RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3881/2019 **ATAS/564/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 juin 2021

10ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à LE GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN	recourante

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1964, mariée, mère de deux filles nées respectivement les _____ 2009 et _____ 2013, est entrée en Suisse le 1er novembre 2002; ressortissante italienne, elle est titulaire d'un permis C-CE. Le 20 mars 2017, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). L'atteinte à la santé était une scoliose sévère depuis 2010 et la maladie de Parkinson depuis 2014. Elle avait travaillé en tant que nettoyeuse au taux de 10 % du 1er septembre 2003 au 1er avril 2012, puis à 40 % du 1er septembre 2003 au 1er avril 2014. Ses médecins traitants étaient la doctoresse B_____, spécialiste en médecine interne générale, et le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, électro-neuromyographie.

2. En date du 20 septembre 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a examiné le dossier médical réuni par l'OAI. Il en ressortait en substance que l'assurée était en incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 4 novembre 2016 (Dresse B_____); du point de vue neurologique, l'assurée souffrait d'une maladie de Parkinson akineto-rigide et trémulante touchant majoritairement l'hémicorps droit, diagnostiquée en 2014. Selon le Dr C_____, la bithérapie introduite par ses soins avait eu un effet lentement favorable sur la symptomatologie, mais il persistait des troubles de la mobilité, de la marche et une diminution de la force de préhension des mains entraînant des lâchages des objets. Il mentionnait également des troubles de la statique rachidienne et attestait d'une incapacité de travail totale dans toute activité en raison du syndrome parkinsonien, mais également des douleurs liées à la scoliose. Selon le rapport de ce neurologue, d'avril 2017, la situation ne semblait pas encore stabilisée, avec des alternatives thérapeutiques en cours. Selon le SMR, s'il était clair que l'activité de nettoyeuse n'était plus exigible, il était difficile de comprendre ce qui justifiait une incapacité de travail totale dans une activité adaptée de lingère sédentaire effectuée en position assise. Du point de vue orthopédique, l'assurée était connue depuis l'adolescence pour une scoliose dorso-lombaire à double courbure sinistre-convexe de D11 à L4. Le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui avait vu l'assurée en octobre 2016, expliquait que la progression de la déformation du rachis était en lien avec une discopathie dégénérative et une dislocation rotatoire de L3-L4, qui entraînait des douleurs lombaires et péjorait la scoliose. Il précisait que le déséquilibre frontal et sagittal de la colonne était important mais n'entraînait pas d'impact fonctionnel majeur. Aucune indication opératoire n'était retenue; la prochaine évaluation orthopédique devait avoir lieu en octobre 2017. Le SMR a dès lors questionné ce médecin pour faire le point de la situation orthopédique et, parallèlement, a recommandé la mise en œuvre d'une expertise neurologique.

3. Cet examen a été confié à SMEX SA (Swiss Medical Expertise) (ci-après : le SMEX). Cette institution a toutefois proposé, sur la base d'un premier avis de l'expert désigné (docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie), qu'il soit

procédé à une expertise bidisciplinaire, l'assurée présentant de nombreux problèmes rhumatologiques qui semblaient être plus importants, sur le plan des incapacités de travail, que le problème neurologique. Le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, en médecine physique et réhabilitation, était proposé pour ce second volet.

L'OAI a accepté cette proposition.

4. Il ressort en substance du rapport d'expertise du SMEX, du 25 septembre 2018, que l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans les activités antérieures de couturière et de femme de ménage, dès février 2014. Toutefois, au vu des limitations retenues par les experts, l'assurée était théoriquement apte à reprendre une activité adaptée à 50 % sur le plan rhumatologique dès février 2014.

5. Dans un avis du 10 décembre 2018, le SMR (doctoresse G_____ et docteur H_____) a estimé que l'expertise susmentionnée était convaincante. En accord avec les experts, le SMR a retenu que la capacité de travail (ci-après : CT) était nulle dans l'activité habituelle, et de 50 % actuellement dès juin 2014, dans une activité adaptée, en lien avec la pathologie rhumatologique; les limitations fonctionnelles générées par les atteintes étaient les suivantes : douleurs dorsolombaires chroniques sans déficit neurologique, sans signe d'irritation radiculaire, dans le contexte d'une scoliose dorsolombaire sévère (M41.9), gonarthrose primaire bilatérale débutante (M17.0), syndrome parkinsonien droit, présent depuis 2014 (C320).

6. L'assurée étant sans activité lucrative, l'OAI a fait procéder à une enquête ménagère confiée à une infirmière spécialisée (Madame I_____) : un entretien d'une durée de 1h15 s'est déroulé au domicile de l'assurée le 18 mars 2019, en présence de son mari. L'enquêtrice a notamment retenu que, selon ses dires, sans atteinte à la santé, l'assurée, mariée et mère de deux enfants de cinq et neuf ans, aurait repris une activité dans le domaine du nettoyage une fois que sa fille cadette aurait été scolarisée, soit en septembre 2018. Elle ajoutait qu'elle aurait souhaité des heures de travail qui lui permettent de s'occuper de ses filles sans avoir à faire appel à un système de garde, trop onéreux au regard de ce qu'elle gagnerait comme nettoyeuse; idéalement, elle aurait travaillé deux heures le matin et deux heures l'après-midi, pour autant que le lieu de travail ne soit pas trop éloigné de son domicile afin de pouvoir assurer les trajets scolaires et être présente pour le repas de midi. En outre, l'assurée avait cessé son emploi de nettoyeuse à temps partiel en juin 2014, d'une part car l'entreprise qui l'employait avait fermé, et d'autre part parce qu'elle avait un deuxième enfant à ce moment-là. L'arrêt de l'activité professionnelle n'était pas lié à son problème de santé. Elle n'avait pas entrepris de recherches visant une réintégration sur le marché du travail depuis lors. S'agissant de la situation financière du ménage, l'assurée n'avait aucun revenu; l'époux réalisait un revenu de CHF 5'500.- comme électricien; allocations familiales CHF 600.-; loyer CHF 1'200.-; parking CHF 110.-; assurances-maladie CHF 560.-.

