RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3322/2021 **ATAS/911/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 octobre 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée avenue _____, THÔNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Flore Agnès MEILTZ — recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), de nationalité française, née en 1960, au bénéfice d'un permis d'établissement, séparée de son époux depuis 2009, est mère d'une fille majeure (née en avril 1996) qui vit avec elle.

b. En octobre 2015, l'assurée a fait l'objet d'une mesure de détection précoce. Dans le formulaire rempli à cette occasion, son médecin traitant, le docteur B_____, spécialiste en médecine interne générale, l'a décrite comme assistante de bureau, active à 75%.

Ont été notamment versés au dossier administratif :

- un courrier adressé au médecin traitant, le 22 avril 2015, par la doctoresse C_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, indiquant que l'assurée avait signalé l'apparition, depuis plusieurs mois, de polyarthralgies à caractère inflammatoire au niveau des poignets, des épaules, des chevilles et des genoux, avec des états de tuméfaction articulaire et des raideurs matinales; de longue date, elle se plaignait également de rachialgies cervicales et lombaires ;
- un bref courrier adressé le 27 mai 2015 à la Dresse C_____ par le docteur D_____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), disant avoir constaté un flux salivaire en-dessous de la moyenne compatible avec un syndrome de Sjögren ;
- un courrier adressé le 29 juin 2015 par la Dresse C_____ au médecin traitant, confirmant le diagnostic de maladie de Sjögren, ajoutant que, du point de vue articulaire, la situation semblait stable et que le bilan pneumologique s'était révélé rassurant ;
- un courrier adressé le 29 septembre 2015 par la Dresse C_____ au médecin traitant, indiquant que l'assurée se plaignait principalement d'asthénie, qu'il n'y avait ni arthralgies à caractère inflammatoire, atteinte d'organe ; biologiquement la situation était qualifiée de favorable.

c. L'assurée a été reçue en entretien par l'OAI le 27 novembre 2015. Elle a expliqué être atteinte du syndrome de Sjögren et se trouver en arrêt de travail depuis le 30 juin 2015. Elle s'est plainte d'une fatigue intense et de douleurs dans toutes les articulations. Elle bénéficiait de l'aide sociale depuis 2011, en complément de la pension alimentaire versée par son ex-mari. Interrogée sur son avenir professionnel, elle a indiqué n'avoir aucune vision à ce propos, si ce n'est qu'elle se « verrait bien dans un bureau ». De son curriculum vitae, il ressortait qu'elle avait travaillé de 1987 à 2011 comme serveuse, responsable de salle, préparatrice de commandes pour des fournitures de bureau, employée à la

fabrication de cartouches pour imprimantes laser, aide de bureau, vendeuse, ou encore commise administrative.

B. **a.** L'assurée a déposé le 14 décembre 2015 une demande formelle de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en indiquant avoir travaillé en tant qu'employée de bureau « selon disponibilités ».

b. Interrogé par l'OAI, le Dr B_____ a confirmé, en date du 16 février 2016, que sa patiente souffrait d'un syndrome de Sjögren avec des polyarthralgies et polymyalgies diffuses (douleurs aux épaules, poignets, genoux et chevilles), atteinte dont il a estimé qu'elle était invalidante depuis début 2014, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée. Interpellé sur les limitations fonctionnelles de sa patiente, le médecin a répondu que celle-ci avait travaillé comme commise administrative durant six mois en 2011, qu'elle n'était pas contre le fait de retrouver un travail du même type et qu'elle souhaitait exercer une activité professionnelle adaptée.

c. Interrogée à son tour, la Dresse C_____ a confirmé à son tour par courrier du 23 juin 2015 les diagnostics de syndrome de Sjögren - dont elle a précisé qu'il générait souvent une asthénie importante - et de cervicobrachialgies dans un contexte de tendinite du sus-épineux et de contractures musculaires. Une reprise de travail éventuelle à temps partiel dans un poste adapté pourrait être rediscutée. Pour le reste, le médecin renvoyait à l'avis du médecin traitant, arguant qu'il disposait d'une vision de la situation plus globale.

