



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3052/2019

ATAS/633/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 août 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1976, entrée en Suisse en 1989, mariée en juillet 2002, mère d'une enfant née le _____ 2004, au bénéfice d'une autorisation d'établissement C, est titulaire d'un certificat de capacité de vendeuse depuis octobre 2006.
2. L'assurée a exercé les emplois suivants :
 - Du 24 août 1992 au 23 août 1995, apprentie chez B_____ - école de coiffure.
 - En 1998 pour Adecco ressources humaines SA (mission pour C_____), à un taux partiel, comme aide de cuisine polyvalente.
 - Du 6 avril au 12 juin 1998, du 6 juillet au 15 juillet 1998, et du 25 septembre 1998 au 29 janvier 1999, comme employée d'atelier pour Multipersonnel Services SA à un taux partiel.
 - Du 13 mars 2000 au 25 janvier 2005, comme conseillère de vente pour D_____ SA, à un taux de 100 %.
 - Du 5 février 2007 au 31 juillet 2009, comme conseillère de vente pour E_____ SA (F_____ store), à un taux de 100 %.
 - Du 2 mai au 10 juin 2011, comme stagiaire pour la Croix-Rouge genevoise (accompagnante à domicile G_____).
 - Du 17 décembre 2012 au 28 février 2018, comme nettoyeuse pour H_____ SA, à raison de 10 heures par semaine.
 - Du 2 avril 2013 au 30 septembre 2018 comme nettoyeuse pour I_____ SA, à raison de 10 heures par semaine.
3. L'assurée a été en incapacité totale de travail du 22 au 25 septembre 2016, du 21 au 22 novembre 2016, du 14 décembre 2016 au 12 février 2017, du 27 février au 5 mars 2017, du 9 au 10 avril 2017, du 27 mai au 4 juin 2017, du 21 juin au 9 juillet 2017, du 14 au 18 août 2018 et du 19 août au 30 avril 2018, attestée par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), service des urgences service de psychiatrie adulte ou service de neurologie.
4. La doctoresse J_____, FMH généraliste, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 9 juillet 2017 au 14 août 2017 et d'une prise en charge depuis le 7 juillet 2017.
5. Du 21 au 28 juin 2017 l'assurée a été hospitalisée aux soins intensifs des HUG, en raison d'un état de mal épileptique.
6. L'assurée a reçu une indemnité perte de gain de la part de la Mutuel assurances SA (ci-après : la Mutuel).
7. Le 16 avril 2018, I_____ SA a rempli le questionnaire pour l'employeur de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), mentionnant un engagement de l'assurée le 12 septembre 2012 jusqu'au 20 juin 2017, comme personnel

d'entretien, pour 14,5 heures par semaine depuis le 27 juin 2015 (horaire normal de l'entreprise de 42,5 / 43 heures par semaine), pour un salaire horaire de base de CHF 19.-. L'assurée avait été en incapacité de travail totale pour maladie du 22 au 25 septembre 2016, du 21 au 22 novembre 2016, du 14 décembre 2016 au 19 mars 2017, pour accident du 27 mai au 17 juin 2017 et pour maladie du 21 juin 2017 au 30 avril 2018.

8. Le 21 mars 2018, la doctoresse K_____, médecin interne aux HUG, a attesté d'une symptomatologie anxio-dépressive moyenne incapacitante (troubles de la concentration importants et vulnérabilité au stress). Une reprise d'activité dans un environnement peu stressant et approprié pourrait être envisagée en fonction de l'évolution clinique.
9. Le 29 mars 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'épilepsie, angoisses et dépression. Elle a mentionné une activité de nettoyeuse pour I_____ SA depuis novembre 2012 à 36 % (14h30 / semaine), pour H_____ SA depuis le 17 décembre 2012 à 27 % (10h75 / semaine).
10. Le 18 avril 2018, H_____ SA a rempli le questionnaire pour l'employeur de l'OAI, en mentionnant un emploi de l'assurée du 17 décembre 2012 au 28 février 2018, comme nettoyeuse, à raison de 11,25 heures par semaine (temps de travail normal de l'entreprise de 42,5 heures / semaines), pour un salaire horaire de base de CHF 19.60.-. L'assurée était en incapacité de travail pour accident du 27 mai au 17 juin 2017 et pour maladie du 21 juin 2017 au 28 février 2018.
11. A la demande de la Mutuel, la clinique Corela (doctoresse L_____, spécialiste en psychiatrie), a rendu un rapport daté du 23 janvier 2018, puis un second, identique, daté du 19 février 2018.