Quant aux divers travaux et activités, ils ont été évalués selon le tableau ci-dessous, et la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle :

Champ d'activités	**Exigibilité**	**Pondération champ d'activité en %**	**Empêchement en %**	**Empêchement pondéré**
5.1 Alimentation 0-50 % Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions exigibilité	10.00 %	30.00 %	10.00 % 0.00 %	3.00 % 0.00 %
5.2 Entretien du logement 0-40 % ranger/épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits/soins aux plantes/extérieur de la maison/sortie des déchets et garde d'animaux domestiques exigibilité	30.00 %	30.00 %	30.00 % 0.00 %	9.00 % **0.00 %**
5.3 Achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et courses diverses (poste/assurances/services officiels) 0-10% exigibilité	0.00 %	6.00 %	0.00 % 0.00%	0.00 % **0 %**
5.4 Lessives et entretien des vêtements 0-20% laver/suspendre/plier/repasser/raccommoder/chaussures exigibilité	10.00 %	20.00 %	40.00 % 20.00 %	8.00 % **4.00 %**
5.5 Soins et assistance aux enfants et aux proches 0-50% conjoint et parents en ligne directe exigibilité	0.00 %	14.00 %	0.00 % 0.00 %	0.00 % **0.00 %**
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				14.00 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				14 %
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				**0%**

L'alimentation (5.1) : avant l'atteinte, selon ses dires, l'assurée gérait la préparation des repas. Elle cuisinait plutôt des plats simples et vite préparés, frais ou surgelés. Parfois, elle confectionnait des pâtes fraîches. Elle appréciait faire des pâtisseries, et utilisait un robot pâtissier pour certaines préparations. Elle mettait et débarrassait la

table, remplissait et vidait le lave-vaisselle, rangeait et nettoyait la cuisine après chaque repas. Son mari lui apportait de l'aide en cuisine quand il était présent le week-end. Elle ne faisait que rarement des invitations. Depuis l'atteinte, elle disait se donner la peine de gérer la préparation des repas, de servir ceux-ci et nettoyer la cuisine. Elle effectuait toutefois les choses petit à petit, de manière fractionnée, tout en s'octroyant des moments de repos sur la journée.

L'entretien du logement (5.2) : avant l'atteinte : gérait seule le ménage courant sur la semaine; faisait les lits chaque matin et changeait les draps de manière régulière; nettoyait les vitres en utilisant un escabeau si besoin, environ trois fois par an; nettoyait également le balcon si nécessaire; prenait soin des quelques plantes vertes du salon; effectuait les grands nettoyages avec l'aide de son époux, plus particulièrement sur ses périodes de vacances. Ce dernier s'occupait de la poubelle et du tri des déchets. Après l'atteinte : se donnait la peine d'effectuer les différentes tâches ménagères petit à petit, de manière fractionnée sur la semaine tout en s'octroyant des moments de repos sur la journée; avait fait l'acquisition d'un aspirateur-balai, plus léger et plus maniable; toutefois, elle faisait le ménage moins en profondeur qu'auparavant; continuait à faire les lits le matin mais avait besoin de l'aide de son époux pour changer les draps et les housses de duvet; le mari nettoyait les vitres car elle n'arrivait plus à monter sur un escabeau; entre deux lavages, et en cas de traces, elle utilisait une raclette à long manche; son mari nettoyait également le balcon et elle continuait à prendre soin des plantes; elle n'arrivait plus à participer aux grands travaux de nettoyage.

Achats (5.3) : avant l'atteinte, elle faisait les grandes courses le samedi avec son mari, au supermarché, en voiture; elle faisait des emplettes de manière régulière sur la semaine dans les commerces du quartier; elle préparait les factures et son conjoint faisait les paiements sur Internet; ce dernier gérait également les papiers officiels et les différentes démarches pratiques. Depuis l'atteinte : sans changement, mais elle utilisait maintenant un caddie pour les emplettes de la semaine.

Lessives et entretien des vêtements (5.4) : avant l'atteinte, elle gérait l'entretien du linge de toute la famille; lessives régulières; étendait les petites pièces de linge et utilisait le sèche-linge pour les grandes; pliait directement les draps et le linge de maison et repassait les vêtements en une seule fois; cette activité lui prenait environ 3 heures, une fois par semaine; effectuait de temps en temps des travaux de couture (ourlets ou fermetures éclair) au moyen d'une machine à coudre. Après l'atteinte, elle continuait à entretenir seule le linge de la famille, à faire des machines régulièrement; elle sortait et étendait le linge petit à petit; veillait à bien lisser les vêtements une fois secs, afin de rendre le repassage plus aisé; ne faisait plus le repassage en une seule fois, mais de manière fractionnée sur la semaine; continuait à effectuer les travaux de couture.

Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5.5) : avant l'atteinte, l'assurée, mère de deux enfants nées en 2009 et 2013, - dont l'éducation était menée de manière conjointe avec son époux -, gardait la petite à la maison et accompagnait la

grande à l'école pour tous les trajets; était présente à tous les rendez-vous scolaires ou médicaux; sa belle-mère venait garder les enfants si nécessaire. Depuis l'atteinte à la santé, l'assurée effectuait tous les trajets scolaires; pour une question d'organisation et pour lui permettre de fixer plus facilement des rendez-vous médicaux, par exemple, les filles allaient au parascolaire de 16 à 18h, deux fois par semaine, le lundi et le vendredi; elle continuait à assister aux réunions scolaires et à accompagner ses enfants chez le médecin; avait eu des difficultés à prendre sa fille cadette dans les bras quand elle était plus petite, mais vu son âge actuel, cette dernière ne nécessitait plus d'être portée au quotidien.

En conclusion, et en résumé : détermination du statut : à effectuer par le gestionnaire. Au vu des éléments apportés par l'enquête, il apparaissait que l'assurée se donnait la peine de maintenir une certaine régularité dans le ménage; malgré la fatigue, elle effectuait les différentes tâches tranquillement, à son rythme et de manière fractionnée sur la semaine, tout en s'octroyant des temps de repos sur la journée; évitait également les gros travaux afin d'épargner son dos.

7. Il ressort d'une note statut du 21 mars 2019 qu'au vu des éléments rapportés par l'enquête ménagère, l'état de santé de l'assurée ne contre-indiquant pas la recherche d'une activité adaptée à temps partiel, il pouvait vraisemblablement être envisagé que l'assurée ne comptait pas reprendre une activité salariée à mi-temps. Le statut de ménagère était retenu.

8. Par courrier du 21 mars 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité. Le statut d'assurée, retenu dans sa situation, était celui d'une personne non active consacrant tout son temps à ses travaux habituels; l'office reconnaissait la présence d'une atteinte à la santé invalidante dès février 2014; l'invalidité dans la sphère des travaux habituels était évaluée en fonction des difficultés que la personne assurée rencontrait pour accomplir ses travaux. Il ressortait de l'enquête ménagère que l'invalidité de l'assurée était nulle dans la tenue de son ménage. Un taux inférieur à 40 % n'ouvrait pas de droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente.