d. Le dossier a été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR), qui, le 11 avril 2017, a conclu à une capacité de travail de 100% dès le 30 juin 2015, puis de 50% dès le 23 juin 2016, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (fatigue, limitation des mouvements de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements fins ou précis, alternance des positions assise et debout, pas de mouvements forcés en flexion et extension de la nuque). À la maladie de Sjögren s'ajoutaient des lombalgies, des cervicobrachialgies gauches, une discopathie C5-C6 et C6-C7 et une tendinopathie de l'épaule gauche confirmée par échographie.

Le médecin du SMR a indiqué avoir appelé la Dresse C_____ le 11 avril 2017, qui avait confirmé une capacité de travail probable de 50% dans une activité adaptée.

e. Le 30 mai 2017, il a été procédé à une enquête ménagère, qui a conclu à un empêchement de 31% dans la sphère ménagère, réduit à 12% en tenant compte d'une aide exigible de 19% de la part de la fille de l'intéressée.

f. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité théorique en comparant le revenu qu'aurait réalisé l'assurée sans atteinte à sa santé, en exerçant une activité simple et répétitive à 75% en 2015, soit CHF 40'541.-, à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année malgré l'atteinte à sa santé, soit CHF 22'973.- (Enquête suisse sur la

structure des salaires [ESS] 2014, TA1, niveau I = 4'300.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 4'483.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = 53'793.- CHF/an à 100% en 2014 = 54'055.- CHF/an à 100% en 2015 = 22'973.- CHF/an à 50% en 2015 après réduction supplémentaire de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assurée et de son taux d'occupation réduit), ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 43,33% dans la sphère professionnelle.

g. Par décision du 22 août 2017, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

L'OAI a considéré que, sans atteinte à sa santé, l'intéressée aurait continué à exercer une activité professionnelle à 75%.

Pour la sphère ménagère, il s'est référé à l'enquête économique et a retenu un empêchement de 12%. S'agissant de la sphère professionnelle, l'OAI a admis une incapacité de travail durable, mais considéré, suivant en cela l'avis du SMR, que l'assurée avait recouvré une pleine capacité dans toute activité professionnelle le 30 juin 2015, diminuée à 50% (d'un 100%) à compter du 23 juin 2016. À la fin du délai d'attente d'un an, le 30 juin 2016, la capacité de travail de l'intéressée était donc de 50%. La comparaison du revenu que l'assurée aurait pu réaliser malgré l'atteinte à sa santé (soit CHF 22'973.-) à celui qu'elle aurait obtenu sans atteinte à sa santé (soit CHF 40'541.-) conduisait à une perte de gain de 43% et à un degré d'invalidité global de 35% (32% [43% de 75%] + 3% [12% de 25%]).

Pour le surplus, l'OAI a estimé que des mesures professionnelles ne permettraient pas de réduire le dommage.

C. **a.** Le 2 octobre 2017, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

En premier lieu, elle contestait le statut retenu, affirmant que, sans atteinte à sa santé, elle aurait repris une activité rémunérée à 100%. À cet égard, elle alléguait avoir entrepris de se réinsérer professionnellement suite à sa séparation, en 2011, et avoir depuis lors, toujours indiqué vouloir travailler à 100%. Elle affirmait avoir été inscrite à 75% dans le cadre de l'assurance-chômage malgré elle. En réalité, elle recherchait un travail à plein temps.