L'assurée se plaignait d'avoir peur de faire une crise d'épilepsie, de migraine augmentée depuis janvier 2017, de peur du suicide, d'angoisse, d'anxiété, de crainte des lieux publics, d'asthénie importante, de difficultés d'endormissement, de difficultés de concentration, d'irritabilité et d'agressivité.

Elle a posé les diagnostics de :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (un épisode dépressif en 1994 et un en 2015), avec des symptômes dépressifs persistants malgré le traitement psychotrope augmenté en juin 2017.
- Trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, pouvant compliquer la rémission de la symptomatologie dépressive.

L'incapacité de travail était totale mais nulle dès le 1^{er} février 2018 dans son emploi de deux heures par jour.

12. Les 25 octobre et 4 décembre 2017, la Dresse K_____ a rendu un avis pour la Mutuel indiquant un diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en rémission, partielle et une personnalité émotionnellement labile,

type impulsif. L'état de l'assurée était stationnaire depuis le début du suivi en mars 2017, avec une légère amélioration sur le plan anxieux ; elle présentait une symptomatologie dépressive moyenne, avec un composant anxieux important et une épilepsie débutante, incompatible avec une reprise du travail ou une mesure de réinsertion. L'assurée présentait une thymie labile, une asthénie générale, des troubles du sommeil et une importante vulnérabilité au stress rendant actuellement sa capacité de travail et son rendement nuls. Une activité adaptée n'était pas envisageable pour l'instant devant la symptomatologie persistante ; sa capacité de travail devait faire l'objet d'une réévaluation dans un deuxième temps, à voir, dans six mois. L'ancienne activité n'était pas exigible, une activité adaptée était exigible à 60 %.

13. Le 2 mai 2018, la Dresse K_____ a répondu à une demande de renseignement de l'OAI.

Elle a repris le contenu de ses rapports des 25 octobre et 4 décembre 2017, en ajoutant que l'assurée présentait une épilepsie fronto-temporale gauche non lésionnelle et des migraines avec aura. Sa capacité de travail et son rendement étaient nuls. Il y avait une réapparition des crises épileptiques, nécessitant une adaptation de son traitement antiépileptique en cours. Actuellement, l'assurée bénéficiait des passages de l'IMAD trois fois par semaine. Une activité adaptée serait envisageable, selon son état psychiatrique et physique, après le mois de juin 2018, à 50 % et à réévaluer par la suite.

14. Le 3 mai 2018, le docteur M_____, médecin interne au service de neurologie des HUG, a répondu à une demande de renseignement de l'OAI.

L'assurée présentait une épilepsie fronto-temporale gauche non-lésionnelle, diagnostiquée en 2016, sans effet sur sa capacité de travail (sauf travail en hauteur et travail nocturne). Elle avait présenté un état de mal épileptique convulsif en juin 2017, sur arrêt du traitement nécessitant une hospitalisation du 21 au 28 juin 2017, une crise focale en octobre 2017 et un trouble phasique en février 2018.

15. Le 1^{er} octobre 2018, la Mutuel a écrit à l'assurée qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière au 30 septembre 2018.

16. Le 10 septembre 2018, à la demande de la Mutuel, le docteur N_____, FMH neurologie, psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise, fondé notamment sur un examen de l'assurée du 23 août 2018. Il a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel d'une intensité encore légère (en rémission) F 33.01 et, sans effet sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité émotionnellement instable, type impulsif. L'assurée présentait une mauvaise compliance médicamenteuse (duoxétine et quétiapine). Elle était capable de reprendre le travail progressivement, à 50 % (de son taux de 50 %), à 80 % dès le 1^{er} octobre 2018 et à 100 % dès le 1^{er} novembre 2018.