9. Par courrier du 8 avril 2019, la Dresse B_____ s'est adressée au service médical de l'OAI. La patiente était suivie à sa consultation, et parallèlement par les Drs C_____, J_____ et D_____ au service d'orthopédie des Hôpitaux universitaires de Genève; son état de santé s'était péjoré malgré le traitement. Rappelant les atteintes dont la patiente souffrait, elle observait que cette dernière allait bénéficier d'un bilan radiologique de contrôle et allait être réévaluée par les deux spécialistes orthopédistes susmentionnés. Elle présentait une bradypsychie et un ralentissement psychomoteur important; dans ce contexte, elle ne pouvait actuellement pas travailler. Une nouvelle évaluation de son état était proposée, par la prise en charge multidisciplinaire auprès des nombreux médecins spécialistes qui la suivaient actuellement : dans ce contexte, elle pensait que la patiente devait bénéficier de l'AI à 100 % vu la situation médicale complexe.

10. L'OAI a accusé réception de ce courrier, par lettre du 10 avril 2019 : suite au projet de décision du 21 mars 2019, l'office ne procéderait à aucune instruction médicale complémentaire; il appartenait à l'assurée d'apporter à l'OAI les éléments médicaux susceptibles de modifier son point de vue, dans les trente jours dès notification du projet susmentionné. Un délai lui a été fixé à cette fin, étant précisé que sans aucun nouvel élément dans le délai indiqué, une décision de refus, sujette à recours, lui serait notifiée.

11. Par courrier du 1er mai 2019, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné : elle était surprise du refus de rente, notamment vu le rapport effectué à son domicile. Au cours des deux dernières années, elle avait fait tenir à l'office les rapports médicaux relatifs à sa scoliose et à sa maladie de Parkinson; les expertises médicales demandées par l'OAI aboutissaient à la même conclusion : elle ne pouvait avoir une activité professionnelle vu son état de santé, ne pouvant rester longtemps ni assise ni debout.

12. En date du 10 mai 2019, l'OAI a reçu copie d'un rapport du Dr D_____ au médecin traitant, du 7 mai 2019 : il avait revu la patiente à sa consultation, la dernière remontant à octobre 2017. Il concluait en résumé, qu'il y avait une détérioration, avec moins d'endurance, cette détérioration étant également visible radiologiquement. Les capacités fonctionnelles de la patiente étaient réduites par rapport à 2017 ou 2016. Il était effectivement incompréhensible que l'assurance-invalidité n'entre pas en matière. Du point de vue purement thérapeutique, la seule mesure qui pourrait la soulager de manière prolongée dans le temps serait une chirurgie de sa scoliose. Pour l'heure, il proposait de la revoir dans un an pour un nouveau contrôle radio-clinique.

13. Au vu des nouveaux documents médicaux produits, le SMR a considéré, dans un avis du 22 mai 2019, que l'état de santé de l'assurée s'était notablement aggravé, de façon durable depuis avril 2019 et qu'aucune CT n'était raisonnablement exigible. Les limitations fonctionnelles durables actuelles (préexistantes et nouvelles) étaient celles énumérées dans l'avis du SMR du 10 décembre 2018 et en outre : fatigabilité, ralentissement dans les déplacements, mouvements involontaires, vulnérabilité au stress, pas de mouvements répétés en flexion/extension/rotation du cou, pas de sollicitations répétées des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Enfin, en cas d'octroi de prestations, le SMR ne proposait pas de révision.

14. Par courrier du 18 juin 2019, l'assurée, représentée par un conseil, a précisé en ce qui concerne son opposition au projet de décision, que le statut d'assurée (personne non active) était contesté car, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à temps partiel. Le résultat de l'enquête ménagère était également contesté, notamment car cette dernière avait été réalisée à une période antérieure à l'aggravation de son état de santé. Elle concluait donc à l'annulation du projet de décision, à la reprise de l'instruction et à l'octroi d'une rente d'invalidité.

15. L'OAI a décerné un nouveau mandat d'enquête économique, au vu des éléments apportés dans le cadre de l'audition. L'entretien (1h30) s'est déroulé au domicile de l'assurée, le 10 septembre 2019, en présence de son conseil. Il ressort notamment du rapport d'enquête du 16 septembre 2019 les éléments suivants :

- à la question de savoir si, sans handicap, une activité lucrative serait exercée à ce jour, le rapport, rappelant la teneur de la première enquête ménagère, constatait qu'à ce jour la situation familiale et financière de l'assurée était identique à ce qu'elle était lors de la première enquête; le conseil de l'assurée ajoutait que cette dernière avait été licenciée le 30 avril 2012 suite à une restructuration; elle cumulait alors deux emplois; elle expliquait les raisons pour lesquelles elle avait refusé l'emploi que l'entreprise lui proposait en remplacement. L'assurée disait avoir effectué des recherches d'emploi, dans un premier temps sans succès, mais elle n'apportait aucune preuve desdites recherches. L'assurée précisait encore avoir, peu à peu, cessé toute recherche car elle s'était rendue compte qu'elle se sentait mieux et qu'elle avait moins de douleurs au niveau du dos et des genoux en effectuant un seul emploi, soit celui exercé pour la fiduciaire CVM. Après avoir quitté la fiduciaire, au 30 juin 2014, elle n'avait entrepris aucune démarche visant à une réintégration du marché du travail. Elle n'avait pas fait de recherches dans une activité adaptée à temps partiel;
- le SMR considérant que l'état de santé s'était aggravé de façon durable depuis avril 2019, les divers travaux et activités ont été réévalués selon le tableau ci-dessous et la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle, pour tenir compte des empêchements dans la sphère ménagère depuis l'aggravation; les empêchements ménagers décrits dans la précédente enquête du 8 mars 2019 restaient valables jusqu'à l'aggravation de l'état de santé en avril 2019 :

Champ d'activités	**Exigibilité**	**Pondération champ d'activité en %**	**Empêchement en %**	**Empêchement pondéré**
5.1 Alimentation 0-50 % Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions		30.00 %	30.00 %	9.00 %
exigibilité	10.00 %		20.00 %	**6.00 %**
5.2 Entretien du logement 0-40 %		30.00 %	50.00 %	15.00 %
ranger/épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits/soins aux plantes/extérieur de la maison/sortie des déchets et garde d'animaux domestiques				
exigibilité	50.00 %		0.00 %	**0.00 %**