À l'appui de sa position, elle produisait notamment:

- le formulaire - destiné à l'Office cantonal de l'emploi (OCE) - récapitulant ses recherches personnelles d'emploi de septembre 2011 et mentionnant six recherches, dont cinq à plein temps ;
- celui de juillet 2012, mentionnant sept recherches, dont cinq pour des postes à plein temps ;
- celui de juin 2013, mentionnant six démarches, pour des postes de vendeuse, tant à temps partiel qu'à temps complet ;
- une évaluation réalisée par l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO) suite à un stage de 4 jours en juillet 2010.

b. Le Dr B_____, entendu le 30 août 2018, avait expliqué suivre l'assurée depuis le début de l'année 2015 et avoir retenu la maladie de Sjögren comme diagnostic principal, se traduisant par une sécheresse ophtalmique et buccale, des douleurs articulaires et musculaires difficiles à réduire, même sous médication, et de la fatigue. Cette atteinte rhumatologique entraînait passablement de douleurs et une mobilité générale réduite, si bien que la capacité de travail de sa patiente était très limitée, sans qu'il lui soit possible de l'évaluer précisément. L'atteinte avait été diagnostiquée en 2015, mais remontait vraisemblablement à plusieurs années auparavant. Informé que la rhumatologue concluait pour sa part à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, le témoin avait indiqué que cela lui semblait personnellement un peu trop élevé, mais sans pouvoir se prononcer plus précisément. La maladie restait plutôt stable.

c. Entendue en comparution personnelle, l'assurée avait confirmé être séparée depuis 2009 et s'être inscrite au chômage, expliquant que, comme elle n'avait « aucune idée du taux » auquel elle voulait exercer, c'était sa conseillère qui l'avait fixé à 75%. Arrivée en fin de droit en 2011, elle avait recherché un emploi à tous les taux jusqu'à son arrêt de travail.

d. Par courrier du 7 septembre 2018, la Dresse C_____ avait pour sa part indiqué que l'assurée l'avait consultée pour la première fois en mars 2015. Elle confirmait le diagnostic de maladie de Sjögren et le fait que celle-ci était probablement présente depuis longtemps, avec une symptomatologie de douleurs chroniques articulaires et musculaires, un syndrome sec au niveau des yeux et de la bouche et une fatigue chronique. Il s'agissait d'une maladie chronique, souvent indolente, avec des traitements relativement peu efficaces, en l'absence d'atteintes d'organes spécifiques. Sa patiente n'avait jamais souffert d'atteinte systémique associée à ce diagnostic. Elle présentait essentiellement une atteinte orale, ophtalmologique et articulaire, avec un syndrome douloureux chronique. Elle souffrait vraisemblablement également d'une fibromyalgie, très souvent associée à la maladie de Sjögren. L'état psychologique de sa patiente était fragile, ce qui participait à ses limitations et à son incapacité à intégrer le monde du travail. La Dresse C_____ ne pouvait se prononcer sur une éventuelle capacité résiduelle de travail, mais n'excluait pas qu'avec un accompagnement adéquat, l'exercice d'un travail adapté à temps partiel soit possible à l'avenir.

e. Par arrêt du 6 juin 2019 (ATAS/557/2019), la Cour de céans a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

La Cour a constaté que si les atteintes à la santé semblaient clairement définies, tout comme les limitations fonctionnelles, la question de la capacité résiduelle de travail n'avait pas été suffisamment instruite : aucun médecin ne s'était prononcé de manière convaincante sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée, dans son activité habituelle ou dans une autre, ni sur son évolution depuis le dépôt de la demande de prestations. L'intimé était dès lors invité à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et, éventuellement, une observation professionnelle.

Enfin, il convenait que l'OAI requière l'apport du dossier de l'assurée auprès de l'OCE, afin d'accéder à l'ensemble des recherches d'emploi effectuées durant son délai-cadre d'indemnisation et de vérifier à quel taux il convenait de lui reconnaître un statut d'active.

D. **a.** Conformément à la demande de la Cour, l'OAI a requis l'apport du dossier de l'OCE. Y figuraient le formulaire d'inscription du 21 octobre 2011, faisant état d'un taux d'activité de 75%, ainsi qu'une liste de 75 preuves de recherches d'emploi relatives à la période du 27 décembre 2010 au 3 novembre 2011 dont 42 portant sur des activités à plein temps.

b. Par ailleurs, l'OAI a recueilli, notamment, les documents suivants :

