

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2641/2023

ATAS/270/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 avril 2024

Chambre 4

En la cause

A _____,

recourante

représentée par Me Andrea VON FLÜE, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Christine
LUZZATTO, juges assesseures**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1964, d'origine bolivienne, mariée et mère de deux enfants d'une précédente union, est arrivée en Suisse en 2005.
- b.** Depuis, elle a exercé les activités d'employée de maison et de femme de ménage auprès de différents employeurs.
- B.** **a.** Le 30 avril 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une polyarthrite rhumatoïde et d'un anévrisme survenu en 2018. Dans le courrier d'accompagnement, elle a notamment expliqué que son médecin lui demandait de cesser son activité d'employée de maison, qu'elle exerçait encore, afin de préserver son état de santé.
- b.** Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a rassemblé divers documents dont notamment les rapports établis les 28 juin 2017, 3 février 2021, 20 mai 2021 et 1^{er} octobre 2021, par la docteure B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, dans lesquels ce médecin a évoqué les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde sévère, avec déformation séquellaire majeure des mains et avant-pieds des deux côtés et lombalgies chroniques (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi qu'ostéoporose et anévrisme cérébral diagnostiqués en 2018 (sans répercussion sur la capacité de travail), étant précisé qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée au cours des années précédentes. Quant aux limitations fonctionnelles, elles concernaient les déplacements sur de longues distances, le port de charges supérieures à 1 kg de manière répétée ainsi que le travail avec les bras en abduction au-delà de 90° et en position accroupie.
- Au dossier figuraient également un rapport établi par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 8 décembre 2020, suite à une consultation du 10 novembre 2020, les comptes rendus de l'échographie de la main et du pied droits du 31 août 2020 et de l'échographie de l'épaule droite réalisée le 7 juin 2022, ainsi que les comptes rendus de la consultation neurologique de suivi suite à la découverte de l'anévrisme cérébral et les comptes rendus des consultations au service de médecine de premier recours, des 9 juin, 13 juillet et 17 septembre 2010, en raison d'une atteinte non décrite.
- c.** Depuis le 1^{er} février 2022, l'assurée est en incapacité totale de travailler en raison de la polyarthrite rhumatoïde pour laquelle elle est suivie par la Dre B_____ depuis 2012.
- d.** En avril 2022, l'assurée a été victime d'une chute ayant entraîné une fracture non déplacée de la grande tubérosité humérale droite, nécessitant un traitement conservateur, associant physiothérapie et traitement antalgique.

e. L'OAI a soumis le dossier de l'assurée à son service médical régional (SMR), lequel a retenu, sous la plume de la docteure D_____, dans un avis daté du 31 mai 2022, les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séropositive, lombalgies chroniques sur spondylolisthésis L5-S1, ostéoporose traitée, vertige paroxystique positionnel bénin, hyporéflexie vestibulaire droite et anévrisme cérébral asymptomatique. Il existait une incapacité de travail durable depuis 2012, de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de déplacements prolongés, de position debout, de port répété de charges de plus de 1 kg, de travail des bras au-dessus de l'horizontale, de position assise ou à genoux, de travail en hauteur. Une activité légère, effectuée en position assise, autorisant une alternance des positions devait être préférée. Selon la Dre D_____, la capacité de travail ressortait essentiellement des rapports de la rhumatologue traitante, des 26 juin 2017, 3 février 2021, 20 mai 2021 et 1^{er} octobre 2021 notamment.

f. Le 19 janvier 2023, l'OAI a considéré qu'au vu de l'absence de compétences transférables chez l'assurée, âgée de 58 ans et sans formation, et compte tenu de l'ampleur des limitations fonctionnelles, compromettant les déplacements, le port de charge et la motricité fine et nécessitant en outre une position assise, aucune capacité de gain ne pouvait, selon toute vraisemblance, être attendue d'elle (cf. mandat de réadaptation du 19 janvier 2023).

g. Dans des notes internes datées des 19 et 23 janvier 2023, l'OAI a retenu que l'assurée avait travaillé à 63% depuis 2019. Dans le formulaire statut, elle avait déclaré travailler à un taux de 75%-80%. Jusqu'en 2014, elle avait travaillé à 100% mais elle avait dû baisser son taux de travail pour des raisons de santé. En effet, à ce moment-là, elle avait perdu des emplois fixes en raison de sa maladie et avait fait des recherches mais il lui était difficile de trouver des emplois en raison de la déformation de ses mains et de ses pieds. Elle passait désormais par une agence de travail temporaire.

