RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4533/2019 **ATAS/335/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 avril 2021

4ème Chambre

En la cause

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

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1974, 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) le 7 avril 2017 en raison d'un état dépressif et de problèmes de dos.

2. À teneur d'un rapport établi le 11 avril 2017 par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée souffrait d'une dépression moyenne depuis environ 2010 et de problèmes physiques. Elle était d'origine du Kosovo/Albanie, âgée de 42 ans, mariée et mère de trois enfants, dont un fils décédé en 2010. À 22 ans (en 1997), l'assurée avait accouché dans des conditions difficiles de son premier enfant. Deux ou trois semaines plus tard, elle avait retrouvé son bébé inanimé en raison d'une infection grave avec des implications cérébrales. Depuis, son fils avait été spastique IMC, handicapé à 100%, incapable de parler et de se déplacer. L'assurée s'en était occupée jour et nuit jusqu'en juin 2010, date du décès de son fils, après des infections pulmonaires à répétition. L'assurée était arrivée en Suisse en 1999, à 24 ans, six mois après la naissance de son deuxième enfant. En 2008, elle avait donné naissance à son troisième fils. Depuis son arrivée en Suisse, elle avait été très occupée par les soins à prodiguer à son fils aîné et à l'éducation de ses deux autres enfants. La vie, l'infirmité et le décès de son fils aîné avaient été très difficiles à accepter pour elle. Ce dernier lui manquait beaucoup et elle avait un mélange de sentiments (tristesse, colère, culpabilité …), son « cœur était coupé en deux ». Actuellement, elle vivait passablement repliée à la maison, essentiellement centrée sur la vie de ses deux fils et avait beaucoup de difficultés à réinvestir et profiter de la vie. Elle souffrait de troubles de sommeil et présentait une symptomatologie compatible avec une dépression moyenne, avec beaucoup de fatigue, d'anxiété et de tension. Elle disait aussi souffrir de maux de dos, après avoir porté son fils aîné pendant 13 ans, et de douleurs gastriques (hyperacidité). À la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail, le médecin a répondu « indéterminée ».

3. Dans un rapport du 17 juin 2017 manuscrit et peu lisible, le docteur C_____, médecine générale, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble digestif aspécifique quotidien (pas de diagnostic à ce jour), syndrome vertébral (douloureux sur scoliose) et suivi psychiatrique pour troubles de l'humeur. L'assurée souffrait de douleurs abdominales avec des troubles du transit, d'une douleur au niveau lombaire et cervical récurrente, de fatigue chronique et d'un trouble de l'humeur. Elle prenait du Cipralex, du Pantozol, du Motilium et du Dafalgan. Elle était à 100% incapable de travailler depuis 2014. Elle souffrait de douleurs musculo-squelettiques invalidantes, de fatigue et d'un trouble objectif incontrôlé. On ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Elle pouvait faire uniquement des

activités en position assise. Sa capacité de concentration était limitée ainsi que sa capacité d'adaptation et de résistance

4. À teneur d'un rapport établi le 12 octobre 2017 par le Dr B_____, l'état de santé de l'assurée était stable depuis 2017. Sa capacité de travail était de 30 à 50% dans le poste de travail occupé en tant que femme de ménage et dans toute autre activité.

5. Dans un rapport du 13 octobre 2017, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis 2014. Il n'y avait pas de changements dans les diagnostics. L'évolution était absente avec une persistance des lombalgies. L'assurée ne pouvait pas effectuer des travaux avec charges, mobilisation du tronc ainsi qu'en position assise ou debout de longue durée. Sa capacité de travail dans le poste de travail occupé était de 0%. Le médecin n'a pas répondu à la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

6. Dans un rapport du 16 février 2018, le Dr C_____ a indiqué, au sujet d'un rapport radiologique relatif à l'assurée, qu'il confirmait une atteinte dégénérative de la colonne cervicale avec, notamment, la présence de discopathies pouvant être à l'origine des douleurs que l'assurée présentait au niveau des épaules et de faiblesses et de troubles de la sensibilité au niveau des membres supérieurs. Cette pathologie s'ajoutait aux problèmes évoqués dans le précédent rapport médical et avait une influence sur la capacité de travail et d'adaptation à une activité professionnelle concernant principalement les efforts effectués (port de charges, travail les bras en avant et au-dessus de la tête, travail de bureau, etc.) ainsi que sur l'endurance au travail.

