

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1955, veuve depuis 1987, originaire du Portugal, est suisse depuis le 14 novembre 2012.
2. Le 1^{er} février 2012, l'assurée s'est inscrite à l'office régional de placement (ORP) pour un taux d'activité de 80%.
3. L'assurée a exercé une activité d'aide cuisinière et d'employée de ménage depuis 1985. Comme dernier emploi, elle a exercé, depuis le 20 juin 2012, une activité d'employée d'entretien pour B_____ SA, à raison de dix heures par semaine, soit à un taux de 20%.
4. Le 10 juillet 2012, le docteur C_____, FMH rhumatologie, a écrit au docteur D_____, FMH médecine interne, qu'il avait vu l'assurée les 15 juin et 10 juillet 2012. Des examens sanguins, urinaires, des radiographies et échographies avaient été prodiguées. Le tableau clinique évoquait une fibromyalgie, une coxarthrose, une connectivité avec un syndrome de Sjögren ou un lupus érythémateux systémique.
5. Depuis le 24 septembre 2012, l'assurée a été en incapacité de travail totale; la SWICA assurance perte de gain maladie, a versé des indemnités journalières.
6. Le Dr D_____ a certifié une incapacité de travail totale de l'assurée du 24 septembre 2012 au 28 février 2013.
7. Le 2 décembre 2012, le Dr C_____ a écrit au Dr D_____ que l'assurée se plaignait de douleurs diffuses dans le cadre de sa fibromyalgie. Le traitement était en cours.
8. Le Dr C_____ a certifié une incapacité de travail totale de l'assurée du 14 janvier 2013 au 31 mars 2013.
9. Le 14 janvier 2013, le Dr C_____ a écrit au Dr D_____ que l'assurée se plaignait de douleurs diffuses prédominant aux membres supérieurs, qu'il y avait également une tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules, en plus de la fibromyalgie, que l'atteinte aux épaules posait un réel problème pour les activités nécessitant les bras au-dessus d'un plan horizontal, que l'incapacité de travail était donc justifiée et que le pronostic professionnel était sombre.
10. Le 14 février 2013, la SWICA a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations de l'assurée du 2 février 2013.
11. A la demande de la SWICA, le Dr D_____ a rempli le 8 mars 2013 un rapport médical attestant d'un diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de lupus érythémateux systémique depuis 2009, de tendinopathie coiffe rotateur bilatérale depuis septembre 2012 et de fibromyalgie probante (14/18) depuis 2012, et d'un diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de HTA, d'obésité (BMI 30),

coxarthrose bilatérale et de canal lombaire étroit depuis 2007. Il suivait l'assurée depuis le 25 février 2012 et depuis le 11 mai 2012, elle était suivie par le Dr C_____. Elle présentait des poly-arthralgies et des troubles du sommeil. Elle suivait un traitement médicamenteux et de la physiothérapie. L'incapacité de travail était totale depuis le 23 septembre 2012. L'ancienne activité n'était plus exigible; il fallait voir pour l'avenir avec le Dr C_____.