17. Le 2 octobre 2018, le Dr O_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel, depuis le 21 juin 2017, l'assurée présentait une incapacité de travail totale ; l'état de santé n'était pas encore stabilisé mais en voie d'amélioration. Des renseignements complémentaires étaient requis des médecins traitants.
18. Le 18 octobre 2018, le Dresse K_____ a répondu à une demande de renseignements de l'OAI ; l'état de santé était stationnaire depuis mars 2017 ; une reprise de travail progressive était envisageable, après stabilisation de l'état de santé (dans un hôpital de jour, pendant trois mois dans le cadre d'une prise en charge intensive).
19. Le 12 février 2019, le Dr O_____, du SMR, a indiqué qu'il s'alignait sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr N_____, laquelle était probante. L'incapacité de travail était totale dès le 21 juin 2017, de 50 % dès le 24 août 2018, de 20 % dès le 1^{er} octobre 2018 et nulle dès le 1^{er} novembre 2018. La capacité de travail était exigible dans l'activité habituelle de vendeuse ou femme de ménage ou toute activité adaptée, à 100 %. L'aptitude à la réadaptation était présente dès le 24 août 2018. Les limitations fonctionnelles étaient neurologiques : pas de travail de nuit, pas de montée sur des échelles, pas d'usage d'objets tranchants ou dangereux, interdiction de conduite jusqu'au moins février 2019 (puis à revoir), psychiatrique : aucune.
20. Une note de statut de l'OAI du 14 février 2019 mentionne que l'assurée travaille pour I_____ SA à 33,7 % et pour H_____ SA à 26 %, de sorte que son statut est mixte, 59,7 % active et 40,3 % ménagère.
21. Par projet de décision du 17 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif qu'en septembre 2018 (six mois après le dépôt de la demande de prestation), l'incapacité de travail était de 50 % dans toute activité, de sorte que le degré d'invalidité était de 30 % dans la sphère professionnelle ; par ailleurs, au vu de l'évolution de la capacité de travail et de l'exigibilité des membres de la famille, il n'y avait pas d'empêchement ménager.
22. Le 17 mai 2019, la division gestion a calculé le degré d'invalidité de l'assurée.
Selon le nouveau calcul, le revenu sans invalidité à 100 % était de CHF 43'506.67 et le revenu exigible à 50 % de CHF 21'753.33, de sorte que le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était de 50 %. Appliqué au statut d'active à 60 %, il était de 30 %.
23. Par décision du 26 juin 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
24. Le 26 août 2019, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité.
25. Le 30 septembre 2019, l'assurée a complété son recours. Son statut était celui d'active. Elle avait occupé un emploi à 60 % car elle s'était retrouvée en fin de droit de chômage. Par ailleurs, elle avait toujours travaillé à 100 % comme

vendeuse. L'expertise du Dr N_____, requise d'un assureur-privé, était contredite par l'avis de la Dresse K_____ ; elle ne comprenait pas l'analyse des indicateurs. Une enquête ménagère n'avait, à tort, pas été menée. Elle a communiqué des formulaires de preuves de recherches personnelles effectuées en vue de trouver un emploi, pour les mois de février et août 2010, de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE), mentionnant plusieurs recherches comme vendeuse pour une activité à 100 %.

