RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3654/2020 **ATAS/153/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 février 2022

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER	recourante

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1964, de nationalité érythréenne, s'est installée en Suisse en 1985. En 1992, elle a épousé à Genève un compatriote. Le couple a eu deux enfants en 1991 et 1993 et s'est séparé une première fois en 1997, puis en 2011, avant de divorcer en 2016. Dès 2013, l'assurée a été aidée financièrement par l'Hospice général.

b. L'intéressée a été engagée par l'entreprise B_____SA (ci-après : l'employeur) le 26 août 2014, pour effectuer un remplacement unique de nettoyage durant 2 heures.

c. Durant cet emploi, elle a chuté dans les escaliers et subi une fracture non déplacée de la métaphyse proximale du troisième métatarse droit. L'évolution a été marquée par la persistance de douleurs mécaniques de la jambe et du pied droits, avec des paresthésies et des hypoesthésies au niveau du territoire du nerf péronier superficiel droit.

d. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), assureur-accident de l'employeur, a pris en charge les suites du sinistre, notamment le versement d'indemnités journalières jusqu'au 30 mai 2015. Par décision du 14 juillet 2016, elle a nié le droit de l'intéressée à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, motif pris qu'elle était apte à exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie lui permettant de percevoir un revenu supérieur à celui précédemment réalisé.

B. **a.** Le 16 mars 2016, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

b. Par décision du 26 septembre 2016 entrée en force, l'OAI a refusé l'octroi de toute prestation à l'intéressée. Il a retenu que cette dernière exerçait une activité lucrative à 23% et que les 77% restant devaient être considérés comme une activité dans la sphère ménagère. Selon le dossier médical, elle était apte à travailler à son taux habituel dans toute activité et ne devrait rencontrer aucun empêchement notable dans ses travaux ménagers.

c. Le 8 mai 2017, l'OAI a enregistré une deuxième demande, dans laquelle l'assurée a noté être en totale incapacité de travail depuis le 26 août 2014.

d. Par décision du 5 septembre 2017 entrée en force, l'OAI a conclu que l'aggravation de l'état de santé n'était pas plausible, de sorte qu'il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

C. **a.** Le 23 mars 2018, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, mentionnant avoir été aide-ménagère à 50% en 2014 et être atteinte dans sa santé depuis 2016.

b. Dans un rapport reçu le 30 avril 2018, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode actuel moyen (F33.11) ayant nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur dont l'efficacité était par moment insuffisante.

c. En date du 20 novembre 2018, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a considéré que sa précédente appréciation demeurait inchangée concernant l'atteinte orthopédique, mais qu'il convenait d'entrer en matière sur la nouvelle demande s'agissant de l'atteinte psychique.

d. Par rapport du 16 mars 2019, la Dresse C_____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2). Le traitement comprenait la prise d'antidépresseurs, une psychothérapie de groupe et des séances individuelles. La capacité de travail était nulle et l'intéressée n'avait que très difficilement à s'occuper de son intérieur.

e. Selon une note interne du 4 juillet 2019, l'OAI a retenu que l'assurée avait travaillé une seule journée en 2014 à 23%, de sorte qu'il a confirmé le statut fixé en 2016, soit 23% pour la sphère professionnelle et 77% pour la sphère ménagère.

f. L'OAI a confié une expertise psychiatrique au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève, réalisée par la doctoresse D_____ et le docteur E_____. Dans leur rapport du 6 janvier 2020, ces médecins ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) débuté durant l'été 2017, avec une rémission partielle et une évolution positive permettant de retenir une intensité dépressive moyenne (F32.1) depuis juillet 2019 avec la persistance de symptômes de type insomnie d'endormissement, thymie triste, anxiété et diminution de l'appétit. Ce trouble avait entraîné une totale incapacité de travail dès le mois de mars 2018, suivie d'une amélioration en juillet 2019 ayant permis une capacité de travail de 50% avec un rendement initial de 50% qui pourrait aller en s'améliorant en fonction de l'évolution et de la réponse clinique aux différentes propositions thérapeutiques. Concernant les travaux habituels, l'intéressée décrivait une capacité globalement préservée dans les tâches ménagères quotidiennes, hormis certains jours où il lui était trop difficile de se mobiliser.

