

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3075/2023

ATAS/1/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 janvier 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES,
juges assesseures**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1978, originaire du Maroc, entrée en Suisse en 1998, divorcée, mère d'un enfant né le _____ 2017, a exercé comme serveuse à un taux de 50% de 2006 à 2008. Elle bénéficie de l'Hospice général depuis le 1^{er} mai 2016.
- b.** L'assurée a déposé le 29 janvier 2021 une demande de prestations d'invalidité.
- B.** **a.** Le 5 mars 2021, la Professeure B_____, médecin adjointe agrégée au service de néphrologie et hypertension des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a attesté de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de diabète de type 1 mal équilibré et d'état anxio-dépressif, avec un risque très important de progression vers une maladie rénale avancée (polykystose hépatorénale). Une capacité de travail de 50% pouvait se justifier.
- b.** Le 19 mars 2021, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté d'un suivi depuis le 26 septembre 2016, d'un diabète insulino-requérant avec une glycémie fluctuante, d'une hypertension et d'une dépression.
- c.** Le 24 septembre 2021, le docteur D_____, médecin adjoint au service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient aux HUG, a attesté d'une capacité de travail de 50% en raison d'une détresse en lien avec un diabète de type 1, une insensibilité aux hypoglycémies, une insuffisance rénale chronique (IRC) mixte sur polykystose rénale et diabète sucré et une labilité glycémique secondaire à IRC.
- d.** Le 3 août 2022, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que la capacité de travail, en suivant l'avis des médecins traitants, était de 50% dès 2017 dans une activité adaptée (pas d'activité physique lourde, pas de port de charge de plus 5 kg et de façon répétitive).
- e.** Une enquête économique sur le ménage a été effectuée et a donné lieu à un rapport daté du 21 février 2023.
- f.** Le 12 avril 2023, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a retenu un statut mixte 50% active et 50% ménagère.
- g.** Par projet de décision du 19 avril 2023, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2021, fondé sur un taux d'invalidité de 47% (25% dans la sphère professionnelle et 22% dans la sphère ménagère).
- h.** Par décision du 7 juillet 2023, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2021.
- i.** Le 11 septembre 2023, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ; elle a contesté son statut mixte et requis

son audition et celle de ses médecins traitants, son état de santé n'ayant pas été instruit correctement. Elle souhaitait un délai pour compléter son recours.

j. Par jugement du 20 septembre 2023, la Cour des assurances sociales du canton de Vaud a déclaré le recours déposé par l'assurée à l'encontre de la décision du 7 juillet 2023 irrecevable et a transmis la cause à la chambre de céans.

k. La recourante n'a pas complété son recours dans le délai imparti à cet effet.

l. Le 13 novembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours.

EN DROIT

1.

1.1 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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.

1.2 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.

1.3 Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

1.4 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, le droit à la rente de la recourante est né antérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur ancienne teneur. En outre, dans la mesure où la recourante avait, au 1^{er} décembre 2022, 30 ans révolus mais moins de 55 ans, la quotité de sa rente subsiste tant que son taux d'invalidité ne subit pas de modification.

1.5 Le délai de recours est de 30 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.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité d'un taux supérieur à un quart, singulièrement sur son statut et l'évaluation de sa capacité de travail.
3. 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).
4. 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).

5. 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 144 I 28 consid. 2.3 ; 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 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 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. 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).

7.

7.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

7.2 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).

7.3 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).

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).
10. En l'occurrence, l'intimé a considéré, sur la base de l'avis du SMR du 3 août 2022, que la recourante était capable de travailler à un taux de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

10.1 La recourante a contesté succinctement, dès lors qu'elle n'a pas complété son recours, l'évaluation de sa capacité de travail.

À cet égard, l'intimé a retenu une capacité de travail de 50%, en suivant les avis médicaux des médecins traitants de la recourante, soit la Prof. B_____ (avis du 5 mars 2021) et le Dr D_____ (avis du 24 septembre 2021). La recourante n'apporte aucun élément qui permettrait de douter de cette évaluation ; elle se contente de requérir l'audition de ses médecins traitants ; or, dans la mesure où l'intimé a justement suivi l'avis de ceux-ci, la chambre de céans renoncera, par appréciation anticipée des preuves, à leur audition. Le taux d'invalidité de 25% retenu par l'intimé peut être ainsi confirmé.

10.2 La recourante conteste également son statut mixte, 50% active, 50% ménagère.

Il ressort du questionnaire statut du 19 mai 2021, que la recourante a indiqué avoir travaillé en 2006 et 2007 au Bar Club Sion et, dans son courrier du 14 mai 2021,

que cette activité était exercée à un taux de 50%. Certes, le questionnaire statut ne contient, curieusement, pas de question visant à savoir, dans le cas où l'assurée exerçait en dernier lieu une activité à temps partiel, si, en bonne santé, l'assurée exercerait aujourd'hui une activité professionnelle, alors même que cet élément est déterminant pour savoir quel statut l'assurée doit se voir reconnaître.

Néanmoins, dans le cas d'espèce, la réponse à cette question figure dans le rapport d'enquête ménagère du 21 février 2023, lequel précise que, sans atteinte à la santé, l'assurée déclare qu'elle travaillerait probablement à temps partiel pour prendre soin de sa fille et qu'elle aimerait également subvenir à ses besoins et ne pas dépendre entièrement du père de sa fille ; enfin, elle aurait aimé faire une formation d'aide-soignante.

Or, vu l'âge de la fille de la recourante au jour de la décision litigieuse, soit 6 ans, le statut mixte 50% active, 50% ménagère n'est pas contestable.

En revanche, contrairement à l'avis de l'OAI (note de l'OAI du 12 avril 2023), on ne saurait retenir que la recourante semble se contenter d'un taux d'activité de 50% pour subvenir à ses besoins et la question du statut de la recourante pourrait être revue au moment où la fille de celle-ci atteindra un âge où elle gagnera en autonomie, ce qui permettrait à la recourante, comme elle l'allègue, d'exercer, en bonne santé, une activité à un taux de 100%.

10.3 Enfin, la recourante ne conteste pas le taux d'invalidité ménagère.

11. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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