h. Le 1^{er} février 2023, l'assurée a notamment transmis à l'OAI un récapitulatif des heures de travail hebdomadaires réalisées chez tous ses employeurs et du pourcentage de travail auquel ces heures correspondaient pour les années 2009 à 2022. Elle a également expliqué que le secteur dans lequel elle travaillait ne garantissait pas d'emploi fixe à long terme, raison pour laquelle les taux de travail fluctuaient, étant précisé qu'ils avaient été supérieurs à 100% pendant plusieurs années. Par ailleurs, le permis de séjour ne lui ayant été octroyé qu'à partir de 2016, elle ne pouvait pas s'inscrire au chômage quand elle perdait un emploi pour lequel elle effectuait un taux important d'heures par semaine.

b. Par décision du 22 juin 2023, confirmant un projet de décision du 2 février 2023, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice, dès le 1^{er} octobre 2021, d'une rente entière d'invalidité de CHF 356.- par mois, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, estimant pour le surplus que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. Le montant de la rente était basé sur une durée de cotisations de

quatre ans et un mois, un revenu annuel moyen déterminant de CHF 74'568.-, quatre ans de bonifications pour tâches éducatives et une échelle de rente 7 (rente partielle).

- C.**
- a.** Par écriture du 23 août 2023, complétée le 25 octobre 2023, l'assurée, sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 22 juin 2023, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision contestée et à un nouveau calcul de la rente. À l'appui de ses conclusions, elle a en particulier contesté le nombre d'années de cotisations et le revenu annuel moyen pris en considération par l'OAI, étant donné qu'elle avait travaillé jusqu'en 2021.
 - b.** L'office intimé a répondu en date du 3 octobre 2023, avec un complément le 5 décembre 2023, auquel était annexée la détermination du même jour de la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la CCGC), compétente pour le calcul de la rente. Il en ressort que la CCGC a retenu les années de cotisations effectuées avant la survenance du cas d'assurance, fixée en 2012, et le revenu annuel moyen correspondant auxdites cotisations.
 - c.** Sous la plume de son nouveau conseil, l'assurée a critiqué les bases du calcul effectué par la CCGC, contestant qu'elle n'aurait plus été capable de travailler depuis 2012, étant donné qu'elle a travaillé et cotisé jusqu'à début 2022.
 - d.** Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

- 2.**

2.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 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*).

2.2 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, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

3.

3.1 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 l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022, mais le litige porte sur une rente d'invalidité née antérieurement. Ce sont donc les dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui sont applicables.

Partant, le droit aux prestations de la recourante doit s'examiner conformément aux règles applicables jusqu'au 31 décembre 2021, soit sous l'angle de l'ancien droit.

4. Le litige porte uniquement sur le montant de la rente accordée à la recourante, soit sur les bases de calcul et en particulier sur la survenance du cas d'assurance et le nombre d'années de cotisations à prendre en considération. Le taux de la rente et à la date à partir de laquelle celle-ci est versée ne sont pas contestés.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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 1er janvier 2008). Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est

plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, *Éxigibilité - La question des ressources mobilisables*, in RSAS 2019, p. 60).

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. 28 al. 2 LAI).

5.2 Les atteintes à la santé mentale ou psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Par atteinte à la santé mentale ou psychique au sens juridique de l'expression, il faut entendre toute perturbation des facultés intellectuelles et affectives qui entravent d'une manière permanente ou pour assez longtemps la capacité de gain ou de travail de l'assuré (Michel VALTERIO, *Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)*, 2018, n° 8 *ad Art*, 4). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

6.

6.1 En vertu de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations, étant précisé que jusqu'au 31 décembre 2007, seule une année de cotisations était nécessaire.

La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449 ; voir également ch. 4205 de la directive sur les rentes [ci-après : DR]).

