

EN FAIT

1. Madame H_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), d'origine Kurde de Syrie, est née en 1958. Elle s'est mariée en 1974 avec Monsieur H_____, né en 1951 en Syrie. Le couple a eu six enfants, nés en 1975, 1977, 1979, 1981, 1984 et 1991. Les membres de la famille sont arrivés en Suisse en mai 1991 avec le statut de réfugiés politiques et ont été naturalisés suisses en 2006.
2. L'assurée n'a pas suivi de formation professionnelle certifiée et n'a jamais travaillé, ni en Syrie, ni en Suisse. Elle ne parle pas le français.
3. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 14 janvier 2008, en raison de douleurs articulaires chroniques.
4. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a réuni les rapports médicaux suivants :
 - a) L'assurée souffrait de cervico-brachialgies et de lombalgies traitées par le Dr L_____, généraliste, de 1992 à 2002 (rapport du Dr L_____ du 22 janvier 2008).
 - b) Le scanner lombaire du 13 mars 2002 montrait un canal spinal relativement étroit au niveau L5-S1, d'origine congénitale, sans argument pour une hernie et avec une arthrose de l'articulation sacro-iliaque à gauche (rapport du scanner du 13 mars 2002).
 - c) Elle présentait des douleurs récidivantes articulaires au niveau des poignets, des genoux, sans évidence de maladies inflammatoires rhumatismales et un rétrécissement L5-S1 depuis 2005-2006 et, sans incidence sur la capacité de travail, d'une gastrite chronique, d'un status post bronchite asthmatique et d'un status post hystérectomie (rapport de la Dresse M_____ du 28 janvier 2008).
 - d) Elle avait été traitée par la Dresse N_____, spécialiste en rhumatologie, de juin 2003 à mars 2008 en raison de polyarthralgies d'origine indéterminée (polyarthrite rhumatoïde probable) existant depuis 2001. Après la naissance de son quatrième enfant, les douleurs avaient débuté au niveau du poignet gauche, puis du poignet droit, puis au niveau des genoux et des cervicales. Des infiltrations aux poignets avaient amélioré la symptomatologie en 2003 et en 2004. En 2007, suite à la réapparition des douleurs, un bilan biologique n'avait pas montré de syndrome inflammatoire et les infiltrations avaient amélioré la symptomatologie. Les douleurs avaient persisté et, en 2008, il n'y avait pas de synovite évidente à l'examen clinique, ni syndrome inflammatoire mais, cette fois-là, le facteur rhumatoïde était positif à 38, avec des anti-ccp négatifs. Les épisodes de polyarthralgies répondaient très bien aux infiltrations de stéroïdes de sorte que le diagnostic était celui d'une polyarthrite rhumatoïde. Il était en l'état difficile de se prononcer sur sa capacité de travail. Toutefois, hormis les douleurs, avec un éventuel traitement de fond efficace, l'assurée devrait pouvoir

effectuer à long terme une activité légère (rapport de la Dresse N_____ du 28 mars 2008).

5. Sur cette base, le SMR a estimé que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail.
6. Par décision du 14 juillet 2008, l'OAI a refusé à l'assurée toutes prestations.
7. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 16 janvier 2012. Elle indiquait avoir toujours été femme au foyer et souffrir de douleurs diffuses. Elle était séparée de son époux depuis novembre 2011.
8. L'OAI a réuni les rapports médicaux suivants :
 - a) L'assurée, suivie par la Dresse O_____ depuis décembre 2011, était atteinte de polyarthralgies et d'un état dépressif depuis des années. Elle souffrait de douleurs articulaires et musculaires migrantes, de fatigabilité, d'asthénie, d'une mobilité limitée, de paresthésies et de raideurs matinales, qui la limitaient dans ses activités de la vie quotidienne (rapport de la Dresse O_____, spécialiste en médecine interne, du 29 février 2012). L'état était resté stationnaire, avec un pronostic réservé, sans changement dans les diagnostics, avec une incapacité de travail à 100% depuis décembre 2011 dans toute activité, les concordances entre les plaintes et l'examen physique étant difficiles à établir dans ce genre de pathologie (rapport de la Dresse O_____ du 3 décembre 2012).
 - b) Elle avait consulté à une reprise une rhumatologue, le 10 janvier 2012, pour des cervicarthroses et un syndrome douloureux chronique probable. Elle présentait des douleurs polyarticulaires musculaires depuis 10 ans, en aggravation, de la fatigue et de la fatigabilité. De nombreux points de fibromyalgies étaient positifs. Il n'y avait ni syndrome lombo-vertébral, ni cervical, ni synovite. Le pronostic étant réservé, la patiente ne sachant ni lire, ni écrire et ne parlant pas français (rapport du Dr P_____, rhumatologue, du 2 avril 2012).
9. Il ressort d'un formulaire de l'Hospice général concernant la demande de prestations d'invalidité que l'assurée est suivie par l'Hospice général depuis le 1^{er} février 2012, qu'elle n'a suivi aucune formation et a toujours été femme au foyer.
10. Par communication du 7 juin 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible actuellement.
11. Selon l'avis médical du SMR du 6 avril 2013, il convenait dans un premier temps de déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée et de préciser le caractère invalidant dans la pathologie puis, au terme de l'expertise qui devait être ordonnée, si un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou un trouble apparenté était confirmé, auquel cas il faudrait alors mettre sur pied une expertise psychiatrique.
12. L'OAI a confié l'expertise à la Dresse Q_____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et rééducation. Selon son rapport du 16 août 2013, l'assurée