- un courrier du 1er juin 2020 de la doctoresse E_____, psychiatre et psychothérapeute traitante de l'assurée, indiquant ne plus avoir vu sa patiente depuis le 2 mai 2019 ; jusqu'à cette date, elle avait relevé de la fatigue, une baisse d'élan vital et une vision pessimiste de l'avenir; du point de vue psychiatrique, elle avait toujours considéré l'assurée apte à travailler; le médecin ne pouvait se prononcer sur la situation au-delà du 2 mai 2019 ;
- un rapport du Dr B_____ du 22 juillet 2020 estimant la capacité de travail de sa patiente nulle dans toute activité ; étaient mentionnées des douleurs à la hanche (à gauche et parfois à droite), associées à des douleurs lancinantes au pli de l'aine, des brûlures aux cuisses et au genou gauche, parfois jusqu'à la plante des pieds, ainsi que des contractures paradorsales basses bilatérales ; au niveau cervical, l'extension, la rotation gauche et les inclinaisons étaient limitées; au niveau des hanches la rotation interne était douloureuse ; la position accroupie était difficile, tout comme le retour en position debout ; la vision était floue, surtout le soir, avec un prurit et des brûlures oculaires ; depuis le 15 mai 2020, des douleurs péri-hanche à gauche évoquaient une périarthrite ; l'assurée se plaignait également parfois de paresthésies aux deux derniers orteils du pied droit, de troubles de l'équilibre, plus souvent de douleurs aux deux poignets et aux cervicales, avec quelques céphalées ; à titre de limitations fonctionnelles, le médecin traitant mentionnait que les mouvements répétés - comme la frappe informatique ou l'utilisation d'une souris - pouvaient favoriser la survenance de douleurs articulaires ; quant à la position assise prolongée, elle était délétère pour la musculature du dos ; enfin, l'utilisation d'un écran sur une longue durée pouvait favoriser la sensation de brûlure oculaire et de diminution de l'acuité visuelle dans un contexte de syndrome sec déjà invalidant ;
- un rapport du 28 juillet 2020 de la Dresse C_____ faisant état de plusieurs diagnostics avec incidence sur la capacité de travail : maladie de Sjögren, lombalgies mécaniques chroniques, opération d'un tunnel carpien à droite en décembre 2019 et fibromyalgie ; la cervicobrachialgie était en revanche résolue ; d'une manière générale, l'état de santé de l'assurée s'était stabilisé

suite à la mise en place d'un suivi psychiatrique, et un travail d'auto-hypnose avec la Dresse E_____ ; à titre de limitations fonctionnelles, la rhumatologue retenait les mouvements répétitifs, le port de charges et une endurance faible du fait de la fatigue chronique ; selon elle, aucune capacité de travail ne pouvait être retenue, vu le contexte de fatigue chronique et de syndrome douloureux chronique associé à la maladie de Sjögren.

c. Sur mandat de l'OAI du 28 janvier 2021, le F_____ a procédé à une expertise rhumatologique et psychiatrique.

Dans leur rapport du 31 mai 2021, les experts n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant. Au plan somatique, ils ont estimé que les diagnostics posés (syndrome de Sjögren, syndrome cervico lombaire par déconditionnement musculaire, hallux valgus bilatéral et status post-chirurgie canal carpien droit) étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, ceux de privation de relations affectives pendant l'enfance (CIM-10 Z61.O), départ du foyer pendant l'enfance (CIM-10 Z61.1), événements entraînant une perte de l'estime de soi pendant l'enfance (CIM-10 Z61.3) et difficultés liées à des sévices physiques infligés à un enfant (CIM-10 Z61.6) non plus. Les douleurs cervicales et le syndrome de Sjögren ont été considérés par les experts comme des facteurs de surcharge. L'expert psychiatre a, pour sa part, considéré que la volonté de l'assurée et le soutien de sa fille constituaient des ressources sur le plan psychique. Les limitations fonctionnelles retenues étaient le port de charges de plus de 5 kg près du corps de manière régulière, la montée et la descente d'échafaudages, les agenouillements, la nécessité de pouvoir alterner les positions assis/debout, l'obligation d'éviter tout travail au-dessus de l'horizontale et toute surcharge du rachis dans sa globalité.