S'agissant de la durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité, il y a lieu d'appliquer celle de trois ans pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la survenance de l'invalidité est intervenue à compter du 1^{er} janvier 2008, et celle d'un an pour les nouvelles rentes d'invalidité déduites d'une survenance d'invalidité antérieure à cette date-ci

(ATAS/786/2016 du 4 octobre 2016 consid. 2c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 6 ; ch. 3003 de la circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC [ci-après : CIBIL] ; Michel VALTERIO, *op. cit.*, n. 1231).

6.2 L'art. 36 al. 2 LAI prévoit que la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) est applicable par analogie au calcul des rentes ordinaires.

À teneur de l'art. 29 bis LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou décès ; al. 1). Le Conseil fédéral règle la prise en compte des mois de cotisations accomplis dans l'année de l'ouverture du droit à la rente, des périodes de cotisation précédant le 1^{er} janvier qui suit la date des 20 ans révolus et des années complémentaires (al. 2).

Selon l'art. 29 quater LAVS, la rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen. Celui-ci se compose : a. des revenus de l'activité lucrative ; b. des bonifications pour tâches éducatives ; c. des bonifications pour tâches d'assistance.

6.3 L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b et la référence).

S'agissant du droit à une rente, le cas d'assurance est réputé survenu au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le cas d'assurance ne peut toutefois survenir au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18^{ème} anniversaire (circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances sociales, dans son état au 1^{er} janvier 2021 [ci-après : CIIAI], ch. 1030 et les références). La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par exemple lors d'une demande tardive (CIIAI, ch. 1034).

La CIIAI a été abrogée et remplacée, dès le 1^{er} janvier 2022, par la circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI).

6.4 L'incapacité de gain ne se confond pas forcément avec l'incapacité de travail. En effet, l'incapacité de travail correspond à toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGGA). L'incapacité de travail s'examine par conséquent par rapport à la profession habituelle de l'assuré ou à son domaine d'activité. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a notamment admis une incapacité de travail non seulement lorsqu'une personne n'est plus capable d'exercer totalement ou partiellement son activité habituelle en raison d'une atteinte à la santé mais également lorsqu'une personne ne peut continuer son activité professionnelle qu'au risque d'une aggravation de son état de santé (voir notamment ATF 130 V 343 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_31/2008 du 6 octobre 2008, consid. 3.4).

Quant à l'incapacité de gain, elle correspond, selon l'art. 7 LPGGA, à toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Enfin, comme indiqué précédemment, l'invalidité correspond à l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée. Ainsi, 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 LPGGA).

L'invalidité est donc une notion économique et non médicale dans la mesure où ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer. Son taux ne se confond ainsi par conséquent pas forcément avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. En outre, lorsque l'assuré travaille, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de sa situation professionnelle concrète et correspond donc au revenu effectivement réalisé par l'intéressé (cf. ATAS/475/2013 du 16 mai 2013 consid. 5c/bb).

7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable, en tenant compte

des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

7.2 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

7.3 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.

7.4 Selon l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation ; à cet effet, peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà

existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

8.

8.1 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).

8.2 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 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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 (Cst. - RS 101 ; 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).

9.

9.1 En l'espèce, les parties s'opposent sur la date à laquelle est survenue l'invalidité de la recourante. Cette date est essentielle pour déterminer le montant de la rente d'invalidité à verser à la recourante. En effet, ladite rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen réalisé jusqu'au 31 décembre avant la survenance de l'invalidité (cas d'assurance).

Pour l'intimé, le cas d'assurance est survenu en 2012, de sorte que le revenu annuel moyen se calcul uniquement sur quatre ans et un mois de cotisation. De son côté, la recourante est d'avis que le cas d'assurance est survenu en 2022, de sorte que le revenu annuel moyen se calcule sur la base des revenus réalisés jusqu'alors.

9.2 À titre liminaire, la chambre de céans rappelle que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). S'agissant du droit à une rente, le cas d'assurance est réputé survenu au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdue à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI), mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le 18^{ème} anniversaire (circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances sociales, dans son état au 1^{er} janvier 2021 [ci-après : CIIAI], ch. 1030 et les références).

9.3 La CCGC et l'intimé se sont fondés sur l'avis du SMR du 31 mai 2022 pour se prononcer sur la question de l'incapacité de travail, première des conditions cumulatives. Dans cet avis, le SMR a considéré que la recourante était incapable de travailler à 100% depuis 2012.

