RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3441/2020 **ATAS/1103/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 novembre 2021

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÉSEREX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Pierre WAVRE	recourante

contre

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

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1967, a travaillé en dernier lieu comme gouvernante d'une personne âgée. Elle est en incapacité de travail totale depuis le 22 mai 2018. Elle a donné son congé par courrier du 28 août 2017 « pour des raisons personnelles et familiales » avec effet à fin septembre 2017.

B. **a.** L'assurée a déposé le 29 juin 2018 une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : AI).

b. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué le 13 mars 2020 par les docteurs B_____ et C_____, du SMR.

Les médecins ont retenu, à titre de diagnostic principal avec répercussions durables sur la capacité de travail, une arthrite sur possible maladie de Sjörgen, et à titre de diagnostics associés, des discopathies cervicales lombaires étagées prédominantes en C6-C7, une arthrose des articulations postérieures lombaires et une probable entorse du ligament latéral interne du genou gauche survenue le 20 février 2020 à la suite d'une chute dans les escaliers. Ils ont ajouté à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite au décours, une myasthénie légère et une anxiété généralisée modérée.

Ils ont considéré que l'assurée présentait sur le plan rhumatologique une incapacité de travail de 25% dans l'activité de gouvernante à partir du 21 mai 2018, - précisant que cette incapacité de travail serait de 100% dans une activité plus physique, par exemple celle de nettoyeuse -, et nulle dans une activité adaptée depuis le 20 février 2020. Ils ont admis que des poussées inflammatoires pourraient justifier des incapacités de travail, mais qu'elles étaient limitées dans le temps. Sur le plan psychiatrique, ils n'ont retenu aucune incapacité de travail durable au vu de l'absence de diagnostic incapacitant.

S'agissant du pronostic, les médecins ont indiqué que sur le plan rhumatologique, l'assurée avait cessé de prendre son traitement et l'avait remplacé par un régime alimentaire. Ils ont considéré que ceci ne correspondait pas au traitement reconnu pour une maladie de Sjörgen et qu'il y avait un risque de nouvelle flambée inflammatoire. Ils ont également relevé qu'étant donné qu'avec ce régime l'assurée signale une diminution des douleurs, il est vraisemblable que le tableau algique dépende plus de la fibromyalgie que de la maladie de Sjörgen.

c. Le 8 septembre 2020, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision qu'il a confirmé le 15 octobre 2020, aux termes duquel sa demande était rejetée. Il a qualifié le statut de l'assurée de mixte, considérant qu'au moment de l'atteinte à la santé, elle se consacrait à 80% à son activité professionnelle. Compte tenu d'une capacité de travail de 75% dans toute activité depuis le 21 mai 2018, la perte de gain dans la sphère professionnelle était de 5%. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité dans la sphère des travaux habituels, il a estimé qu'il n'existait pas

d'empêchement dans la sphère ménagère vu la capacité de travail de 75% et en a donc conclu qu'une enquête économique sur le ménage n'était pas opportune.

C. **a.** L'assurée a interjeté recours le 25 octobre 2020 contre la décision du 15 octobre 2020. Elle allègue que « mes séquelles sont beaucoup plus sérieuses et importantes que ce qui a été retenu par l'OAI. Le 13 mars 2020, le médecin expert de l'OAI m'a vue pendant 3 heures et a conclu que je n'ai que 5% d'incapacité. Ce médecin spécialiste a oublié que les degrés de douleurs sont variables au long de la journée pour ces maladies et l'examen clinique a été réalisé à 8h00 du matin après une nuit de repos. Ces pathologies m'empêchant d'exécuter mon travail en tant que gouvernante pour les personnes âgées même à mi-temps, car la plupart de mes actes quotidiens répétitifs me donnent des crises de douleurs et blocages des membres et même impossible à exécuter certains jours. (…) Pour toutes ces raisons, je vous demanderais une nouvelle expertise de mon état clinique qui prendra compte de mes souffrances qui n'ont pas été prises en considération par l'OAI ».