g. Sur demande de l'OAI, les experts ont précisé le 26 février 2020 que le traitement recommandé pour améliorer la capacité de travail était exigible et qu'une fois instauré, ses effets sur la symptomatologie dépressive et les douleurs chroniques pourraient se déployer dans les 3 à 6 mois, de telle sorte que l'on pourrait observer dans un premier temps une amélioration du rendement de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, actuellement estimée à 50%.

h. Dans une appréciation du 17 mars 2020, le SMR a conclu que l'assurée présentait une atteinte à la cheville et un épisode dépressif moyen, troubles ayant entraîné une incapacité de travail à 100% depuis mars 2018. La capacité de travail

exigible était de 0% dans l'activité habituelle de nettoyeuse, et de 50% dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2019. Les limitations fonctionnelles comprenaient le port de charges lourdes ou de façon répétée, la nécessité de pouvoir changer de position et d'éviter la position accroupie, à genoux et la marche en terrain irrégulier. La persistance des symptômes de type insomnie, endormissement, thymie triste et anxiété constituaient également des restrictions.

i. Le 21 juillet 2020, une infirmière évaluatrice de l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur le ménage suite à une visite au domicile de l'assurée. Compte tenu de l'exigibilité totale retenue (14.2%), elle a conclu à un empêchement pondéré de 0%.

D. **a.** En date du 5 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande.

b. Le 28 septembre 2020, l'assurée s'est opposée, contestant être apte à travailler à 50% et relevant que sa psychiatre considérait que son état était tout au plus stationnaire, sans amélioration permettant une reprise du travail.

c. Par décision du 16 octobre 2020, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'intéressée se consacrait à 23% à une activité professionnelle et à 77% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Selon l'instruction médicale, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle dès le mois de mars 2018, mais de 50% dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2019. À l'échéance du délai d'attente d'un an, soit en mars 2019, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était de 23% (23% x 100%) et il n'y avait aucun empêchement dans la sphère ménagère compte tenu de l'évolution médicale et de l'exigibilité des membres de la famille (77% x 0%). Dès le mois de juillet 2019, l'état de santé s'était amélioré et permettait une reprise d'activité adaptée à 50%. Le revenu sans invalidité était fixé à CHF 32'235.- et le revenu avec invalidité à CHF 11'431.-, de sorte que la perte de gain était de CHF 20'804.-, correspondant à un taux de 64.54%. Compte tenu de la pondération, le degré d'invalidité était fixé à 14.84% (23% x 64.54) pour la part professionnelle et à 0% pour la part ménagère (77% x 0%), soit un degré total arrondi à 15%.

E. **a.** Par acte du 12 novembre 2020, complété le 16 décembre 2020, l'assurée, représentée par un avocat, a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er mars 2018 et à la mise en œuvre d'une mesure de reclassement professionnel « conformément aux recommandations médicales (HUG) ». En substance, elle a contesté le statut mixte retenu par l'intimé et considéré que ce dernier devait, avant de pouvoir se déterminer sur son degré d'invalidité, lui octroyer les mesures de réadaptation prévues dans l'expertise.

b. En date du 22 décembre 2020, la recourante a souligné qu'elle était en recherche d'emploi à 100% et enregistrée comme telle auprès de l'office cantonal

de l'emploi (ci-après : l'OCE) en 2013 et 2014. Elle a produit un extrait de son dossier de l'assurance-chômage.

c. Dans sa réponse du 18 janvier 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé qu'aucun élément médical ne pouvait expliquer l'absence de recherche d'activité professionnelle entre les mois de juin 2016 et mars 2018 et qu'il apparaissait que la recourante n'avait pas entrepris d'activité lucrative pour des raisons étrangères à l'assurance-invalidité.