5.3 Achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et courses diverses (poste/assurances/services officiels) 0-10% exigibilité	15.00 %	6.00 %	15.00 % 0.00%	0.90 % **0 %**
5.4 Lessives et entretien des vêtements 0-20% laver/suspendre/plier/repasser/raccommoder/chaussures exigibilité	30.00 %	20.00 %	30.00 % 0.00 %	6.00 % **0.00 %**
5.5 Soins et assistance aux enfants et aux proches 0-50% conjoint et parents en ligne directe exigibilité	0.00 %	14.00 %	0.00 % 0.00 %	0.00 % **0.00 %**
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				24.90 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				30.90 %
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				**6.00%**

L'alimentation (5.1) : avant l'atteinte, *voir ci-dessus ad ch. 6*. Depuis l'atteinte (aggravation dès avril 2019), elle disait continuer à préparer les repas pour la famille midi et soir, à son rythme et plus tranquillement, en s'accordant des temps de repos; évitait de rester debout; privilégiait les mets moins chers que la viande, et les surgelés; le soir, plats chauds en hiver, froids en été (plus rapides à cuisiner); faisait moins de pâtisserie; précisait qu'elle n'avait pas de robot mais un fouet électrique; elle continuait à mettre la table, parfois avec l'aide de ses filles, puis elle la débarrassait, remplissait et vidait le lave-vaisselle, faisait un peu de vaisselle à la main, si nécessaire, puis rangeait et nettoyait la cuisine, tranquillement et à son rythme. Son mari rentrait parfois à midi mais ne restait pas plus de 30 minutes et n'avait pas le temps d'aider en cuisine. Raison pour laquelle l'enquêtrice ne retenait que 10 % d'exigibilité de la part du mari pour ce poste.

L'entretien du logement (5.2) : avant l'atteinte, *voir ci-dessus ad ch. 6*. Depuis l'atteinte (aggravation dès avril 2019), se donnait la peine d'effectuer les différentes tâches ménagères petit à petit, de manière fractionnée sur la semaine, tout en s'octroyant des moments de repos sur la journée; avait fait l'acquisition d'un aspirateur-balai, plus léger et plus maniable; toutefois elle faisait le ménage moins en profondeur qu'auparavant, de manière fractionnée sur la semaine (chaque jour une pièce différente); elle pouvait faire la poussière avec un plumeau, à hauteur, et laver les sols en utilisant un balai avec essorage au manche, ne nécessitant pas de se baisser; elle n'arrivait, par exemple, plus à nettoyer la baignoire; continuait à faire les lits le matin (sauf celui de sa grande fille qui était en hauteur); (ndr : *sans changement par rapport à la première enquête ménagère*) : avait besoin de l'aide de

son époux pour changer les draps et les housses de duvets; ce dernier nettoyait les vitres et le balcon, et elle continuait à prendre soin des plantes; elle n'arrivait plus à participer aux grands travaux de nettoyage.

Achats (5.3) : avant l'atteinte, *voir ci-dessus ad ch. 6*. Depuis l'atteinte (aggravation dès avril 2019), elle continuait à faire des grandes courses avec son époux, comme avant l'atteinte à la santé, mais marchait néanmoins moins vite et avait des difficultés à le suivre dans le supermarché, depuis environ un mois et demi, souffrant d'une périarthrite de la jambe gauche, actuellement traitée; elle allait également faire ses emplettes pendant la semaine, avec un caddie, et souvent accompagnée de ses filles qui portaient les sacs; sans changement ni empêchement en ce qui concerne les démarches administratives.

Lessives et entretien des vêtements (5.4) : avant l'atteinte, *voir ci-dessus ad ch. 6*. Depuis l'atteinte (aggravation dès avril 2019), elle continuait à faire des machines régulièrement et, si son mari était présent, elle lui demandait de l'aide pour transvaser les grandes pièces de linge dans le séchoir : sinon elle le faisait seule, en deux fois; elle utilisait beaucoup le séchoir et n'étendait à hauteur que de petites pièces de vêtements; une fois le linge sec, elle le pliait petit à petit et de manière fractionnée; ne faisait plus le repassage de manière régulière et ne repassait plus que les chemises et les blouses; continuait à effectuer des petits travaux de couture, tranquillement et en position assise.

Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5.5) : avant l'atteinte, *voir ci-dessus ad ch. 6*. Depuis l'atteinte (aggravation dès avril 2019), l'assurée effectuait tous les trajets scolaires, mais mettait plus de temps, à pied (10 à 15 minutes au lieu de 5' normalement); les filles allaient toujours au parascolaire; elle continuait à assister aux réunions scolaires et à accompagner ses filles chez le médecin; elle ajoutait qu'elle aurait voulu mettre ses filles aux cuisines scolaires, un ou deux jours par semaine pour la soulager, mais ses tentatives du début de l'atteinte à la santé avaient échoué car l'aînée qui, selon l'assurée, présentait des problèmes alimentaires, n'aimait pas la cuisine proposée, et la cadette ne voulait pas y aller sans sa sœur; elle n'avait pas cherché d'autres solutions pour ses filles, de sorte qu'à ce jour, elle avait toujours assuré les repas de midi pour la famille. L'enquêtrice a précisé que les empêchements relatifs à la préparation des repas étaient pris en compte sous ch. 5.1.

En conclusion, les empêchements pondérés sans exigibilité, et pondérés avec exigibilité avaient légèrement varié, mais globalement, les constatations de l'enquêtrice étaient comparables à la première enquête; il était précisé par rapport à l'exigibilité retenue de 24.9 %, qu'il n'était tenu compte que du conjoint : ce dernier travaillait comme électricien du lundi au vendredi avec des horaires variables, selon les jours. Il partait tôt le matin et revenait la plupart du temps vers 18 heures. Il pouvait lui arriver de rentrer plus tard (vers 20 heures) et de travailler quelques heures pour un dépannage le samedi, environ une fois tous les deux mois.

16. Par décision du 17 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité présentée par l'assurée le 20 mars 2017 : le projet de décision du 21 mars 2019 avait fait l'objet d'une contestation dans le délai légal. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée contestait la valeur probante de l'appréciation médicale, la méthode de comparaison des champs d'activité et le résultat de l'enquête économique. Concernant la méthode de calcul, l'état de santé de l'assurée ne contre-indiquait pas la recherche d'un poste de travail adapté depuis 2014, de sorte qu'il n'était pas revenu sur le choix de la méthode retenue; le SMR considérait que les documents médicaux produits en procédure d'audition démontraient une aggravation de l'état de santé de l'assurée de façon durable depuis avril 2019. Dès lors, une nouvelle enquête à domicile avait été diligentée afin d'évaluer les conséquences de cette aggravation dans le domaine des tâches ménagères. Il ressortait des constats effectués à cette occasion que l'invalidité de l'assurée était de 6 % dans la tenue de son ménage; ce taux, inférieur à 40 %, n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente.