26. Le 15 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'expertise du Dr N_____ était probante. Il en ressortait que l'assurée présentait des ressources personnelles préservées lui permettant de se réinsérer professionnellement ; il n'y avait pas d'échec de traitement, vu le doute de l'expert sur son observance ; par ailleurs, le Dr M_____ avait estimé que l'épilepsie ne limitait pas la capacité de travail (sauf le travail en hauteur et de nuit). S'agissant du statut, aucun élément objectif ne corroborait les déclarations de l'assurée quant à un statut d'active à 100 % (tel qu'une recherche d'emploi à 100 % ou qu'une demande d'augmentation du taux auprès du même employeur). Le statut mixte 60 % active, 40 % ménagère, pouvait être confirmé. S'agissant de l'enquête ménagère, il n'y avait plus d'incapacité de travail dès le 1^{er} novembre 2018 ; une enquête portant sur quelques mois n'avait pas lieu d'être et il n'y avait pas lieu (au vu des limitations fonctionnelles et de l'exigibilité des membres de la famille) de retenir un empêchement dans la sphère ménagère.
27. Le 19 décembre 2019, l'assurée a observé que l'OAI ne se déterminait pas sur l'absence de prise en compte des indicateurs jurisprudentiels par le Dr N_____, ni sur ses recherches d'emploi à 100 % faites pendant sa période de chômage.
28. Le 15 juin 2020, la recourante a communiqué :
- Une lettre de sortie des soins aigus du service de neurologie des HUG (docteurs P_____ et Q_____, médecins internes) suite à un séjour de l'assurée du 9 au 20 décembre 2019. Après un bilan, il est retenu une épilepsie focale avec altération de l'état de conscience, d'origine structurelle sur un encéphalocèle temporal antérieur gauche et une symptomatologie anxio-dépressive, associée à des traits de personnalité borderline. Une indication à une chirurgie devait être discutée en janvier avec le docteur R_____, médecin adjoint agréé, et un suivi était prévu en neurologie (Dr S_____) et au CAPPI.
 - Un rapport de consultation ambulatoire initiale du 17 janvier 2020 du service de neurochirurgie (Dr R_____) selon lequel un encéphalocèle, anomalie congénitale, constituait un substrat à l'épilepsie ; une résection était envisageable, avec des conséquences possibles de fléchissement mnésique et quadranopsie homonyme supérieure droite. L'assurée se disait handicapée par cette épilepsie pharmaco-résistante et souhaitait se faire opérer dès septembre 2020.

- Un rapport du 24 janvier 2019 de la doctoresse T_____, médecin interne aux HUG, adressé à la Mutuel, relevant une mauvaise évolution clinique de l'assurée ; elle avait repris, depuis novembre 2018, le suivi de la Dresse K_____ ; la symptomatologie anxiodépressive était importante, avec des troubles de la concentration, une thymie abaissée de l'aboulie, de l'anhédonie, des idées auto-agressives et suicidaires fluctuantes, de l'anxiété, des angoisses, une difficulté à gérer les contrariétés, les émotions et une importante vulnérabilité au stress, un apragmatisme, de la fatigabilité, des troubles du sommeil persistants et un retrait social. L'état psychiatrique était stationnaire depuis le début du suivi au CAPPI en mars 2017 ; une prise en charge intensive type hôpital de jour pendant trois mois avait été décidée dès le 26 novembre 2018 ; une reprise d'activité n'était, pour l'instant, pas envisageable ; une activité adaptée était fortement envisageable dans un deuxième temps ; l'épilepsie restait incontrôlée et était un facteur de stress important.
- Un rapport de la Dresse T_____, du 12 juin 2020, selon lequel l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, une agoraphobie, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline. Depuis novembre 2018, et jusqu'à l'heure actuelle, dans le contexte de ses maladies psychiatriques, l'assurée présentait une thymie fluctuante liée à une labilité émotionnelle importante, des idées auto agressives et suicidaires intermittentes, des troubles de la concentration, de l'anxiété et des angoisses, une crainte de quitter le domicile, une peur des magasins, des foules, un évitement des endroits et transports publics, une difficulté importante à gérer les contrariétés et les émotions et une importante vulnérabilité au stress. À noter par ailleurs de l'apragmatisme (n'arrivait pas à faire les démarches administratives les plus simples nécessitant du soutien de l'assistante sociale et de son infirmière référente au CAPPI), de l'aboulie, une négligence des tâches ménagères, de l'irritabilité et des difficultés relationnelles significatives. L'assurée bénéficiait d'un accompagnement par l'IMAD (infirmier à domicile) pour aide à gestion du traitement médicamenteux et entretiens de soutien. L'assurée présentait beaucoup de difficultés à accepter les limitations inhérentes à son épilepsie qui restait vraisemblablement incontrôlée (à noter une intervention chirurgicale dans ce contexte, prévue pour septembre 2020). Sa capacité de travail restait affectée et une révision de son incapacité de travail et notamment de la possibilité de mise en place d'une activité professionnelle dans un cadre adapté aux limitations fonctionnelles liées à ses problématiques psychiques et somatiques - poste de travail flexible avec peu de stress et peu de responsabilités - serait fortement envisageable, projet qui serait bénéfique et thérapeutique pour l'assurée.
- Des certificats médicaux de la Dresse T_____, attestant d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2020.