Consensuellement, les experts ont considéré la capacité de travail comme entière, tant dans l'activité habituelle d'aide administrative que dans une activité adaptée aux limitations précitées.

d. Le 4 juin 2021, le SMR a estimé que l'expertise du F_____ était claire et parfaitement cohérente, de sorte qu'il convenait de suivre ses conclusions. Les plaintes de l'assurée n'étaient pas corrélées aux constatations résultant des examens cliniques et ses limitations apparaissaient comme beaucoup plus modérées qu'allégué.

e. En date du 8 juin 2021, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, l'informant de son intention de rejeter la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, vu l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

f. Une décision formelle en ce sens a été rendue en date du 19 août 2021, notifiée le 30 août 2021.

E. **a.** Le 29 septembre 2021, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière.

Elle reproche à titre préalable à l'intimé de ne pas avoir suffisamment motivé sa décision.

Sur le fond, elle allègue être dans l'incapacité totale de travailler depuis 2015.

b. Invité à se déterminer, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Le 17 janvier 2022, la recourante a persisté dans les termes et conclusions de son recours.

EN DROIT

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

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

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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 prescrits par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité.

5. Il convient, en premier lieu, de se déterminer sur le grief de la recourante tiré d'une violation de son droit d'être entendue, plus concrètement de son droit à une décision motivée.

5.1 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse

exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision ; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais elle peut au contraire se limiter à traiter ceux qui lui semblent pertinents (ATF 133 I 270 consid. 3 ; ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 97 consid. 2b). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (cf. ATF 112 Ia 107 consid. 2b).

5.2 En l'espèce, contrairement à ce que soutient la recourante, la décision litigieuse est suffisamment motivée, dès lors qu'elle se réfère explicitement aux éléments médicaux figurant au dossier niant toute atteinte à la santé invalidante. Cette explication est en outre exactement la même que celle figurant dans le projet de décision du 8 juin 2021, lequel rappelle, pour le surplus, la possibilité de faire état d'éventuelles objections sous 30 jours avant que la décision finale ne soit rendue. Or, la recourante, pourtant assistée d'une avocate, n'a pas fait usage de cette possibilité, pas plus qu'elle n'a sollicité une copie du dossier administratif comportant les pièces médicales auxquelles le projet de décision faisait référence, soit notamment l'expertise du F_____ et le rapport du SMR du 4 juin 2021. Partant, il n'y a pas eu violation du droit d'être entendu.

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. 27ss 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). Si la détermination du statut doit prendre en compte la volonté hypothétique de l'assuré (qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve), cette volonté ne peut être admise sans autres éléments de preuve, mais doit être

confortée par des indices extérieurs (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). Ceux-ci sont à rechercher dans l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières ou professionnelles et doivent présenter un degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 125 V 149 consid. 2c p. 150).

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

6.1 En l'espèce, en 2011, la recourante a été inscrite au chômage comme demandeuse d'emploi à 75%. Selon ses dires, ce taux aurait été fixé par ses conseillers en placement du fait qu'elle était nouvellement séparée, mère d'une adolescente âgée de 15 ans et qu'elle avait travaillé à temps partiel durant la vie conjugale. De manière constante, l'intéressée explique cependant avoir toujours cherché une activité à temps complet depuis sa séparation d'avec son ex-mari, en 2009. À cet égard, il ressort notamment du dossier transmis à l'intimé par l'OCE, que plus de la moitié des recherches d'emploi de l'intéressée ont concerné des postes à plein temps. En outre, au jour de la décision entreprise, la fille de la recourante avait déjà largement atteint l'âge de la majorité et il ressort du dossier (notamment de l'enquête ménagère de 2017) que, depuis plusieurs années, elle constitue pour sa mère une aide plutôt qu'une charge.