17. Par courrier du 18 octobre 2019, l'assurée, représentée par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle a conclu à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, avec suite de frais et dépens. L'objet du litige porte sur le statut de non-active de l'assurée, retenu par l'intimé. En substance, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en compte le fait que, sans atteinte à la santé, elle aurait repris une activité à 50 % dans le domaine du nettoyage, une fois que sa fille cadette aurait été scolarisée, en septembre 2018. Par voie de conséquence, elle contestait le statut de non active retenu par l'intimé, et considérait que c'était au contraire un statut mixte (50 % consacrés à une activité professionnelle et 50 % aux travaux habituels) qui aurait dû être retenu. Analysant les critères pris en compte par l'OAI, elle faisait grief à l'intimé de lui avoir reproché de ne pas avoir entrepris de recherches d'emploi à cette époque : en effet, depuis 2014 déjà, son état de santé s'était complètement dégradé, ses médecins ayant attesté d'une incapacité de travail complète, et le rapport d'expertise du SMEX du 25 septembre 2018 avait lui-même retenu que l'exercice de l'ancienne activité était médicalement impossible depuis 2014. Elle reprochait aussi à l'intimé d'avoir retenu, dans le cadre de l'audition, une aggravation de l'état de santé depuis avril 2019 seulement, ceci sur la base des rapports médicaux produits à cette époque par ses médecins traitants, alors que ces derniers ne s'étaient pas prononcés sur la date dès laquelle on devait retenir une telle aggravation.

18. L'intimé a répondu par courrier du 12 novembre 2019. Il a conclu au rejet du recours. Après avoir rappelé les principes jurisprudentiels régissant la détermination du statut d'assuré, l'OAI a relevé qu'en l'espèce, la recourante avait cessé son activité lucrative en 2014, soit pendant l'année de sa deuxième grossesse. L'intimé se référait aux déclarations de la recourante lors de l'expertise du SMEX, relevait que son curriculum vitae faisait apparaître une « pause parentale » dès 2013/2014,

et qu'il ressortait du rapport d'enquête à domicile du 21 mars 2019 que selon ses dires, sans atteinte à la santé, elle aurait repris une activité dans le domaine du nettoyage une fois que sa fille cadette aurait été scolarisée, soit en septembre 2018. Or, elle avait cessé son emploi de nettoyeuse à temps partiel en juin 2014 pour des motifs qui n'étaient pas liés à son problème de santé; depuis lors, elle n'avait pas entrepris de démarches visant à une réintégration sur le marché du travail. Au moment de l'atteinte à la santé, l'assurée était mère au foyer. Malgré une CT partielle dans une activité adaptée jusqu'en avril 2019, elle n'avait pas entrepris de recherches d'emploi. C'était ainsi à juste titre que l'intimé avait retenu le statut de personne sans activité lucrative : c'était par choix personnel, pour s'occuper de ses enfants, et non en raison de son état de santé, que la recourante avait cessé son activité lucrative et n'en avait pas repris. Le rapport d'enquête économique avait pleine valeur probante.

19. La recourante a répliqué par courrier de son conseil du 14 janvier 2020. Elle persistait intégralement dans ses conclusions. Selon elle, la cessation de son activité serait uniquement due à son état de santé, et dès lors un statut professionnel à 100 % (sic!) devait lui être reconnu. Elle a repris et commenté les extraits du rapport d'expertise (SMEX) cités par l'OAI dans ses écritures, en y apportant ses commentaires, reprenant également certaines critiques précédentes à l'égard de l'OAI, dont le détail sera évoqué dans la mesure utile dans les considérants.

20. L'intimé a dupliqué par courrier du 6 février 2020 : il persistait dans ses conclusions. L'écriture de réplique du conseil de la recourante, basée sur les « commentaires » de l'assurée, n'apportait aucun élément de nature à modifier les précédentes conclusions de l'OAI. Il a rappelé la jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures.

21. Le 7 septembre 2020, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle.

    La recourante a déclaré : « Je confirme que ma contestation de la décision de l'OAI porte pour l'essentiel sur la contestation de statut d'assurée : l'OAI considère que lorsque j'ai été atteinte dans ma santé, j'étais déjà sans activité. Or, si j'avais été en bonne santé au moment où ma fille cadette est arrivée à l'âge scolaire, c'est-à-dire en automne 2018, j'aurais sans doute repris une activité, car j'en avais besoin. Lorsque je suis arrivée en Suisse, je n'avais pas suivi de formation particulière et j'ai dû travailler, notamment en faisant des ménages. Or, petit à petit, lorsque j'avais terminé ma journée de travail, d'abord dans la maison à 3 étages, chez la dame, puis le soir dans les bureaux, lorsque je rentrais, j'étais "morte". Lorsque j'ai eu ma première grossesse, et après la naissance de ma première fille, j'ai continué à travailler, même si mon état de santé s'était déjà dégradé (gonalgie, scoliose et autre

lombalgie, ainsi qu'une hernie cervicale). Lorsque je me suis retrouvée enceinte de ma deuxième fille, j'avais déjà arrêté de travailler dans les bureaux le soir, depuis 2012, car l'entreprise avait fermé l'endroit où je travaillais, suite à la perte d'un contrat avec un client. Pendant cette grossesse, mon état de santé s'est dégradé et après des investigations médicales, le diagnostic de syndrome parkinsonien a été posé au printemps 2014. Dans le cadre de l'instruction de cette affaire, je confirme qu'au moment où on m'a posé la question de savoir si, en bonne santé, j'aurais repris le travail après mon congé maternité, j'avais répondu affirmativement, en fixant cette reprise au moment où ma deuxième fille serait en âge scolaire, c'est-à-dire dès l'automne 2018. Je confirme également que j'avais imaginé reprendre une activité à 50 %, soit 2h le matin, 2h l'après-midi, en fonction aussi d'un lieu de travail que je souhaitais proche de mon domicile. Je confirme que je n'ai plus retravaillé depuis 2014. J'ai effectivement tenté à l'époque de retrouver un travail : j'en avais effectivement parlé à des connaissances, dont je savais qu'elles cherchaient une personne pour le ménage, mais je ne me suis pas adressée à des entreprises de nettoyage. En effet, mon état de santé ne me permettait pas de suivre le rythme et les exigences d'un travail en entreprise. Finalement, j'ai renoncé à chercher du travail parce que je me demandais comment un employeur potentiel réagirait s'il constatait que je devais régulièrement m'asseoir un quart d'heure, ou s'il constatait que, à cause de mon syndrome parkinsonien, je laissais tomber des objets, ou j'étais obligée de m'arrêter à cause de troubles dans mon bras droit. Je peux dire que j'ai ainsi recherché un travail, par le bouche à oreille, dans mes relations, pendant environ une année, c'est-à-dire entre 2014 et 2015 ».