29. Le 15 juin 2020, la chambre de céans a entendu la recourante en audience de comparution personnelle, laquelle a déclaré : « A partir d'octobre 2018 mes crises d'épilepsies se sont aggravées, j'en ai fait trois en octobre qui ont nécessité une ambulance. J'ai ensuite été hospitalisée du 9 au 20 novembre au HUG, il a été constaté que mon crane comporte une fissure qui est une malformation de naissance. Les premières crises ont débuté à mes 40 ans. Les médecins envisagent une opération pour couper un peu de cerveau. Il y a 1 cm qui sort du crane mais ils devront ôter 4 cm lors de l'intervention. Je risque ensuite d'avoir des problèmes de mémoire et de vue. Les crises ne sont plus réglables. Les médicaments ont été augmentés mais j'ai aussi eu des problèmes d'interaction avec l'antidépresseur que je dois prendre. Je fais également de grandes crises d'angoisses qui seraient dues à l'endommagement de ma peau autour de la fissure. J'ai travaillé jusqu'en juin 2017 mais j'ai subi un accident en mars 2017, qui a entraîné une incapacité de travail. J'ai eu les trois dents de devant brisées. Je dois encore me faire réparer les dents en posant des dents définitives. J'avais mis ça de côté en raison de mes autres problèmes. Le médecin des HUG que j'ai vu la semaine dernière, le Dr R_____, m'a dit que l'intervention devait avoir lieu en septembre 2020. Je dois aussi voir la Dresse S_____, du service de neurologie, fin août. Je ne suis plus suivie par la Dresse K_____ mais par la Dresse T_____. Le Dr N_____ m'a reçu seulement trente minutes. Comme je suis quelqu'un de fermé qui ne s'ouvre pas à quelqu'un d'inconnu, je n'ai pas tout dit.

S'agissant de mon parcours, j'ai travaillé pour U_____ personnel Services et pour C_____, il s'agissait de quelques heures par semaine. J'ai travaillé à un taux de 100 % chez D_____ puis j'ai été licenciée avec effet immédiat, mais j'ai gagné mon procès et l'employeur a dû m'indemniser cinq salaires. Ensuite j'ai été au chômage. J'ai bénéficié d'une formation à l'IFAGE qui m'a permis d'obtenir mon CFC. Ensuite j'ai été engagée chez F_____ store à 100 %. La patronne voulait diminuer mon taux de travail de 100 à 60 % mais je ne pouvais pas accepter pour des raisons financières, j'ai donc quitté cet emploi. Je me suis réinscrite au chômage et j'ai cherché du travail à 100 %. Dans le cadre du chômage j'ai fait une formation à la Croix-Rouge, pour accompagner des personnes âgées et des enfants. J'ai été en fin de droit de chômage. Pendant un an et demi j'ai fait une grande dépression, j'ai perdu 21 kg car j'avais des problèmes de couples. J'ai fait une thérapie conjugale. J'ai ensuite travaillé comme nettoyeuse chez I_____ à raison de 14,5 heures par semaine (V_____) ainsi que 12 heures par semaine pour H_____ (banque W_____). J'ai demandé à travailler à 100 % auprès de ces deux employeurs. I_____ m'a d'abord proposé 2 heures de nettoyage le matin puis 4 heures le samedi. Ils m'ont dit que dès qu'une place se libérait ils augmenteraient mes heures, mais ça ne s'est jamais produit. Ils m'ont dit qu'ils avaient déjà beaucoup de personnel fixe employé. J'avais parlé avec une sous-chef, X_____, chez H_____ pour lui demander d'augmenter mon taux d'activité. En parallèle j'ai demandé à une amie qui travaillait chez Y_____ s'il y avait des places et elle m'a répondu que non, je n'ai donc pas postulé. Je n'ai pas fait d'autres recherches d'emploi. Je n'étais

pas bien déjà depuis 2015 – 2016. Dès cette période il ne me paraissait pas envisageable d'augmenter mon taux d'activité. J'ai fait des remplacements de collègues qui étaient en maladie ou en vacances chez I_____ net, de sorte que j'ai travaillé une fois pendant un mois et demi et une fois pendant trois semaines à 80 %. J'ai demandé à mon chef chez I_____ net de me faire faire les remplacements.

