations fonctionnelles de l'assurée et du fait que celle-ci a dû interrompre son stage à la C_____ en raison de ses problèmes de santé. De plus, le médecin connaissait bien la situation de la recourante, puisqu'il la suivait depuis 2005, avec un dernier contrôle datant du 20 juin 2016. Son évaluation de la capacité de travail résiduelle apparaît ainsi plus probante que celle faite par le SMR le 31 mai 2021, soit bien après les faits et sur la base des seules pièces du dossier et avec une brève motivation, qui ne mentionnait pas le rapport du Dr D_____. L'évaluation de ce dernier, qui correspond au bas de la fourchette de la capacité de travail retenue dans le rapport de l'OAI du 17 août 2018 (30-35%) doit ainsi être privilégiée sur celle du SMR. Sur cette base, la

chambre de céans retiendra qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante était capable de travailler à 30% dans une activité adaptée dès juin 2015.

- 6. 6.1.** Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

6.2 La recourante fait valoir que l'OAI aurait dû retenir un statut mixte avec un taux d'activité lucrative de 80%.

L'intimé a retenu un statut mixte avec un taux d'activité lucrative de 50%.

6.3. En l'espèce, il convient de constater que la recourante n'a pas démontré avoir cherché à augmenter son temps de travail depuis son arrivée en Suisse, en 2004 alors qu'elle était âgée de 23 ans, et qu'elle a travaillé à taux très réduit, de moins de 50%, jusqu'en 2011. Il faut toutefois tenir compte du fait qu'elle ne parlait pas

bien le français à son arrivée, qu'elle a eu son premier enfant en 2005 et que selon ses déclarations, ses problèmes de vision ont commencé quelques mois ou une année après son arrivée en Suisse. Le rapport du Dr B_____ du 12 décembre 2013 confirme que les problèmes oculaires de la recourante étaient déjà présents avant 2013, puisqu'il a indiqué qu'elle avait subi une greffe de la cornée en 2007 à l'œil gauche. La recourante a eu son second enfant en 2011.

Dans la mesure où elle a indiqué à l'OAI le 7 mars 2014, que sans atteinte aux yeux, elle travaillerait entre 50 et 80% (statut mixte pour s'occuper de ses enfants), il apparaît vraisemblable qu'en 2015, elle aurait encore travaillé à 50%, son dernier enfant étant encore relativement jeune.

Le temps passant, il est toutefois probable qu'elle aurait augmenté son temps de travail, ses deux enfants étant de plus en plus autonomes, vu notamment les revenus relativement limités de son mari, qu'elle souhaitait aider financièrement. Il ressort de l'enquête économique sur le ménage du 19 septembre 2017 que mensuellement le salaire de l'époux de l'assurée était de CHF 5'000.-, leur loyer était de CHF 1400.- et qu'ils payaient pour l'assurance-maladie environ CHF 1'000.- pour la famille, avec des subsides pour les enfants. La situation financière de la famille pouvait ainsi motiver la recourante à travailler à plus de 50%, ce d'autant plus qu'elle a déclaré à la chambre de céans qu'elle voulait aider son mari, car il travaillait beaucoup, même le weekend. Lors de l'enquête économique, la recourante a confirmé que sans atteinte à la santé, elle travaillerait comme nettoyeuse à 80%, ce qui lui permettrait d'être avec ses enfants le mercredi, précisant qu'elle pourrait trouver une personne pour chercher sa fille de 6 ans à la sortie de l'école et pour s'en occuper jusqu'à son retour du travail et qu'elle aurait pu également trouver un horaire de travail adapté lui permettant de la chercher elle-même. Elle a encore répété à la chambre de céans que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80%, depuis que sa fille était scolarisée.

Le fait qu'une place de stage a été proposée à la recourante et que celle-ci aurait demandé un horaire adapté pour pouvoir chercher sa fille à l'école, n'est pas déterminant, car cela ressort du courriel adressé le 1^{er} septembre 2015 par les ÉPI au service de réadaptation professionnelle de l'OAI, dans le contexte d'une mesure de réadaptation avec une capacité de travail retenue par l'OAI de 50%, avec augmentation progressive. On ne peut utiliser cette source comme indice pertinent pour déterminer le temps de travail auquel l'assurée travaillerait sans atteinte à la santé.