d. Par écriture du 2 février 2021, la recourante a soutenu qu'elle aurait travaillé à 100% dans son activité habituelle si cela avait été possible. Or, elle n'était pas, en été 2017, apte à exercer son activité habituelle et l'intimé ne lui avait proposé aucune possibilité de réadaptation ou de réinsertion professionnelle, alors qu'une reconversion était nécessaire afin de pouvoir espérer récupérer une certaine capacité de gain. De plus, elle ne pouvait plus s'inscrire auprès de l'OCE. Elle s'est référée aux rapports rendus par sa médecin traitante durant cette période.

e. En date du 24 mars 2021, l'intimé a contesté que la médecin traitante ait considéré que la capacité de travail résiduelle ne pouvait être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation.

f. Le 14 avril 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions. Le fait qu'elle n'ait pas recouru contre la première décision de l'intimé n'emportait pas la validation de tous les éléments qui y figuraient, notamment concernant le statut retenu. L'intimé avait admis qu'elle présentait, au moment du dépôt de sa demande de mars 2018, une incapacité de travail complète dans toute activité, comme retenu par le SMR. Il n'y avait donc aucune raison de ne pas lui accorder une rente pour la période du 23 mars 2018 au 31 octobre 2019. L'expertise avait établi la nécessité d'une mesure de réadaptation professionnelle. Elle avait donc droit à une rente dès le 1er mars 2018 pour une durée indéterminée, respectivement jusqu'à la mise en œuvre des mesures de réadaptation commandées par les circonstances et nécessaires selon l'expertise.

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

3. 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.

4. 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.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé.

6. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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 (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).

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).

6.1 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

6.2 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 convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues, soit la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI - RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), ou la méthode mixte (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) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2).

On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante

(ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

6.2.1 Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, 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 LAI, 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 (al. 2). 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 (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

6.2.2 Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

6.3 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

6.3.1 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

6.3.2 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS

(ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles au titre d'un abattement supplémentaire lorsqu'elles ont déjà conduit un médecin à réduire la capacité de travail d'un assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels

pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

6.3.3 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 à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les

résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014).

7. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

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). 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).

9. En présence de déclarations contradictoires, selon la jurisprudence, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; ATF 115 V 143 consid. 8c).

10. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 16 octobre 2020, l'intimé a retenu un statut mixte, comprenant une part de 23% dans la sphère professionnelle et une part de 77% dans la sphère ménagère. Il a ainsi repris les proportions retenues dans sa première décision du 26 septembre 2016, lesquelles étaient basées sur le questionnaire pour l'employeur du 12 avril 2016. Ce document mentionne en effet que l'horaire normal dans l'entreprise était de 43 heures par semaine et que la recourante avait travaillé durant 2 heures le 26 août 2014. Compte tenu de l'horaire quotidien dans l'entreprise (8.6 heures au vu des 43 heures par semaine

[et non pas 8 comme erronément indiqué dans ledit document]), il en découle un taux d'activité de 23.26%.

10.1 La recourante a contesté ce statut, soutenant que son mari et elle avaient adopté une répartition des tâches traditionnelles durant le mariage et qu'elle s'était occupée du ménage et de la famille, alors que son époux pourvoyait à leurs besoins financiers. Suite à leur séparation, elle avait commencé une activité professionnelle en janvier 2013 avant d'être congédiée et de s'inscrire au chômage. Compte tenu de l'évolution de sa situation familiale, elle avait recherché un emploi à temps plein au moment de l'accident ayant entraîné une incapacité de travail durable, et avait été enregistrée comme telle auprès de l'OCE en 2013 et 2014.