L'avis précité constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI et il a pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. Il ne peut comporter des conclusions nouvelles. Il convient donc d'examiner la cohérence de cet avis, lequel devrait porter une appréciation sur la situation médicale de la recourante compte tenu des pièces au dossier.

Or, force est de constater que :

- Le rapport du 26 juin 2017 a été rédigé par la Dre B_____ dans le cadre de l'octroi de chaussures orthopédiques et il ne comporte aucune appréciation sur la capacité de travail de la recourante.
- Le rapport du 3 février 2021 a été établi par la rhumatologue précitée sur une feuille d'ordonnance et il énonce exclusivement les diagnostics posés, sans se prononcer sur une quelconque incapacité de travail ni évoquer les limitations fonctionnelles.
- Le rapport du 20 mai 2021 de la Dre B_____ évoque les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde sévère, avec déformation séquellaire majeure des mains et avant-pieds des deux côtés et lombalgies chroniques (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi qu'ostéoporose et anévrisme cérébral diagnostiqué en 2018 (sans répercussion sur la capacité de travail), étant précisé qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée au cours des années précédentes. Quant aux limitations fonctionnelles, elles concernaient les déplacements sur de longues distances, le port de charges supérieures à 1 kg de manière répétée, le travail avec les bras en abduction au-delà de 90° et en position accroupie.
- Le rapport du 1^{er} octobre 2021 de la rhumatologue traitante reprend les diagnostics précités qu'il a compétés avec un diagnostic supplémentaire, à

savoir celui de spondylolisthésis L5-S1 (lyse isthmique bilatérale), tout en précisant qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée au cours des dernières années.

- Le courrier du Dr C_____ établi le 8 décembre 2020 suite à la consultation du 10 novembre 2020 porte uniquement sur le traitement envisagé. Le médecin précité ne se prononce à aucun moment sur la capacité de travail de la recourante ni sur les limitations fonctionnelles entraînées par son atteinte.
- Les comptes rendus des radiographies des mains et des pieds et de l'échographie réalisées le 31 août 2020 décrivent uniquement les atteintes constatées sur l'imagerie.
- Les comptes rendus des consultations au service de médecine de premier recours des 9 juin 2010, 13 juillet 2010 et 17 septembre 2010, lesquels décrivent les constatations cliniques et le traitement prescrit en lien avec une atteinte qui n'était pas décrite mais ne se prononcent aucunement sur la question de l'incapacité de travail.
- Les comptes rendus de la consultation neurologique de suivi suite à la découverte de l'anévrisme cérébral ne se prononcent pas sur une éventuelle incapacité de travail.

En réalité, aucun des rapports évoqués par le SMR ne se prononce sur une éventuelle incapacité de travail et encore moins depuis 2012, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Sauf à poser des conclusions nouvelles, qui ne ressortent pas des pièces figurant au dossier, on ne saurait ainsi retenir une incapacité de travail depuis 2012 déjà comme l'ont fait le SMR et l'OAI. En effet, la recourante a travaillé jusqu'au début de l'année 2022. Certes ses revenus ont fluctué d'une année à l'autre. Cependant, la recourante a expliqué dans un courrier du 1^{er} février 2023, que le secteur dans lequel elle travaillait ne garantissait pas un emploi fixe à long terme. De plus, dès lors que le permis B ne lui avait été délivré qu'avec effet au 20 mars 2016, elle n'aurait pas été apte au placement, de sorte qu'elle ne s'était jamais inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi lorsqu'elle perdait un emploi. Pour la chambre de céans, ces explications sont convaincantes. Ainsi, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les diminutions de rémunérations constatées entre 2012 et 2022 étaient liées à des périodes d'incapacité de travail dues à l'état de santé de la recourante.