Il convient ainsi de retenir qu'à tout le moins en 2018, la recourante aurait travaillé à 80% sans atteinte à la santé et par conséquent un statut mixte avec une part professionnelle de 80%.

7. **7.1.** Selon l'art. 27^{bis} RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé

par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

7.2 Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

7.3 L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

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

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents

éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

7.4. 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.

- 8. 8.1.** La recourante a fait valoir que l'intimé aurait dû retenir un abattement de 20% sur le salaire statistique pris en considération pour le salaire d'invalide, faisant valoir qu'elle cumulait des obstacles particuliers. Outre le fait que de nombreux emplois non qualifiés n'étaient plus à sa portée, il fallait encore qu'elle trouve un employeur d'accord d'accepter l'aménagement d'une place de travail et des pauses régulières pour éviter la fatigue oculaire ainsi que des absences fréquentes dues à la fatigue et aux maux de tête qui l'accompagnaient.

Selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles au titre d'un abattement supplémentaire lorsqu'elles ont déjà conduit un médecin à réduire la capacité de travail d'un assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019), ce qui est le cas en l'occurrence. C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas retenu d'abattement supplémentaire au revenu avec invalidité retenu dans ses calculs du taux d'invalidité.

8.2

8.2.1 Il résulte des considérations qui précèdent que la décision querellée doit être confirmée en tant qu'elle octroie une demi-rente à la recourante pour la période du 1^{er} novembre 2014 au 30 septembre 2015, en retenant un statut d'une personne se consacrant à 50% à une activité professionnelle et à 50% à l'accomplissement des travaux habituels dans le ménage et une incapacité de travail totale.

8.2.2 S'agissant de la période courant dès le 1^{er} octobre 2015, la recourante était capable de travailler à 30% dans une activité adaptée, comme cela a été retenu ci-dessus.

En reprenant les chiffres déterminés par l'OAI dans sa note du 14 juin 2017, en 2015, mais en tenant compte de cette capacité de travail résiduelle, le revenu avec invalidité est CHF 16'216.- (30% x CHF 54'055.-) et le revenu sans invalidité de CHF 24'511.-.

Le taux d'invalidité de la recourante était ainsi de 33,8% en 2015 (CHF 24'511.- – CHF 16'216.- x 100 / CHF 24'511.-).

Pondéré avec le taux d'invalidité dans l'activité ménagère (0%), le taux d'invalidité totale est de 16,50%, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité à la recourante.

À toutes fins utiles, il sera relevé que s'il avait été, par hypothèse, tenu compte d'un statut mixte (80%-20%), le taux d'invalidité global aurait été de 27%, ce qui n'aurait pas non plus ouvert le droit à une rente d'invalidité à la recourante.

8.2.3 Dès janvier 2018, le taux d'invalidité doit être recalculé avec un statut mixte (80% - 20%) et la nouvelle méthode de calcul de l'art. 27^{bis} RAI, et en tenant toujours compte d'une capacité de travail résiduelle de 30%.

Si l'on reprend les chiffres mentionnés dans la note de l'intimé du 12 novembre 2018, le revenu avec invalidité à prendre en compte est de CHF 16'435.- (CHF 54'783.- x 30%) et le revenu sans invalidité de CHF 49'624.-. Ce dernier chiffre ne correspond toutefois pas à l'indexation en 2018 du revenu avec invalidité de CHF 24'000.- à 50% en 2012 retenu par l'intimé et extrapolé à 100%, lequel est de CHF 49'862.- (x 2732 / 2630 = 24'931.- x 2 = 49'862.-). Il y donc lieu de prendre en compte un revenu sans invalidité de CHF 49'862.-.

Le taux d'invalidité, en tenant compte de ces revenus, est de 67% dans la sphère professionnelle (CHF 49'862.- – CHF 16'435.- x 100 / CHF 49'862.-).

Ce qui donne un taux d'invalidité pondéré de 54%, qui ouvre à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité dès janvier 2018.

9. Le recours doit ainsi être partiellement admis.

La recourante obtenant en partie gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé.

Un émoluments de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} 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. Annule la décision rendue par l'intimé le 25 avril 2019.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 30 septembre 2015 et dès janvier 2018, sous déduction des indemnités journalières versées du 18 avril au 18 octobre 2015.
5. Alloue à la recourante une indemnité pour ses dépens de CHF 2'500.- à la charge de l'intimé.
6. Met à la charge de l'intimé un émolument de CHF 200.-.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

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