10.2 Ces allégations sont manifestement inexactes. Il ressort en effet de l'extrait du compte individuel de la recourante que cette dernière a travaillé dès sa venue en Suisse auprès de différents employeurs, cumulant plusieurs activités à temps partiel pour des revenus variables, souvent complétés par le versement d'indemnités de chômage. Ainsi, en 1986, elle a travaillé pour trois entreprises entre juillet et décembre, pour un gain total de CHF 8'273.-. En 1987, 1988 et 1989, elle a réalisé des gains annuels de CHF 23'765.-, respectivement CHF 21'397.- et CHF 28'268.-, indemnités de chômage inclues. En 1990, elle a travaillé pour un seul employeur et gagné CHF 26'587.-. Suite à la naissance de ses enfants en 1991 et 1993, elle n'a pas complètement renoncé à l'exercice d'une activité lucrative, mais ses gains ont diminué jusqu'en 1998. Entre 1999 et 2006, ses revenus ont souvent été complétés par des prestations de l'assurance-chômage ou des prestations cantonales. Depuis 2009, la recourante a perçu des montants annuels inférieurs à CHF 12'000.-, indemnités de chômage comprises (CHF 9'413.- en 2009, CHF 10'988.- en 2010, CHF 11'706.- en 2011, CHF 10'972.- en 2012, CHF 9'103.- en 2013, CHF 7'183.- en 2014, CHF 905.- en 2015, CHF 326.- en 2016 et CHF 1'999.- en 2017). On ne saurait donc suivre son argumentation lorsqu'elle soutient qu'elle aurait, sans atteinte à la santé, augmenté son taux d'activité et travaillé à 100% en raison de sa séparation, puisque cette dernière est survenue en janvier 2011 et que la recourante n'a pas travaillé davantage alors qu'elle ne connaissait encore aucun problème de santé et que ses enfants étaient déjà majeurs.

Le fait que l'intéressée se soit inscrite auprès de l'OCE comme demandeuse d'emploi à 100% et qu'elle ait effectué des recherches à un tel taux ne saurait suffire à lui reconnaître un statut d'active à temps complet.

Lors de l'enquête ménagère du 20 juillet 2020, l'intéressée a déclaré qu'elle travaillerait « au moins 2 heures par jour ou à mi-temps » si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Aucun élément ne justifie de retenir le taux de 50% plutôt que celui qui correspond par ailleurs à la détermination de l'intimé, étant rappelé que les gains annuels les plus élevés de la recourante au cours des neuf années précédant sa dernière demande de prestations s'élevaient à CHF 11'706.- (2011).

Si l'intéressée avait eu l'intention d'augmenter ses revenus au vu de sa situation financière précaire, elle aurait eu l'occasion de le faire entre 2011 et 2014. Qui plus est, la recourante n'a exercé aucune activité professionnelle suite au prononcé de la décision du 26 septembre 2016 entrée en force, par laquelle l'intimé lui a nié le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'elle disposait d'une capacité de travail entière.

La chambre de céans relèvera encore que les salaires reçus par la recourante depuis 2009 s'apparentent à une activité exercée à un taux inférieur à 25%. Par exemple, en 2012, année durant laquelle elle a travaillé durant les 12 mois pour seulement deux employeurs, sans percevoir d'autres indemnités, alors qu'elle était déjà séparée et en bonne santé habituelle, ses gains se sont élevés à CHF 10'972.-, soit CHF 914.35 par mois. Selon les données statistiques, le salaire mensuel d'une femme, aide de ménage, entre 30 et 49 ans (T17, ligne 91) se montait en 2012 à CHF 4'012.-, dont le 23% (CHF 922.75) ne diffère que très peu du salaire effectivement perçu par recourante.

10.3 Eu égard à tout ce qui précède, il convient de confirmer le statut mixte retenu par l'intimé, avec une part professionnelle de 23% et une part ménagère de 77%.