ne présentait aucun diagnostic rhumatologique avec répercussion sur la capacité de travail et, sans répercussion sur cette capacité, des troubles douloureux chroniques, diffus et sans substrat clinique, de troubles dégénératifs modérés discrets du rachis dorsolombaire, d'une discrète gonarthrose gauche, d'un status post-fracture du deuxième métatarsien du pied gauche, de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis dorsolombaire, d'une cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 avec arthrose postérieure et d'une hernie hiatale ainsi que d'hypercholestérolémie traitée. Elle ne présentait pas de limitations dans les tâches ménagères, ni du point de vue physique, ni a priori, du point de vue psychique. L'activité de femme au foyer restait exigible et l'assurée n'était pas limitée dans l'exercice de ses activités ménagères, avec toutefois une diminution de rendement de 20%. Du point de vue professionnel, toute activité était possible avec une alternance des positions assise/debout, sans mouvement répétitif du rachis ou port de charges de plus de 5 kg, à 100%, sans limitation de rendement. L'assurée présentait des douleurs articulaires diffuses présentes depuis de nombreuses années, qui avaient connu une recrudescence depuis 2011, lorsqu'elle avait appris que son époux s'était marié religieusement avec une femme turque, avec laquelle il avait décidé de vivre depuis lors. L'assurée refusait le divorce, car cela permettrait à son époux de ramener sa deuxième épouse en Suisse. Elle vivait désormais avec sa dernière fille, née en 1991, qui était en apprentissage. Depuis la dégradation conjugale, son moral était atteint et les douleurs corporelles s'étaient amplifiées.

13. Par projet du 30 août 2013, confirmé par décision du 7 octobre 2013, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail et qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles à retenir dans son activité de ménage.
14. Par acte du 6 novembre 2013, complété le 21 janvier 2014, l'assurée a formé recours contre la décision. Elle a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi de prestations dès le 1^{er} février 2012, avec suite de dépens et, subsidiairement, à ce qu'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique soit ordonnée. Dans la mesure où l'expertise retenait un trouble douloureux somatoforme, il convenait d'ordonner une expertise psychiatrique et l'OAI ne pouvait pas, sans autre, retenir une pleine capacité de travail, dès lors que l'expert avait reconnu une diminution de rendement de 20%.
15. Par pli du 23 janvier 2014, l'OAI a reconnu que, sur la base de l'avis du SMR, il convenait de procéder à une expertise psychiatrique, compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire.
16. Par pli du 17 février 2014, l'assurée s'en est rapporté à justice sur le renvoi du dossier pour instruction complémentaire ou la mise sur pied d'une expertise judiciaire. Elle a précisé qu'elle persistait à l'octroi de dépens, compte tenu du fait que cette expertise psychiatrique aurait dû être ordonnée dès le départ et qu'elle avait dû solliciter à de réitérées reprises son dossier.

17. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1^{er} janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. 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.

-
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée a des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur sa capacité de travail et ménagère.
 6. 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 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; 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).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou

leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1).

A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que 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 étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). 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 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

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. 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. 27bis

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).

9. 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.

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi 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; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

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).

- b) Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus

exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF non publié 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2).

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). 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, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise de la Dresse Q_____, rhumatologue, pour refuser toute prestation à l'assurée, au motif qu'elle ne présente aucune pathologie invalidante du point de vue rhumatologique. L'assurée, pour sa part, ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise de la Dresse Q_____, sur le plan rhumatologique, mais fait valoir que, dans la mesure où un trouble somatoforme a été retenu, il convenait de procéder à une expertise psychiatrique, dès lors que le médecin-traitant retenait un état dépressif. L'OAI admet que c'est par erreur qu'il a omis de procéder à une expertise psychiatrique, après avoir reçu les conclusions de la Dresse Q_____, dès lors que le SMR suggérait une telle expertise, si un trouble somatoforme était confirmé. Il est en effet nécessaire de procéder à un examen de l'état psychique de l'assurée, afin de déterminer si, conformément aux critères de la jurisprudence, elle est atteinte d'une affection invalidante.

Il se justifie à cet égard de renvoyer la cause à l'OAI pour procéder à ce complément d'instruction médicale, compte tenu du fait que, par la même occasion, l'OAI devra éclaircir deux points. D'une part, la Dresse Q_____ retient une

diminution de rendement de 20% dans l'activité ménagère (question 2.4), mais aucune diminution de rendement dans une activité lucrative (question 3.4), ce qui est paradoxal, l'activité ménagère pouvant par définition être exercée à un rythme ralenti, en répartissant les activités au gré de l'état de fatigue et des douleurs, ce qui n'est pas le cas d'une activité lucrative. D'autre part, bien que l'assurée ait toujours, par choix, été femme au foyer, tant dans son pays d'origine qu'en Suisse, l'OAI doit éclaircir son statut, suite à la séparation d'avec son époux. En effet, la question de son activité sans atteinte à la santé ne lui a pas été posée et le dossier ne contient pas d'indication quant à ses moyens d'existence (contribution à son entretien de l'ex-mari, assistance de l'Hospice général), de sorte que l'on ne sait pas si elle aurait été contrainte d'exercer une activité suite à cette séparation, sans atteinte à la santé. Finalement, et si le complément d'instruction médicale parvenait à la conclusion d'un trouble somatoforme invalidant, en raison d'une comorbidité psychiatrique ou de la présence d'autres critères, voire à un trouble rhumatologique objectivé, l'OAI devra alors examiner les limitations de l'assurée dans son activité ménagère, le cas échéant dans une activité lucrative.

Au demeurant, l'assurée ne s'oppose pas à juste titre au renvoi de la cause pour instruction complémentaire.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 7 octobre 2013 sera annulée, la cause étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). 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 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision du 7 octobre 2013 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
3. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de CHF 1'500.- en faveur de la recourante.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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