Me STOLLER FÜLLEMANN a rappelé, dans ce contexte, que les choses ne s'étaient pas passées du jour au lendemain en termes d'aggravation de l'état de santé; sa CT s'est dégradée progressivement, par rapport aux diverses pathologies dont elle était déjà affectée depuis plusieurs années. Quant aux conclusions du SMR du 22 mai 2019, selon lesquelles l'assurée devait se voir reconnaitre une incapacité totale de travail dans toute activité depuis avril 2019, les choses s'étaient dégradées en plusieurs phases : au début, malgré ses douleurs, elle avait continué à travailler (au-delà de ses capacités, comme relevé par les experts du SMEX); le SMR avait déjà, en décembre 2018, constaté que la CT dans l'activité habituelle de nettoyage n'était plus possible, et seulement à hauteur de 50 %, dès juin 2014, dans une activité adaptée.

La recourante a repris : « Pour répondre à une intervention de l'intimé, qui observe que même à l'époque où j'étais encore capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée, je n'avais pas pour autant recherché de travail. En effet, à l'époque, je ressentais des douleurs et une grande fatigue qui faisaient que lorsque je faisais la vaisselle, j'étais pratiquement couchée sur l'évier, et pour le repassage, j'étais presque couchée sur la table de repassage. Dans de telles conditions, je ne voyais pas comment proposer mes services. Du reste, mes médecins m'avaient mise en incapacité totale de travail déjà depuis 2016 ».

Me STOLLER FÜLLEMANN a rappelé pour conclure que conformément à ses écritures du 18 octobre 2019, p. 9, le statut qui lui paraissait adapté à la situation de sa cliente était celui d'un statut mixte (50 % / 50 %).

La recourante a poursuivi : « Pour répondre à une question de mon conseil, qui me demande pourquoi j'aurais continué à travailler malgré mes 2 enfants en bas âge, je précise que j'ai toujours travaillé toute ma vie et qu'il s'agit pour moi d'une nécessité : je rappelle que nous vivons à 4 personnes, et le seul salaire de mon mari ne suffisait pas. Mon mari est monteur électricien, salarié dans une entreprise ».

Madame K_____, pour l'intimé, a sollicité un délai pour se déterminer sur le statut au vu de l'audience de ce jour.

22. L'intimé s'est déterminé par courrier du 28 septembre 2020. Il a persisté dans ses précédentes conclusions : malgré la capacité résiduelle de travail partielle dans une activité adaptée jusqu'en avril 2019, la recourante n'avait pas fait de recherches d'emploi. Le principe de l'obligation de réduire le dommage commande à un assuré de mettre sa capacité de gain résiduelle à profit en accomplissant une activité lucrative compatible avec son état de santé. On ne peut se fonder simplement sur le travail que l'assuré fournit ou s'estime capable de fournir depuis le début de l'incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit le degré de son invalidité.

23. La recourante a encore formulé des ultimes observations par courrier du 9 octobre 2020. En substance, elle persiste dans ses conclusions : c'est à tort que l'intimé lui reproche de ne pas avoir mis à profit sa CT résiduelle jusqu'en avril 2019, et partant de n'avoir pas entrepris ce qui était exigible de sa part en termes de réduction du dommage. Si les experts et le SMR avaient retenu que seule une activité adaptée à 50 % était envisageable, l'expert avait cependant déjà relevé que l'état de santé allait encore se dégrader, ce qui avait été admis par le SMR. S'agissant des raisons pour lesquelles elle estime qu'un statut mixte (50 % – 50 %) devait être retenu, elle se référait à ses écritures et à ses déclarations en comparution personnelle.

24. 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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Le recours reste cependant soumis à l'ancien droit, dès lors qu'au

1er janvier 2021 il était déjà pendant devant la chambre de céans (cf. art. 83 LPGA; RO 2020 5137; FF 2018 1597).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le statut d'assurée retenu par l'OAI.

5. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

   b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

   c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

   d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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; 126 V 353 consid. 5b;

125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou 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.

7. L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

8. En vertu de l'art. 28 al. 1er 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.

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 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;

ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b. 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).

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]; 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).

e. 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).

10. 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. 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).

11. 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. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

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

12. 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).

13. En l'occurrence, l'intimé a évalué le degré d'invalidité de la recourante selon la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI) appliquée aux assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative. Il explique avoir choisi cette méthode compte tenu du fait que l'assurée, en dépit du fait que depuis 2014, son état de santé ne contre-indiquait pas la recherche d'un poste de travail, n'avait entrepris aucune recherche d'emploi

dès cette période, jusqu'à l'aggravation de son état de santé en avril 2019. La recourante conteste ce point de vue, reprochant à l'OAI notamment de ne pas avoir tenu compte de ses explications à l'enquêtrice, dans le cadre des enquêtes ménagères successives, dont il ressortait pourtant que sans atteinte à la santé, mariée et mère de deux enfants de cinq à neuf ans, elle aurait repris une activité dans le domaine du nettoyage une fois que sa fille cadette aurait été scolarisée, soit en septembre 2018; elle rappelle aussi qu'antérieurement, dans le cadre de l'expertise médicale bidisciplinaire, à la question de savoir si elle se voyait travailler à l'avenir, elle avait répondu que lorsque sa fille aurait grandi, « pourquoi pas ». Elle a également fait valoir qu'ayant travaillé toute sa vie, elle aurait dû reprendre une activité dès la scolarisation de sa deuxième fille, notamment par rapport à la situation financière de la famille, laquelle ne vivait que des seuls revenus de son époux, électricien salarié d'une entreprise, réalisant un salaire de CHF 5'500.- par mois pour un couple et deux enfants.

14. La chambre de céans, se référant aux conditions jurisprudentielles rappelées ci-dessus, par rapport à la valeur probante d'un avis médical, et en particulier d'une expertise indépendante ordonnée par l'assureur-social au stade de l'instruction du dossier dans sa phase administrative, ainsi que pour ce qui est de la valeur probante du rapport de l'enquête sur le ménage, considère tout d'abord, à l'instar du SMR, dont l'avis a été suivi par l'intimé, que le rapport d'expertise du SMEX, du 25 septembre 2018, réunit toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Cette expertise, bidisciplinaire, a été effectuée par des spécialistes reconnus, indépendants de l'OAI, en pleine connaissance du dossier, sur la base d'une anamnèse complète, recueillant les plaintes de l'expertisée, retenant des diagnostics précis, analysant toutes les questions pertinentes, répondant à toutes les questions posées, et retenant enfin en conclusion que l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans les activités antérieures de couturière et de femme de ménage, dès février 2014, mais que toutefois, au vu des limitations retenues par les experts, l'assurée était théoriquement apte à reprendre une activité adaptée à 50 % sur le plan rhumatologique dès février 2014. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et convaincantes. La recourante, ni personnellement, ni à travers l'avis de ses médecins traitants, ne remet sérieusement en cause cette expertise; elle s'y réfère même au contraire à plusieurs reprises pour appuyer son argumentation.