11. L'intimé a considéré, dans la décision litigieuse, qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au mois de mars 2019, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était de 23% (23% x 100%) et qu'il n'y avait aucun empêchement dans la sphère ménagère compte tenu de l'évolution médicale et de l'exigibilité des membres de la famille (77% x 0%). Dès le mois de juillet 2019, l'état de santé s'était amélioré et permettait une reprise d'activité adaptée à 50%. Le revenu sans invalidité était fixé à CHF 32'235.- et le revenu avec invalidité à CHF 11'431.-, de sorte que la perte de gain était de CHF 20'804.-, correspondant à un taux de 64.54%. Compte tenu de la pondération, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était fixé à 14.84% (23% x 64.54%), arrondi à 15%.

L'évaluation de la capacité de travail repose sur l'avis du SMR du 17 mars 2020, aux termes duquel l'atteinte somatique et l'épisode dépressif moyen avaient entraîné une incapacité de travail de 100% depuis mars 2018 et de 50% dès juillet 2019 dans une activité adaptée permettant de changer de position, sans port de charges lourdes ou de façon répétée, sans travail accroupi ou à genoux, et sans marche en terrain irrégulier.

11.1 La recourante soutient qu'elle a subi une incapacité de gain totale de mars 2018 à juin 2019 et partielle à 25%, au vu de la capacité de travail de 50% avec un rendement de 50%, dès le mois de juillet 2019, moyennant la mise en place d'une réadaptation professionnelle. Elle n'était plus apte à exercer son activité habituelle et une reconversion était nécessaire afin de pouvoir espérer récupérer une certaine capacité de gain, comme attesté par sa médecin traitante et le rapport d'expertise. Il incombait donc à l'intimé de mettre en œuvre une telle mesure avant de pouvoir procéder à l'évaluation de son taux d'invalidité puisque la valorisation

économique de sa capacité fonctionnelle de travail présupposait l'exécution de telles mesures.

11.2 La chambre de céans observe tout d'abord que le rapport d'expertise du 6 janvier 2020 remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce qui n'est au demeurant pas contesté par les parties. Ce document a en effet été rendu en pleine connaissance de cause par des spécialistes, après une étude approfondie du dossier, plusieurs entretiens avec l'expertisée et un entretien avec la psychiatre traitante. Les plaintes de l'intéressée ont été prises en considération et les experts ont livré des conclusions motivées et convaincantes.

11.3 S'agissant des mesures de réadaptation, les experts ont indiqué que, de par son niveau socio-économique, l'expertisée était limitée dans sa connaissance et compréhension des aides et ressources à disposition. Elle nécessitait une réorientation professionnelle et d'être accompagnée et guidée dans ses démarches. Elle avait besoin d'une mesure de réinsertion/réadaptation du fait d'un changement d'orientation. Elle ne travaillait plus depuis des années et était en ce sens déconditionnée. La capacité de travail était de 50% et pouvait être améliorée par la poursuite du suivi psychothérapique et par la mise en place d'un traitement pharmacologique adapté, combiné à des approches de type thérapie groupale ou psychocorporelle. Une activité initiale de type réinsertion serait à privilégier en tenant compte des limitations. Les experts n'ont pas indiqué que la capacité de travail résiduelle retenue ne pourrait être atteinte qu'après l'exécution de mesures de réadaptation. Ces dernières ont avant tout été préconisées en raison du niveau socio-économique de la recourante, afin de l'aider dans sa réorientation.

En ce qui concerne la médecin traitante, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne, elle a indiqué, dans son rapport du 21 juin 2017, que la capacité de travail de sa patiente était de 50% et qu'on pouvait « se poser la question » d'une reconversion professionnelle pour le 50% restant. Par la suite, elle a mentionné, dans un rapport du 17 août 2017, que la capacité de travail n'excédait pas 50% et qu'une reconversion professionnelle pourrait être « envisageable » dans une profession assise. Elle n'a donc pas subordonné la capacité de travail résiduelle à la mise en œuvre de mesures préalables.

Quant à la Dresse C_____, psychiatre traitante, ses rapports d'avril 2018 et de mars 2019 ne font pas non plus état de la nécessité d'accorder des mesures d'ordre professionnel à la recourante.