12. Le 8 mars 2013, le Dr D_____ a rempli un rapport médical pour la SWICA; il a attesté d'un lupus érythémateux systémique depuis 2009, d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale depuis 2012; il suivait l'assurée depuis le 2 mai 2012; l'évolution était partielle et lente sous physiothérapie et traitement médicamenteux; elle présentait des polyarthralgies intermittentes, une asthénie, des douleurs aux épaules et des troubles du sommeil. L'incapacité de travail était totale du 24 au 30 septembre 2012 et du 23 octobre 2012 au 28 février 2013; il fallait voir ensuite avec le Dr C_____. Le rendement était réduit en raison de douleurs articulaires des épaules et diffuses.
13. Le 21 mars 2013, le Dr C_____ a indiqué à l'office cantonal de l'emploi (OCE) (prestations cantonales en cas de maladie) les incapacités de travail attestées.
14. Le 30 mars 2013, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI faisant état d'un diagnostic de connectivité actuellement indifférenciée depuis 2013, de fibromyalgie et d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs prédominant à l'épaule gauche; il suivait l'assurée depuis le 15 juin 2012. L'assurée se plaignait de douleurs ostéoarticulaires diffuses; l'examen clinique suggérait surtout une fibromyalgie et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs; l'incapacité de travail était totale du 26 au 29 juillet 2012, du 14 au 31 janvier 2013 et dès le 1^{er} mars 2013; l'assurée était limitée dans les activités physiques pénibles, lesquelles augmentaient les douleurs articulaires.
15. Le 30 mars 2013, le Dr C_____ a rempli un rapport médical pour la Zürich, assurance perte de gain maladie.
16. Le 12 juillet 2013, le Dr C_____ a rempli un rapport médical pour la SWICA, en indiquant que l'assurée avait les mêmes plaintes et que les pathologies l'empêchaient de reprendre son emploi; l'assurée, dans un délai de quelques semaines, pourrait reprendre une activité adaptée de bureau à 50%.
17. Par communication du 22 juillet 2013, l'OAI a considéré que des mesures d'intervention précoce et de réadaptation n'étaient pas indiquées actuellement.
18. Le 5 août 2013, la doctoresse E_____, du SMR, a estimé qu'il fallait interroger le Dr C_____ sur la capacité de travail dans une activité adaptée.
19. Le 26 août 2013, le Dr C_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI indiquant un état de santé stationnaire, sans amélioration malgré le traitement et un mauvais pronostic; l'assurée était limitée pour tous les travaux pénibles physiques, le port de charges lourdes, les travaux manuels nécessitant une gestuelle fine et

précise et des travaux avec les membres supérieures en hauteur. La capacité de travail était de 0% comme employée de nettoyage et de 70% dans une activité adaptée, telle un travail de bureau.

20. Le 1^{er} septembre 2013, l'assurée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au même taux d'occupation qu'avant cette dernière.
21. Le 24 septembre 2013, la SWICA a informé l'assurée qu'elle verserait l'indemnité journalière jusqu'au 24 décembre 2013, date à partir de laquelle une capacité de travail dans une activité adaptée était exigible.
22. Le 21 octobre 2013, la Dresse E_____, du SMR, a estimé qu'une expertise tridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne était nécessaire.
23. Le 15 août 2014, la Dresse E_____ a rendu un avis selon lequel il n'y avait en réalité pas de raisons d'effectuer une expertise et qu'on pouvait reconnaître à l'assurée une capacité de travail nulle, dans son ancienne activité, et de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée, en raison des nombreuses limitations fonctionnelles (même dans une activité sédentaire pure). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :
 - Privilégier un poste sédentaire ou semi-sédentaire où l'assurée puisse changer de position à sa guise (au moins toutes les heures).
 - Eviter les positions statiques prolongées (assis/debout).
 - Eviter tout port de charge (max 5 kg exceptionnellement), ainsi que la marche en terrain irrégulier, les activités en position accroupie à genoux ou en porte à faux du rachis ainsi que les activités impliquant monter/descendre des escabeaux, des échafaudages etc.
 - Eviter les activités nécessitant la position des MS en dessus de l'horizontale et les travaux manuels nécessitant de précision avec les mains.

Ces limitations impliquaient des empêchements dans le ménage.