Au vu de ces éléments, de la situation économique plutôt précaire de la recourante, des efforts qu'elle a consentis suite à sa séparation pour se reconvertir et acquérir une formation en bureautique, la Cour de céans considère comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que, si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait repris une activité professionnelle à temps complet. Le statut d'active à temps complet doit dès lors lui être reconnu. L'intimé ne semble d'ailleurs plus le contester depuis la réception du dossier de l'OCE.

7. 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

9.

9.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. 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).

9.2 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).

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.

9.3 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

10. 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).

11. En l'espèce, la Cour de céans constate que l'expertise pluridisciplinaire du F_____ est fondée sur une anamnèse complète et détaillée, intégrant un résumé des pièces pertinentes versées au dossier, mais également les indications subjectives de l'assurée, des examens cliniques complets, ainsi qu'une discussion interdisciplinaire du cas. Elle prend en compte tous les éléments médicaux au dossier, y compris les derniers rapports (été 2020) des différents médecins traitants. En outre, ses conclusions sont motivées et les experts ont confronté leurs propres observations aux diagnostics de leurs confrères, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

11.1 Sur le plan psychique tout d'abord, l'expert psychiatre ne s'écarte guère de la position de la psychiatre traitante, tous deux concluant à une pleine capacité de travail dans toute activité du point de vue de leur spécialité. L'expert retient que la recourante présente une structure de personnalité fragile et non décompensée, sans signes cliniques en faveur d'une maladie psychiatrique. Si les diagnostics de privation de relations affectives pendant l'enfance (CIM-10 Z61.O), départ du foyer pendant l'enfance (CIM-10 Z61.1), événements entraînant une perte de l'estime de soi pendant l'enfance (CIM-10 Z61.3) et difficultés liées à des sévices physiques infligés à un enfant (CIM-10 Z61.6) sont bien mentionnés, ils sont décrits comme sans incidence sur la capacité de travail. En outre, la recourante est entourée, active au quotidien et possède des ressources qui lui ont notamment permis de travailler, de se marier, de divorcer et d'élever seule sa fille. L'appréciation globale de l'expert est partagée par la Dresse E_____ qui fait état, dans son rapport du 1er juin 2020, d'une capacité totale sous l'angle psychique et ne pose aucun diagnostic incapacitant (pour le moins jusqu'au 2 mai 2019, date de fin du suivi). La recourante considère d'ailleurs elle-même ne pas avoir de problèmes psychologiques (expertise F_____ p. 22), le travail auprès de la Dresse E_____ ayant consisté, sur conseil de sa rhumatologue, en l'apprentissage de la technique d'autohypnose, en vue de mieux supporter les douleurs (expertise F_____, p. 42). Cette thérapie semble d'ailleurs avoir eu des effets positifs, la Dresse C_____ estimant, dans son rapport du 28 juillet 2020, que, depuis ce suivi, la situation générale est plus stable. Au vu de ces éléments, la capacité totale de travailler dans toute activité, sans perte de rendement n'apparaît pas critiquable et n'est d'ailleurs, à juste titre, pas critiquée par la recourante ou sa psychiatre traitante.

11.2 Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue retient les diagnostics de syndrome cervico lombaire par déconditionnement musculaire, hallux valgus bilatéral et status post-chirurgie canal carpien droit et de syndrome de Sjögren. Il

écarte le diagnostic de fibromyalgie émis par la rhumatologue traitante, du fait qu'au terme de l'examen clinique, les critères récents ne sont pas réunis, le résultat du score de Wolfe faisant notamment état d'un total de seulement 6/31 points (une fibromyalgie étant retenue à partir de 13/31 points). Concernant la maladie de Sjögren, l'expert l'admet du fait de la présence d'anticorps AntiSSA, et en raison des douleurs polyarticulaires. Il relève cependant l'absence d'arguments en faveur d'une pathologie inflammatoire active (expertise F_____, p.27). Cette appréciation semble concordante avec celle de la Dresse C_____ qui mentionne, dans son dernier rapport avant l'expertise, que le syndrome de Sjögren est « relativement calme », que sa patiente est sous traitement de Plaquenil et n'a pas d'arthralgies à caractère inflammatoire, ni d'atteinte d'organe associés (rapport médical du 28 juillet 2020).