11.4 En ce qui concerne la capacité de travail, les experts ont expliqué, dans leur rapport du 6 janvier 2020, que la recourante avait présenté une dépression sévère sans symptôme psychotique dès l'été 2017, avec une évolution positive et une rémission partielle, permettant de retenir une intensité dépressive moyenne depuis juillet 2019, avec la persistance de symptômes de type insomnie

d'endormissement, thymie triste, anxiété et diminution de l'appétit. Ce trouble psychique avait entraîné une incapacité de travail de 100% dès le mois de mars 2018 et de 50% dès le mois de juillet 2019, avec un rendement initial de 50% qui pourrait aller en s'améliorant en fonction de l'évolution et de la réponse clinique aux différentes propositions thérapeutiques. La capacité de travail pouvait être améliorée par la poursuite du suivi psychothérapique et par la mise en place d'un traitement pharmacologique adapté, combiné à des approches de type thérapie groupale ou psychocorporelle. Sur demande de l'intimé, les experts ont précisé le 26 février 2020 que le traitement recommandé pour améliorer la capacité de travail était exigible et qu'une fois instauré, ses effets sur la symptomatologie dépressive et les douleurs chroniques pourraient se déployer dans les 3 à 6 mois, de telle sorte que l'on pourrait observer dans une premier temps une amélioration du rendement de la capacité résiduelle de travail de la recourante, actuellement estimée à 50%.

Par avis du 17 mars 2020, le SMR a conclu que la recourante présentait une atteinte à la cheville et un épisode dépressif moyen, troubles ayant entraîné une incapacité de travail à 100% depuis mars 2018. La capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle de nettoyeuse, et de 50% dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2019. Les limitations fonctionnelles comprenaient le port de charges lourdes ou de façon répétée, la nécessité de changer de position et d'éviter la position accroupie ou à genoux, de marcher en terrain irrégulier. La persistance des symptômes de type insomnie d'endormissement, thymie triste et anxiété constituaient également des restrictions.

Force est donc de constater que le SMR n'a pas pris en considération la diminution de rendement de 50% retenue par les experts, sans motivation aucune, de sorte qu'on ignore s'il s'agit d'une appréciation divergente ou d'une omission. La chambre de céans rappellera que les psychiatres ont estimé que le rendement « pourrait » être amélioré, ce qui relève donc d'une simple supposition. De plus, cette potentielle amélioration nécessitait une approche pharmacologique, car la recourante avait décrit une prise médicamenteuse ne permettant pas d'obtenir l'efficacité attendue pour un tel traitement, étant précisé qu'elle souffrait d'effets secondaires indésirables qui impactaient son adhérence au traitement et qu'elle n'avait pas compris correctement les raisons et bénéfices de l'instauration du traitement. Ces explications sont corroborées par le rapport de la Dresse C_____ rendu en avril 2018, dans lequel la psychiatre traitante a notamment mentionné que le traitement antidépresseur manquait par moment d'efficacité.

Dans ces conditions, faute d'avoir sollicité une nouvelle évaluation de la capacité de travail de la recourante avant de statuer sur sa demande, l'intimé aurait dû prendre en considération la diminution de rendement retenue par les experts, dont le rapport remplit toutes les exigences pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

La chambre de céans retiendra donc, conformément à l'appréciation des experts, que la recourante présentait une capacité de travail de 0% dès le mois de mars 2018 et de 50% dès le mois de juillet 2019 dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 50%.

La question de savoir si et quand la recourante a présenté une capacité de travail de 50% avec un rendement normal peut rester ouverte, dès lors qu'elle n'a aucune incidence sur l'issue du litige.

11.5 La recourante ne remet pas en cause les conclusions du rapport d'enquête ménagère, laquelle a été réalisée par une infirmière qualifiée au domicile de l'intéressée, en pleine connaissance de cause. Aucun élément ne justifie de s'écarter des conclusions de ce document, aux termes duquel la recourante ne présente aucun empêchement pondéré compte tenu de l'exigibilité totale retenue.