Le 16 novembre 2020, Maître Jean-Pierre WAVRE s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assurée avec élection de domicile en son étude.

b. Dans sa réponse du 23 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas.

c. Par courrier du 6 décembre 2020, la Dresse D_____ a indiqué que sa patiente souffrait de douleurs articulaires diffuses liées à ses pathologies de base, le syndrome de Sjörgen et la myasthénie, de façon permanente, alors que la décision de refus est basée sur une expertise effectuée par un médecin qui ne la connaît pas. Elle souligne que le professeur E_____, rhumatologue, a quant à lui attesté d'une capacité de travail à 50%. Elle dit ne pas comprendre dans ces conditions la décision de l'OAI.

Le 25 mars 2021, le mandataire de l'assurée a complété le recours. Il sollicite, préalablement, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique, ainsi que l'audition des Drs D_____ et E_____, et conclut, principalement, à l'annulation de la décision du 15 octobre 2020 et à l'octroi d'une rente d'invalidité.

d. Le 26 avril 2021, l'OAI a déclaré qu'il maintenait ses précédentes conclusions.

e. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. 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.

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré 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, 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 1er 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 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).

6. 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 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.

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 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

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

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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

7. a. Lorsque la personne assurée se consacre à ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison des activités qu'elle déployait avant d'être atteinte dans sa santé avec celles qu'elle est encore capable d'exercer après les efforts que l'on peut raisonnablement exiger d'elle. On présume qu'il n'y a généralement pas d'empêchement dû à l'invalidité lorsqu'elle est encore active dans le ménage et exécute, au moins partiellement, les tâches qui en découlent. Cette présomption peut être renversée s'il est établi qu'elle travaille au-delà de ce qui est raisonnablement exigible ou s'il ressort du dossier qu'elle fait exécuter par des tiers la plupart des travaux qu'elle ne peut pas effectuer.

L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Pour une nettoyeuse professionnelle, elle s'évalue donc au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les

sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI], p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1er LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et ATF 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 déjà cité et I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

b. 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).

Le degré d'invalidité de la personne assurée qui assume des tâches ménagères ne doit pas être déterminé sur une base médico-théorique, mais en tenant compte des conséquences concrètes de l'atteinte à la santé sur chacune des activités en partant d'une enquête menée sur place par une personne qualifiée (art. 69 al. 2 RAI). Celle-ci repose dans une large mesure sur le comportement et les déclarations de la personne assurée qui sont contrôlés jusqu'à un certain point grâce à l'expérience de la personne chargée de l'enquête. Son résultat aboutit à une évaluation qui doit être appréciée par l'administration, en cas de recours par le juge, à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (VALTERIO, op. cit., n. 111, p. 462).

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 à 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.

La mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est toutefois pas imposée par le droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 3c in VSI 2001 p. 155). Il n'y a pas lieu de procéder à un acte administratif qu'une appréciation anticipée des preuves désigne clairement comme inutile (arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 du 2 septembre 2010).

Il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). Toutefois, en présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

Aux termes de l'art. 27bis al. 2 et 3 RAI,

« Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants :
a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative;
b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels.
Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que:
a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps;
b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide ».

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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).

   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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

En l'espèce, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée sur la base d'un statut mixte, soit 80% en tant qu'active et 20% en tant que ménagère. L'assurée ne conteste pas avoir travaillé à temps partiel. Le nombre d'heures de travail qu'elle effectuait (152 heures par mois / 38 heures par semaine) comme gouvernante selon le certificat de travail du 28 septembre 2017 ne correspond toutefois pas à un taux d'activité de 80%, mais de 90%.

Il y a en conséquence lieu de confirmer le statut mixte, mais selon une répartition différente, soit 90% en tant qu'active et 10% en tant que ménagère.

9. a. Le SMR, constatant que l'assurée présentait une atteinte immunologique et dégénérative intriquée avec une fibromyalgie, a proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. L'OAI s'est ainsi fondé sur le rapport d'expertise des médecins du SMR du 13 mars 2020, selon lesquels l'incapacité de travail de l'assurée est de 75%, tant dans l'activité habituelle de gouvernante que dans une activité adaptée, ce depuis le 21 mai 2018, pour évaluer à 5% le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle.

L'assurée a fait quant à elle valoir qu'elle souffre de maladies invalidantes, « plus sérieuses et importantes que ce qui a été retenu par l'OAI », et se réfère aux rapports de son médecin traitant et du prof. E_____.

b. Il convient à ce stade d'examiner la valeur probante du rapport d'examen du SMR.