Le nom du Dr M_____ ne me dit rien.

Je n'ai plus de vie sociale, je ne vais pas aux invitations de mes amis, je ne réponds même pas aux appels de ma famille. Je suis très énervée par les gens. J'ai des idées suicidaires. J'ai des poursuites alors que ça ne m'étais jamais arrivé. Il est difficile de vivre seulement avec le salaire de mon mari. S'agissant du ménage, ma fille de 16 ans qui vit avec nous aide un peu, mon mari fait les courses et à manger. Je fais moi-même un peu de repassage mais cela me fatigue beaucoup. Je n'ai jamais été comme ça avant.

Il y a de grandes tensions avec mon mari qui ne comprends pas que je ne travaille pas et que je ne fasse pas les courses. Je fais des crises d'angoisses dans les magasins ou les lieux publics. Il m'est arrivé de ne plus pouvoir bouger. Cette situation m'effraie. Mon mari a peur que je fasse des crises d'épilepsie pendant nos rapports de sorte que nous n'en avons plus.

Ma fille souffre beaucoup de cette situation et elle a dû souvent me prendre en charge lors de mes crises d'épilepsie ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Je constate que le rapport des HUG de janvier 2019 est en totale contradiction avec le rapport d'expertise du Dr N_____. Les attestations d'incapacité de travail produites le 15 juin 2020 émanent du CAPPI. L'incapacité de travail de ma cliente est due à la fois à des problèmes neurologiques et psychiatriques. Nous contestons les conclusions psychiatriques du Dr N_____. La Dresse T_____ admet seulement une reprise thérapeutique. Le contrat de travail que Mme A_____ a conclu était bien de 2007 et non 2017 ».

30. Le 7 juillet 2020, la Dresse Z_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel les derniers rapports médicaux transmis indiquaient que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis octobre 2018 du point de vue des crises épileptiques et du point de vue psychiatrique ; dans ce contexte, une reprise de l'instruction médicale était indiquée, afin de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail après octobre 2018.
31. Le 9 juillet 2020, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire.
32. Le 13 juillet 2020, la recourante a requis un délai pour fournir les preuves de ses postulations à 100 % auprès de ses anciens employeurs ou de demandes d'augmentation de son taux d'activité.
33. Le 14 juillet 2020, la recourante a communiqué un courriel de son assistante sociale, du 13 juillet 2020 et des attestations de deux anciens collègues de travail.

Elle a relevé que ces pièces établissaient qu'elle avait toujours demandé à travailler plus pour atteindre un plein temps. Il était requis l'audition de plusieurs témoins, en vue d'établir son statut d'active à 100 %.

34. Le 15 juillet 2020, la recourante a conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, après instruction médicale et compte tenu d'un statut d'active à 100 %.
35. Le 17 juillet 2020, la recourante a indiqué le nom de l'ancien responsable de H_____ et requis son audition.
36. Sur quoi 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).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. 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).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut et l'évaluation de sa capacité de travail.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si

celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 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 et art. 28 al. 2 LAI).

6. 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).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) 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. 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
8. 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).
9. En l'occurrence les parties convergent quant à la nécessité pour l'intimé de compléter l'instruction médicale du cas. Il convient, en conséquence, d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

S'agissant du statut de la recourante, il incombera à l'intimé, dans le cadre de la reprise de l'instruction du dossier, de procéder à une nouvelle évaluation, laquelle devra tenir compte des dernières pièces fournies par la recourante et, en cas de besoin, comprendre des mesure d'instruction supplémentaires.
10. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'500.- sera accordée à la recourante, 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 [RFGA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

**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 litigieuse.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'500.- à la recourante, 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

Julia BARRY

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