À cet égard, les constatations de l'OAI, dans ses notes des 19 et 23 janvier 2023, ne sauraient être suivies, dans la mesure où l'office intimé semble mettre en lien la perte des emplois et le chômage qui s'en est suivi avec l'atteinte à la santé de la recourante. Or, un tel lien ne ressort pas des explications données par la recourante dans le questionnaire sur le statut qu'elle a rempli en date du 18 novembre 2021. En effet, dans ce dernier formulaire, elle a expliqué qu'elle avait travaillé à 100% jusqu'en 2014. À ce moment-là, elle avait perdu deux

emplois fixes et n'avait pas réussi à retrouver des emplois en raison de la déformation visible de ses mains due à sa maladie. Elle devait passer par des agences temporaires pour que les employeurs ne se rendent pas compte de la déformation en question. Ce n'était ainsi pas l'atteinte en tant que telle qui a entraîné la perte des emplois fixes.

En revanche, il ressort des pièces du dossier qu'à tout le moins depuis le printemps 2021, la recourante ne pouvait continuer à exercer son activité qu'au risque d'aggraver son état de santé. C'est d'ailleurs parce que son médecin lui a demandé de cesser son activité d'employée de maison au plus vite afin de préserver sa santé que la recourante a saisi l'OAI d'une demande de prestations. Dès ce moment, il peut être considéré que la recourante présentait une incapacité de travail dans le sens où elle ne pouvait continuer son activité professionnelle qu'au risque d'une aggravation de son état de santé (voir notamment ATF 130 V 343 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_31/2008 du 6 octobre 2008, consid. 3.4).

Dans ces circonstances, force est d'admettre que la première condition de l'invalidité, à savoir l'incapacité de travail de 40%, ne pouvait être remplie qu'à partir du début de l'année 2021 et non dès 2012. L'avis du SMR du 31 mai 2022 doit donc être écarté, en tant qu'il fait remonter à 2012 et ce sans fournir la moindre explication, une éventuelle incapacité de travail dans l'activité habituelle et une potentielle capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée.

9.4 L'existence d'une incapacité de travail n'est toutefois pas suffisante pour retenir la survenance d'une invalidité. En effet, il faut en outre qu'à l'expiration du délai d'attente d'un an, lequel a commencé à courir au début de l'année 2021, la recourante soit invalide à 40% au moins au sens de l'art. 8 LPGA, ce par quoi il faut entendre qu'elle doit subir une perte de gain d'au moins 40% et ce dans toute activité.

Or, ce n'est à qu'à partir du 1^{er} février 2022 que la recourante est incapable de travailler dans toute activité, ce qui a d'ailleurs été admis par le SMR et l'office intimé. Certes, le SMR a évoqué une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Cependant, l'intimé a considéré qu'au vu de l'absence de compétences transférables chez la recourante, qui plus est âgée de 58 ans, sans formation et compte tenu de l'ampleur des limitations fonctionnelles, compromettant les déplacements, le port de charge et la motricité fine, nécessitant en outre une position assise, aucune capacité de gain ne pouvait selon toute vraisemblance être attendue de la recourante (cf. mandat de réadaptation du 19 janvier 2023).

Dans cette mesure, ce n'est qu'à compter du 1^{er} février 2022 que la recourante subit une incapacité de gain totale et que, par conséquent l'invalidité est survenue.

9.5 Eu égard à ce qui précède, l'OAI devait prendre en considération les cotisations versées jusqu'au 31 décembre 2021 pour déterminer le montant de la rente.

Il ressort également de ce qui précède que le droit à la rente n'est en réalité ouvert qu'à compter du 1^{er} février 2022 et non dès le 1^{er} octobre 2021. En effet, ce n'est qu'à cette date que la recourante est devenue invalide. Cela étant, dès lors que le recours ne porte pas sur la date à partir de laquelle la rente est due mais uniquement sur son montant et vu le faible montant versé prématurément, la chambre de céans renonce, comme elle en a la faculté, à une *reformatio in pejus* (ATF 119 V 249).

- 10.** Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 22 juin 2023 sera annulée en tant qu'elle met l'assurée au bénéfice d'une rente mensuelle de CHF 356.-. La cause sera renvoyée à l'intimée pour nouveau calcul du montant de la rente, en prenant en considération les cotisations jusqu'au 31 décembre 2021.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA).

La procédure n'étant plus gratuite, l'intimé sera condamné 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. L'admet et annule la décision du 22 juin 2023 en tant qu'elle met la recourante au bénéfice d'une rente mensuelle de CHF 356.-.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour nouveau calcul de la rente, en prenant en considération les cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
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