À cet égard, il sera notamment rappelé que les experts psychiatres ont relevé que l'intéressée décrivait une capacité globalement préservée dans les tâches ménagères quotidiennes, hormis certains jours où il lui était trop difficile de se mobiliser.

11.6 En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, il doit donc être corrigé en tenant compte, pour la part professionnelle de 23%, d'une capacité de travail résiduelle de 50% accompagnée d'une diminution de rendement de 50%, dès le mois de juillet 2019.

Le calcul de l'intimé peut donc être confirmé pour la période courant dès le 1er mars 2019, soit un degré d'invalidité totale de 23% (23% x 100% pour la part professionnelle et 77% x 0% pour la part ménagère) n'ouvrant pas le droit à une rente.

Dès le mois de juillet 2019, l'état de santé de l'intéressée s'est amélioré et elle a recouvré une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il ressort d'une note interne du 4 septembre 2020 que l'intimé a déterminé le revenu avec invalidité en se basant sur les ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, total, femme, niveau 1 (CHF 4'371.-, annualisé, adapté à la durée hebdomadaire de travail et indexé à 2019, soit un montant de CHF 55'222.-). Compte tenu du taux d'activité de 23% et d'un abattement de 10%, le revenu déterminant s'élevait à CHF 11'431.-. Concernant le revenu sans invalidité, il l'a fixé à CHF 32'234.78 pour un 100%. Selon la nouvelle méthode de calcul, la différence entre les revenus avec et sans invalidité révélait une perte de gain de 64.54%. Compte tenu du taux de l'activité professionnelle (23%), l'invalidité s'élevait à 14.84% (23% x 64.54%) pour la sphère professionnelle et 0% pour la sphère ménagère.

Bien que la recourante ne fasse valoir aucun grief à l'encontre de ce calcul, la chambre de céans considère que celui-ci paraît d'emblée critiquable. L'intimé s'est en effet basé sur l'extrait de compte individuel pour établir le revenu sans invalidité à CHF 7'414.- (revenus de CHF 7'183.- en 2014 indexés à 2019), qu'il a ensuite converti en salaire à temps complet (CHF 32'234.78). Or, ce résultat est

sensiblement inférieur à celui qui ressort des données statistiques. Selon les ESS 2018 (T17, ligne 91, aides de ménage), le revenu mensuel s'élevait à CHF 4'419.- pour une femme de plus de 50 ans. Annualisé, adapté à la durée hebdomadaire de travail et indexé à 2019, il en résulte un montant de CHF 55'828.-, que la chambre de céans retiendra à titre de revenu de valide.

S'agissant du revenu avec invalidité, le montant de CHF 55'222.- fondé sur les ESS 2018 (TA1_tirage_skill_level) peut être confirmé. Toutefois, compte tenu de la capacité de travail résiduelle de 25%, c'est ce dernier taux qui doit être appliqué et non pas les 23% retenus par l'intimé. Il en découle donc un montant de CHF 13'805.50. Selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles au titre d'un abattement supplémentaire lorsqu'elles ont déjà conduit un médecin à réduire la capacité de travail d'un assuré, ce qui est le cas en l'occurrence. La chambre de céans considère, au vu de la capacité de travail de 50% et de la diminution de rendement également de 50%, qu'un abattement supplémentaire au revenu avec invalidité est discutable, les autres critères n'étant pas réalisés. Cela étant, cette question n'a toutefois pas de répercussion sur les droits de la recourante.

Ainsi, en tenant compte d'un revenu avec invalidité de CHF 12'424.95 (CHF 13'805.50 – 10%), la perte de gain se monte à CHF 43'403.05, ce qui représente un degré d'invalidité de 78%, pondéré à 18% compte tenu de la part professionnelle de 23%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Le taux de 18% est également insuffisant pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement, étant précisé que la recourante n'a pas démontré qu'elle en remplissait les autres conditions et que cela ne résulte pas du dossier.

12. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - 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
Sylvie CARDINAUX ALY	Eleanor McGREGOR

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