Il y a lieu de constater que les médecins du SMR ont procédé à un examen complet de l'assurée et se sont appuyés sur l'entier du dossier, sur des observations cliniques et sur un entretien approfondi. Ils ont en particulier tenu compte des rapports de la Dresse D_____ et du prof. E_____. Une anamnèse fouillée a été réalisée et les plaintes de l'assurée ont été prises en compte. Ils ont donné une appréciation détaillée et convaincante de l'état de santé.

L'assurée semble reprocher à l'experte de ne l'avoir vue que durant trois heures. Ce grief ne suffit toutefois pas à mettre en doute les conclusions des experts.

La durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est en effet pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur

probante d'un rapport d'expertise (arrêt du Tribunal fédéral I.719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2).

La valeur probante peut dès lors être admise.

10. La chambre de céans relève toutefois que les médecins du SMR ont évalué la capacité de travail de l'assurée à 75% dans l'activité de gouvernante, prenant en compte les polyarthralgies et la fatigue. Ils ont considéré que cette activité était adaptée aux limitations fonctionnelles présentées par l'assurée, sur le plan rhumatologique, soit le port de charges au-delà de 10 kilos, la marche au-delà d'une heure, la position debout au-delà de 20 minutes, les postures en porte-à-faux, les mouvements répétitifs ou de contre-résistance, l'activité prolongée au-dessus de l'horizontale, ainsi que les postures statiques en flexion ou l'extension de la colonne cervicale. Ils se sont fondés sur l'activité de gouvernante, telle que la leur avait décrite l'assurée, partant de l'idée qu'il s'agissait avant tout de surveiller une personne âgée.

    Or, il résulte du certificat de travail établi le 28 septembre 2017 par les filles de la personne âgée dont s'occupait l'assurée que le cahier des charges de celle-ci comprenait, outre des activités de compagnie et des promenades, l'entretien du logement, le ménage courant, l'entretien du linge, la lessive, le repassage, les courses et la préparation des repas, ainsi que l'aide à la toilette, la douche et autres soins. Ainsi, l'activité de gouvernante prise en considération par les experts ne correspond pas aux tâches qu'exécutait en réalité l'assurée. Cette constatation est d'autant plus importante que selon les experts, pour une activité plus physique, par exemple, nettoyeuse, la capacité de travail serait nulle. Il va de soi que l'activité de gouvernante est moins pénible physiquement que celle de nettoyeuse, en tant qu'elle est plus variée et comporte aussi des tâches légères. Cette activité ne saurait toutefois être qualifiée d'activité adaptée pour l'assurée, même si celle-ci n'a pas expressément donné son congé en raison de son état de santé, mais pour des raisons personnelles et familiales.

11. a. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle des médecins du SMR, il faut pour la contester faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient d'un point de vue médical d'envisager la situation selon une perspective différente ou à tout le moins la mise en œuvre d'un complément d'instruction (cf. notamment ATF 9C_618/2014 consid. 6.2.3 du 9 janvier 2015).

    b. En l'espèce, la Dresse D_____ a, dans un rapport du 6 décembre 2020, insisté sur le fait que sa patiente souffrait de douleurs articulaires diffuses liées à sa pathologie de base, le syndrome de Sjörgen et la myasthénie de façon permanente, d'une fatigue chronique et d'un état dépressif réactionnel à ses douleurs. Elle considère que la capacité de travail de l'assurée est nulle, quelle que soit l'activité

envisagée depuis le 21 mai 2018. Dans son précédent rapport du 11 juillet 2018, la Dresse D_____ attestait déjà d'une incapacité de travail de 100% depuis le 22 mai 2018, retenant à titre de diagnostics incapacitants la maladie de Sjögren et une myasthénie légère, mais précisant que la fibromyalgie n'était pas invalidante. Le 5 avril 2019, elle a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis décembre 2018 et répété que la capacité de travail était nulle dans l'activité de gouvernante depuis le 21 mai 2018, sans toutefois distinguer entre l'activité antérieure de gouvernante et une activité adaptée.