    Quant aux rapports d'enquête ménagère, ils ont été élaborés par une infirmière qualifiée et expérimentée, sur la base d'entretiens au domicile de l'assurée, en présence de son époux, la première fois, et en présence de son conseil, lors de la nouvelle enquête ménagère, dûment diligentée par l'intimé au vu de l'aggravation récente de l'état de santé de l'assurée, annoncée par ses médecins traitants et reconnue par le SMR; l'enquêtrice a pris connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics

médicaux. Elle a dûment tenu compte des indications de l'assurée, consignant d'ailleurs dans son rapport les commentaires et précisions des participants, en particulier du conseil de l'assurée, lors du second examen de la situation, notant au besoin l'évolution des empêchements de la recourante, en raison de l'aggravation de son état de santé. Le texte de ses rapports apparaît plausible, il est motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il correspond aux indications relevées sur place, de sorte que là encore, il faut accorder une pleine valeur probante à ces rapports d'enquête ménagère. Certes, l'enquêtrice a apporté son appréciation personnelle, ou repris à son compte certaines indications figurant au dossier ou ressortant des déclarations de l'assurée, remarquant notamment que cette dernière n'avait pas entrepris de démarches, notamment de recherches d'emploi, en dépit d'une capacité de travail résiduelle – depuis qu'elle avait cessé son dernier emploi, relevant que la cessation de son activité ne relevait pas de son état de santé; mais force est de constater qu'elle ne s'est pas prononcée ni n'a émis de recommandations particulières quant à la détermination du statut d'assurée, laissant cette appréciation au service de réadaptation, sur la base des éléments apportés par l'enquête ménagère. S'il ressort du dossier qu'au stade de la contestation du projet de décision, l'assurée avait, par le biais de son conseil (courrier du 18 juin 2019), contesté à la forme le résultat de l'enquête ménagère, notamment car cette dernière avait été réalisée à une période antérieure à l'aggravation de son état de santé, elle n'a fait valoir aucun grief particulier au sujet du premier rapport d'enquête, de sorte que sa valeur probante n'est pas contestée. L'intimé a toutefois fait droit aux objections de l'assurée, en mettant en place une nouvelle enquête ménagère. Ce complément d'instruction a dûment mis en évidence les quelques éléments traduisant l'aggravation de l'état de santé récente de l'assurée, en termes d'empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. Au final, l'évolution des empêchements constatés n'a pas apporté de différences significatives par rapport au précédent constat, ce qui n'est guère surprenant au vu du temps relativement bref s'étant écoulé depuis la première enquête ménagère. Il permet néanmoins de conclure que l'aggravation de l'état de santé était récente. Dans cette mesure, l'objection de la recourante - qui reproche à l'intimé d'avoir retenu, dans le cadre de l'audition, une aggravation de l'état de santé depuis avril 2019 seulement, sur la base des rapports médicaux produits à cette époque par ses médecins traitants, alors que ces derniers ne s'étaient pas prononcés sur la date dès laquelle on devait retenir une telle aggravation, ne paraît pas fondée. C'est donc au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il sera retenu, à l'instar du SMR, suivi par l'OAI, que l'état de santé de l'assurée s'était notablement aggravé de façon durable depuis avril 2019 et qu'aucune CT n'était raisonnablement exigible (dès ce mois-là), sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à d'autres actes d'instruction complémentaires sur ce point (appréciation anticipée des preuves).

15. La recourante affirme (recours p. 8 § 4) que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué son activité professionnelle après la naissance de sa deuxième fille, pour

des raisons financières, si elle avait pu garder ses deux emplois précédents. Elle précise en conclusion que sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité professionnelle à 50 %, et elle en déduit que c'est sur la base d'un statut mixte (50 % active, 50 % consacrés aux travaux habituels) que son invalidité aurait dû être évaluée (recours p. 9 § 3). Dans sa réplique, elle prétend justifier de la cessation de son activité pour des motifs de santé, et que dès lors un statut professionnel à 100 % devait lui être reconnu (réplique du 14 janvier 2020 p. 1 ch. 3), mais ne tire aucune conséquence de cette affirmation, persistant au contraire intégralement dans les termes de son recours, et donc de ses conclusions. Elle a du reste confirmé lors de son audition par la chambre de céans que si elle avait été en bonne santé au moment où sa fille cadette est arrivée à l'âge scolaire, c'est-à-dire en automne 2018, elle aurait sans doute repris une activité, car elle en avait besoin. Elle a d'ailleurs expressément précisé et confirmé qu'au moment où on lui avait posé la question de savoir si, en bonne santé, elle aurait repris le travail après son congé maternité, elle avait répondu affirmativement, en fixant cette reprise au moment où sa deuxième fille serait en âge scolaire, c'est-à-dire dès l'automne 2018, et qu'elle avait également imaginé, dans cette hypothèse, reprendre une activité à 50 %, soit deux heures le matin, et deux heures l'après-midi, en fonction aussi du lieu de travail, qu'elle souhaitait proche de son domicile. Elle a au surplus confirmé qu'elle n'avait plus travaillé depuis 2014, ceci essentiellement en raison de son état de santé, qui s'était dégradé déjà à la fin de sa deuxième grossesse, soit dans le courant de l'année 2013, le diagnostic de sa maladie de Parkinson ayant été posé finalement en février 2014. Elle prétend avoir effectivement tenté à l'époque de retrouver un travail, expliquant qu'elle en avait parlé à des connaissances, dont elle savait qu'elles cherchaient une personne pour le ménage, mais qu'elle ne s'était en revanche pas adressée à des entreprises de nettoyage, son état de santé ne lui permettant pas de suivre le rythme et les exigences de travail en entreprise. Finalement, elle avait renoncé à rechercher un travail car elle se demandait comment un employeur potentiel réagirait s'il constatait qu'elle devait régulièrement s'asseoir un quart d'heure ou constatait qu'à raison de son syndrome parkinsonien elle laissait tomber des objets, résumant ses démarches, par des recherches de bouche-à-oreille, au sein de ses relations, pendant environ une année, entre 2014 et 2015.