24. Le 18 août 2014, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 2,76%. Il s'est fondé sur un revenu sans invalidité de CHF 37'168.- et un revenu d'invalidité de CHF 36'814.-, calculé selon l'enquête sur la structure des salaires (ESS) 2010, tableau TA1, femme, niveau 4, pour 41,6 heures de travail par semaine, en 2013, à 80%, avec une déduction de 15%. Il a également expliqué que le revenu avec invalidité était de "CHF 37'168.-" pour une activité adaptée à 80%, et que le revenu sans invalidité était de "CHF 39'915.-", soit [(19,72 heures x 36 heures (80%)) x 4 x 13]. Le statut de l'assurée était celui d'active à 80%.
25. Le 20 août 2014, une "note statut" de l'OAI relève que selon l'inscription au chômage à 80% et les CI, l'assurée était à temps partiel à 80%
26. Par projet de décision du 22 août 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Une enquête à domicile n'était pas nécessaire, car son résultat n'aurait pas

d'influence sur le droit aux prestations; le degré d'invalidité était de 2,8%; le revenu sans invalidité était de CHF 36'814.- et le revenu d'invalidité de CHF 37'168.-; dans ses explications, l'OAI mentionne un revenu sans invalidité de CHF 37'168.- et avec invalidité de CHF 36'814.-.

27. Le 29 septembre 2014, le Dr C_____ a rendu un avis médical selon lequel il a indiqué que l'assurée souffrait d'une connectivité indifférenciée (M35.9) depuis 2012, d'une fibromyalgie (M79.0), d'épisodes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs prédominant à l'épaule gauche (M75.1), de lombosciatalgies dans un contexte de canal étroit (M48.06), d'une coxarthrose bilatérale (M16.0) prédominant à droite; elle était par ailleurs connue pour une obésité (E66.9), une hypertension artérielle (I10) et une hypercholestérolémie (E78.5) traitées. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50%.
28. Par décision du 1^{er} octobre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
29. Le 16 octobre 2014, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en contestant la capacité de travail de 100% retenue par l'OAI.
30. Le 15 janvier 2015, l'assurée a complété son recours. L'OAI avait d'abord estimé qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire pour l'annuler ensuite, sans explications, et avait retenu de manière péremptoire une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée; son droit d'être entendu avait été violé; elle n'avait aucune capacité de travail; elle ne pouvait travailler à un poste administratif, dans un bureau; elle sollicitait une rente d'invalidité à 100%.
31. Le 9 février 2015, la Dresse E_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel le Dr C_____ avait retenu, le 26 août 2013, une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Le SMR avait considéré qu'une expertise ne se justifiait pas, après relecture du dossier. Le Dr C_____ n'expliquait pas pourquoi il ne retenait le 29 septembre 2014 plus qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée; l'avis du SMR du 15 août 2014 était confirmé.
32. Le 17 février 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à l'avis du SMR du 9 février 2015.
33. A la demande de la chambre de céans, le Dr C_____ a indiqué le 7 avril 2015 que la différence d'appréciation de la capacité de travail entre août 2013 et septembre 2014 se basait sur une augmentation progressive des plaintes (cheville droite, lombosciatalgies droites, base du pouce gauche, troubles urinaires avec incontinence ayant nécessité une chirurgie vésicale de type cystopexie probablement en 2014), même si, objectivement, il n'avait pas détecté de nouvelles anomalies.

Une activité de standardiste dans la téléphonie ou d'accueil était possible; il n'était pas d'accord avec l'appréciation du SMR d'une capacité de travail de 100%, avec

une diminution de rendement de 20%, car le SMR retenait de nombreuses limitations fonctionnelles même dans une activité sédentaire pure.

34. Le 27 avril 2015, l'OAI a observé que le Dr C_____ justifiait la diminution de la capacité de travail de 70% à 50% uniquement sur la base des plaintes de l'assurée; le SMR avait bien retenu une baisse de rendement de 20%, en raison des limitations fonctionnelles retenues.
35. Le 21 mai 2015, l'assurée a observé que le Dr C_____ mentionnait une position contradictoire du SMR et que celui-ci avait effectué un revirement spectaculaire dans l'instruction de sa demande.

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) en vigueur dès le 1er 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.

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (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).
5. 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).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
7. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

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

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans

chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

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

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. A 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 125 V 351 consid. 3).

10. 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 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).