11.2.1 Concernant les limitations fonctionnelles, l'expert préconise de favoriser l'alternance des positions assis/debout et d'éviter le port de charges de plus de 5 kg près du corps de manière régulière, la montée et la descente d'échafaudages, la position agenouillée, le travail au-dessus de l'horizontale et la surcharge du rachis dans sa globalité (expertise F_____ p. 31). De manière convaincante, il les estime compatibles avec l'activité habituelle de bureautique à temps complet, sans perte de rendement.

Certes, le Dr B_____ fait pour sa part état, dans son rapport du 22 juillet 2020, de limitations fonctionnelles plus étendues qui s'opposeraient selon lui à toute activité, y compris la bureautique : les mouvements répétés comme la frappe informatique ou l'utilisation d'une souris pourraient favoriser la survenance de douleurs articulaires, la position assise prolongée serait délétère pour la musculature du dos et l'utilisation d'un écran sur une longue durée pourrait favoriser la sensation de brûlure oculaire et la diminution de l'acuité visuelle. Cela étant, ces limitations ne sont substantifiées par aucune pièce ou examen, pas même par les déclarations de la recourante, notamment dans le cadre de l'expertise (postérieure audit rapport et qui l'a dûment pris en compte). En outre, elles n'ont jamais été énoncées dans les rapports précédents. Or, aucun élément ne tend à démontrer une aggravation récente de l'état de santé de l'intéressée. La recourante indique elle-même que les douleurs dont elle souffre depuis une quarantaine d'année ont « toujours évolué de façon fluctuante pendant des années » (expertise F_____, p. 19). La pose du diagnostic de syndrome de Sjögren et la mise en place du traitement de Plaquenil dès 2015 (soit deux comprimés de 200 mg par jour, réduits par la suite à un seul comprimé quotidien), puis l'apprentissage de l'autohypnose auprès de la Dresse E_____ semblent même avoir permis une certaine stabilisation de la maladie et la disparition des crises aigües (cf. notamment à cet égard le rapport de la Dresse C_____ du 28 juillet 2020). L'état de santé global ne semble ainsi pas moins favorable que durant la période de 2009 à 2011, lors de laquelle l'intéressée a procédé à sa reconversion dans la bureautique et exercé l'activité de commise administrative à

75% (2011), sans faire état de difficultés quelconques en lien avec son état de santé. Son état n'apparaît pas non plus comme moins bon qu'à l'époque de l'enquête ménagère du 29 mai 2017, qui retenait notamment que la recourante était capable d'effectuer la quasi-totalité des travaux ménagers, sauf les travaux lourds. Dans ces circonstances, il y a ainsi lieu de considérer que les limitations fonctionnelles énoncées pour la première fois le 22 juillet 2020 par le médecin traitant ne sont pas établies objectivement. Il en va de même pour ce qui est de la capacité de travail décrite comme nulle dans l'activité de bureautique (ou toute autre activité d'ailleurs), tant par la Dresse C_____ que par le Dr B_____, sans explication convaincante.

11.3 C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

En l'occurrence, la recourante ne met pas de tels éléments en évidence. Elle ne soulève d'ailleurs aucun grief à l'encontre de l'expertise, alléguant uniquement qu'elle est malade depuis 2015 et que sa maladie entraîne une incapacité de travail totale depuis lors. Elle ne produit par ailleurs aucun document médical postérieur à l'expertise et qui ferait état d'une lacune quelconque de celle-ci. Quant à ses médecins traitants, si certaines de leurs appréciations divergent de celles des experts, leurs positions sont insuffisamment motivées. Elles ont en outre été prises en compte par les experts qui ont dûment expliqué pourquoi ils s'en écartaient. En conséquence, vu l'absence d'élément objectivement vérifiable suffisamment pertinent, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise F_____. Partant, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur celle-ci pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. En conséquence, le recours est rejeté.

12. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative – E 5 10.03).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La Présidente
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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