Comme on l'a vu précédemment, selon la doctrine et la jurisprudence, pour une personne qui accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si elle aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou si elle aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire son champ d'activité probable, il faut notamment tenir compte des éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, son âge, ses qualifications professionnelles, la formation ainsi que ses affinités et ses talents personnels. La question de son 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 l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probante reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Schulthess Éditions romandes 2018 ad art. 28a note 7 et réf. citées p. 401).

L'OAI prétend que, dans la mesure où la recourante n'avait pas mis à profit sa capacité résiduelle de travail dès 2014, en recherchant notamment une activité dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, on devrait admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que sans atteinte à la santé, l'assurée n'aurait pas repris d'activité lucrative, pour en conclure que l'on devait lui reconnaître statut de ménagère à 100 %.

Au vu du dossier, tel qu'il apparaissait au moment de la décision entreprise, on ne saurait suivre l'intimé de manière aussi catégorique. En effet, la chambre de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante, sans atteinte à la santé, aurait repris une activité à temps partiel, dès la scolarisation de sa fille cadette, en septembre 2018. S'il est vrai qu'au stade de l'expertise, à la question de savoir si elle se voyait travailler à l'avenir, elle avait répondu que lorsque sa fille aurait grandi, « pourquoi pas »; ce qui, dans l'esprit de l'autorité chargée de déterminer le statut d'assurée, pouvait laisser planer un certain doute au sujet du sérieux et d'une certitude d'une telle intention, au degré de la vraisemblance prépondérante, tel n'était pas le cas au moment de la première enquête ménagère, dans le cadre de laquelle l'assurée, non représentée, avait donné une réponse plus précise, confirmant qu'elle aurait en effet, sans atteinte à la santé, repris une activité dans le domaine du nettoyage, une fois que sa fille cadette serait scolarisée, soit en septembre 2018, ajoutant qu'elle aurait souhaité des heures de travail qui lui permettent de s'occuper de ses filles sans avoir à faire appel à un système de garde trop onéreux au regard de ce qu'elle gagnerait comme nettoyeuse. Dans l'idéal, elle aurait travaillé deux heures le matin et deux heures l'après-midi, pour autant que le travail ne soit pas trop éloigné de son domicile afin de pouvoir assurer les trajets scolaires et être présente pour les repas de midi. Certes, ces conditions de travail, « dans l'idéal » peuvent paraître assez restrictives; elles démontrent la priorité que l'intéressée donnait aux soins et à l'accompagnement de ses filles, - ce qui ne saurait bien évidemment lui être reproché -; mais rien n'exclut une telle reprise d'activité, même si l'intéressée n'avait pas trouvé une solution idéale. En effet, et comme l'a constaté l'enquêtrice, la situation financière de la famille (couple avec deux enfants vivant sur le seul salaire de l'époux, de CHF 5'500.- et les allocations familiales) démontrait la nécessité pour l'épouse de reprendre une telle activité à ce moment-là. Or, l'OAI n'a, à tort, pas tenu compte de ces deux éléments. On notera en effet que jusqu'à la décision entreprise, et en procédure judiciaire encore, l'assurée n'a pas varié dans ses explications à ce sujet. Ainsi, la chambre de céans considère, au degré de la

vraisemblance prépondérante, que la recourante, sans atteinte à la santé, aurait repris une activité lucrative à mi-temps dès septembre 2018.

En revanche, s'agissant de la période précédente, soit dès février 2014, l'évaluation du statut de ménagère à plein temps, retenu par l'OAI n'apparaît pas critiquable. Non seulement la recourante a clairement situé l'époque de la reprise d'une activité lucrative dès septembre 2018 seulement, ce qui rend peu crédible le sérieux des recherches d'emploi qu'elle prétend avoir entreprises à l'époque, de bouche-à-oreille dans son entourage, tant son rôle de mère, dans la description de ses activités quotidiennes, apparaissait prioritaire. Sans ignorer que, subjectivement, les atteintes à la santé qu'elle met en avant dès cette époque ont pu jouer un rôle dans sa détermination très relative à rapidement retrouver un emploi, il n'empêche qu'elle disposait tout de même d'une CT résiduelle de travail, - comme cela a été retenu, de façon probante, par les experts -, malgré les nécessités économiques qu'elle fait valoir.

Il résulte de ce qui précède que l'OAI n'a pas correctement apprécié la situation, par rapport au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable. En effet, et comme rappelé précédemment, la question de la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable se pose tant lors du premier examen de la demande de rente que dans le cadre d'une procédure de révision selon l'art. 17 LPGA. Dans ce dernier cas, un changement de la méthode d'évaluation peut intervenir non seulement en cas de modification de l'état de santé ou de changement dans la capacité de gain ou dans l'exercice des travaux habituels, mais aussi lorsque les faits hypothétiques déterminants pour le choix de la méthode ont subi d'importants changements (Michel VALTERIO, op. cit. ad art. 28a note 14 et réf. citées p. 403). Or, la circonstance de la scolarisation de la deuxième fille de la recourante, dès septembre 2018, apparaît être une circonstance déterminante commandant la modification du statut d'assurée. Au final, pour la période précédant septembre 2018, le fait que l'assurée ait ou non exploité sa CT résiduelle, pour des raisons subjectives de santé selon elle, n'y change rien.

En résumé, le statut de ménagère à plein temps retenu par l'OAI n'apparaît pas critiquable, pour la période précédant le mois de septembre 2018.

En revanche, dès septembre 2018 et au-delà, l'OAI aurait dû retenir un statut d'assurée mixte (50 % active, 50 % consacrés aux travaux habituels). L'intimé aurait ainsi dû instruire correctement la cause, compte tenu de la modification de statut qu'il aurait dû prendre en compte, et recalculer le degré d'invalidité de l'assurée, sur la base d'un statut mixte, dès septembre 2018, les calculs devant être ainsi également refaits pour la période dès avril 2019, soit dès l'aggravation de l'état santé durable et totalement incapacitante, comme retenu par l'OAI.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision entreprise étant annulée en tant qu'elle retenait un statut de ménagère à plein

temps dès septembre 2018, la cause étant retournée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

17. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 LPA). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). En l'espèce, cette indemnité sera fixée à hauteur de CHF 2'000.-.

18. La procédure n'est pas gratuite en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (art. 69 al. 1bis LAI), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa version ici applicable). Aussi, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 17 septembre 2019, au sens des considérants, et renvoie la cause à cet office pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.
4. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 2'000.-, à la charge de l'office précité.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office précité.
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	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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