11. 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, ATF122 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 (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, 122 V 157 consid. 1d).
12. a) En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante a un statut d'active à 80% et que, selon l'avis du SMR du 15 août 2014, elle est capable d'exercer une activité compatible avec ses limitations fonctionnelles à 100%, avec une diminution de rendement de 20% et un empêchement dans le ménage de 10%, de sorte que le degré d'invalidité est de 2,8%.

La recourante estime que l'intimé a opéré un revirement injustifié en renonçant à ordonner l'expertise pluridisciplinaire qu'il avait envisagée, ce qui violait son droit d'être entendue et conteste être capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, en relevant qu'elle est au contraire totalement incapable d'exercer une telle activité.

b) Le droit d'être entendu ne s'oppose pas à ce que l'autorité mette un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui permettent de se forger une conviction et que, procédant d'une façon non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient plus l'amener à modifier son opinion (ATF 136 I 229 consid. 5.3 p. 236; 134 I 140 consid. 5.3 p. 148). Il s'agit par conséquent d'un grief qu'il convient d'examiner avec le fond du litige (ATF 9C_457/2013 du 26 décembre 2013, consid. 3.1.).

c) La chambre de céans constate que l'intimé s'est fondée sur les diagnostics établis par les médecins-traitants C_____ et D_____, soit un lupus érythémateux, une connectivité indifférenciée, une fibromyalgie et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs prédominant à l'épaule gauche. Le Dr C_____ a relevé qu'il avait estimé

en 2014 une capacité de travail limitée à 50% et non plus à 70%, comme il l'avait attesté en 2013, car les plaintes avaient augmenté, en relevant aussi que le SMR retenait de nombreuses limitations fonctionnelles, même dans une activité sédentaire pure, ce qui n'était pas cohérent avec l'estimation d'une capacité de travail à 100% avec un rendement réduit de 20%.

On ne saurait, comme l'a fait l'intimé, écarter cet avis, ce d'autant qu'il se réfère à l'augmentation des plaintes de la recourante dans le cadre d'un diagnostic de fibromyalgie, lequel est précisément principalement basé sur les plaintes de l'intéressée. La baisse de rendement de 20% admise par le SMR se fonde uniquement sur les rapports des médecins-traitants, le SMR n'ayant pas examiné la recourante et celle-ci n'ayant pas non plus fait l'objet d'une expertise. Or, le Dr C_____ a motivé - certes sommairement, mais il s'agit du médecin qui a examiné et suivi la recourante - une capacité de travail maximale de 50% dans une activité adaptée.

Par ailleurs, l'intimé retient, dans son calcul du degré d'invalidité – même si cela n'apparaît plus dans la décision litigieuse – un empêchement dans les tâches ménagères qu'il a fixé à 10%, sans motivation, le SMR ayant uniquement relevé que les limitations fonctionnelles impliquaient des empêchements dans le ménage, sans les chiffrer.

d) Il convient, dans ces circonstances, de constater que le cas de la recourante est insuffisamment instruit, une incapacité de travail de 50% ne pouvant pas non plus être admise sur le seul avis, sommairement motivé, du Dr C_____. En conséquence, la cause doit être renvoyée à l'intimé, afin qu'il procède à l'instruction médicale du dossier, comme il l'avait, dans un premier temps, envisagé, et rende une nouvelle décision, étant souligné qu'il incombera à l'intimé d'examiner si une expertise tridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, est réellement justifiée ou, au contraire, si une expertise mono ou bidisciplinaire suffirait.

Il convient de relever que le Dr C_____ exclut aussi l'exercice d'activités répétitives, de sorte que l'intimé devra, si son instruction médicale le confirme, concrètement examiner quelle activité la recourante est encore capable d'exercer et, en particulier, si une activité de bureau telle qu'avancée par le Dr C_____ est exigible, compte tenu de la formation de la recourante.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 1^{er} octobre 2014 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 1^{er} octobre 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Alicia PERRONE

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