Dans son rapport du 8 août 2018, le prof. E_____ a signalé qu'il avait averti la patiente que les chances de succès pour les rentes AI étaient actuellement relativement faibles ; il conclut néanmoins à une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 60% dans une activité adaptée. Le 3 avril 2019, le prof. E_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé depuis février 2019, en raison du contexte social défavorable, de sorte que la capacité de travail est depuis nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée.

La contradiction entre la crainte exprimée qu'il y ait peu de possibilités d'obtenir une rente d'invalidité et un taux de capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, d'une part, et la prise en considération d'un contexte social défavorable qui constitue un facteur externe à l'AI, d'autre part, ne permet pas d'accorder aux conclusions du prof. E_____ une valeur probante suffisante pour mettre en doute celles des médecins du SMR, ce quand bien même les deux médecins traitants font état d'une aggravation de l'état de santé de leur patiente depuis décembre 2018 ou février 2019, qu'ils n'étayent pas.

L'avis des médecins traitants n'est ainsi pas de nature à mettre en doute les conclusions des experts. On rappellera qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 701/05 consid. 2 du 5 janvier 2003 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. Le médecin traitant ne fait que tenter de substituer sa propre évaluation à celle des experts, sans amener d'éléments objectifs permettant de faire douter des conclusions de ces derniers, dont il convient de relever qu'ils ont constaté la présence d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus analogue à celui de la fibromyalgie, tout en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail.

Il y a en conséquence lieu de retenir que la capacité de travail de l'assurée est de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit dans une activité qui n'est pas celle de gouvernante.

L'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 5% dans la sphère professionnelle. Il s'est fondé sur le fait que l'assurée était capable de travailler à 75% dans son activité habituelle, laquelle représentait, selon lui, une activité adaptée. Il résulte de ce qui précède que le calcul auquel il a procédé ne peut qu'être erroné. Il s'agit de comparer les revenus avant l'invalidité, à savoir ceux de gouvernante, avec les revenus que l'assurée réaliserait dans une activité adaptée, en tenant compte d'un éventuel taux d'abattement.

12. L'évaluation des empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement des tâches ménagères n'a fait l'objet d'aucune enquête, l'OAI considérant qu'elle n'était pas nécessaire.

    On peut en effet renoncer à la mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte lorsqu'une appréciation anticipée des preuves la désigne clairement comme inutile (arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 du septembre 2010 ; VSI 2001 p. 155 ; ATAS/963/2021 consid. 8).

    Il s'agit de déterminer si tel est le cas en l'espèce.

    Afin de satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail (par ex. en adoptant une méthode de travail adéquate, en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés, ch. 1048 et 3044 ss). Une charge de travail accrue n'est prise en considération que si la personne ne peut effectuer tous les travaux ménagers dans le cadre d'un horaire normal et qu'elle a besoin de l'aide de tiers (RCC 1984, p. 143 consid. 5). La personne doit en outre répartir son travail à bon escient en utilisant notamment l'aide des membres de sa famille. Cette aide est plus étendue que celle qu'on pourrait attendre si l'assuré n'était pas atteint dans sa santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2). Si l'assuré ne satisfait pas ou qu'en partie à l'exigence de réduire le dommage, l'évaluation des limitations peut s'en trouver impactée pour chaque activité considérée (CIIAI n° 3090).

    En l'espèce, les experts ont pris note que l'assurée effectuait toutes les tâches ménagères à la maison, mais que cela lui prenait beaucoup plus de temps en raison de la douleur et de la fatigue, de sorte qu'elle fractionnait son activité sur la journée en faisant systématiquement des pauses après 15 minutes d'activité.

    Il apparait ainsi que les difficultés auxquelles se heurte l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères sont importantes et excèdent vraisemblablement ce qui peut être exigé d'elle pour réduire le dommage. On ne saurait dans ces conditions renoncer à la mise en œuvre d'une enquête ménagère.

    Le recours est en conséquence partiellement admis, la décision du 15 octobre 2020 annulée, et la cause renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une enquête ménagère, nouveau calcul du degré d'invalidité dans le sens des considérants, et nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 15 octobre 2020.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une enquête ménagère, nouveau calcul du degré d'invalidité dans le sens des considérants, et nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de CHF 1'800.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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
Nathalie LOCHER	Doris GALEAZZI

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