7. À teneur d'un rapport établi le 20 juillet 2018 par le Dr B_____, l'assurée souffrait d'une dépression légère à moyenne. Il y avait eu peu d'évolution dans son état depuis mai 2017, avec la persistance de grandes difficultés à accepter la vie, l'infirmité et le décès de son fils aîné en 2010, et des émotions douloureuses et des flashbacks. Elle était toutefois un peu moins isolée et repliée à la maison, car elle allait une à deux fois par semaine faire une heure et demie de bénévolat à la ludothèque du Grand-Saconnex. Elle appréciait cette activité et les interactions avec les autres personnes. L'assurée était à nouveau en deuil suite au récent décès inattendu de son frère, en juin 2018. Du point de vue strictement psychiatrique, sa capacité de travail était de 50 à 70% depuis environ avril 2018. Les limitations fonctionnelles étaient peu d'envie, pas d'énergie, fatigabilité, concentration parfois limitée, hypoactivité.

8. Dans un rapport du 31 octobre 2018, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux vertébral, d'une hernie C6-C7, d'une insuffisance pancréatique avec syndrome douloureux abdominal et d'un trouble psychiatrique. Sa capacité de travail n'était pas évaluable.

9. Selon un rapport établi le 23 novembre 2018 par le docteur D_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), il fallait considérer que la capacité de travail de l'assurée était définitivement nulle dans

l'ancienne activité de femme de ménage depuis 2014 et qu'elle était de 60% (entre 50 et 70%) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (épargne du dos et du cou, possibilité de toilette rapide, horaires de repas réguliers) depuis juillet 2018 (date de l'amélioration signalée par le psychiatre). Le SMR relevait que le Dr C_____ ne se prononçait pas dans ses rapports des 17 juin et 13 octobre 2017 sur la capacité de travail dans une activité adaptée et retenait une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (épargne du dos et du cou, possibilité de toilette rapide, horaire de repas régulier) depuis juillet 2018.

10. À teneur d'un rapport d'enquête ménagère du 18 mars 2019, les empêchements pondérés sans exigibilité étaient de 28,80% et avec exigibilité de 1,50%. L'exigibilité avait été retenue en tenant compte du fait que l'assurée vivait sous le même toit que son mari et son fils âgé de 20 ans, qui pouvaient participer aux tâches ménagères.

11. Selon une note sur le statut, il ressortait du compte individuel de l'assurée que depuis son arrivée en Suisse en 1999, elle avait travaillé à un taux très partiel de 2008 à 2013, en tant que femme de ménage (rapport médical du 19 mai 2017) et ouvrière (documents professionnels versés au dossier le 7 avril 2017). Des informations données par l'enquêtrice, il ressortait que l'assurée travaillait quatre heures par semaine en moyenne et disait que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% en tant que femme de ménage, pour pouvoir s'occuper de ses enfants. En conséquence, le statut était mixte avec une part professionnelle de 50%.

12. Par projet de décision du 4 juin 2019, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 51% du 1er octobre 2017 au 30 juin 2018. Depuis avril 2018, sa capacité de travail était de 60% dans une activité adaptée. Son degré d'invalidité était de 16%, ce qui ne lui ouvrait plus le droit à une rente. La réduction de la rente prenait effet trois mois après l'amélioration de l'invalidité sans interruption notable. Elle était ainsi supprimée à partir du 1er juillet 2018.

13. Le 20 juin 2019, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Elle ne comprenait pas son estimation de sa capacité de travail à 60%. Selon ses médecins, elle était totalement incapable de travailler dans tous les domaines. Elle ne savait ni lire ni écrire le français et s'était occupée de son fils handicapé tous les jours pendant quinze ans. Ses capacités psychiques étaient limitées, en particulier ses capacités de concentration et d'apprentissage, selon son psychiatre. Elle ne voyait pas quel type de travail pourrait être adapté à sa situation. De plus, elle avait perdu son frère âgé de 41 ans de façon subite et inattendue le 16 juin 2018, ce qui avait été un très grand choc pour elle. Cela l'avait beaucoup affectée et fragilisée et avait fait ressurgir de mauvais souvenirs avec son fils. Elle demandait le réexamen de son cas.

    À l'appui de son opposition, l'assurée a produit :

- un rapport établi le 24 mai 2019 par le Dr B_____, qui indiquait l'avoir revue en consultation au début du mois de mai 2019. Elle présentait une symptomatologie compatible avec un trauma complexe. Les événements traumatiques qu'elle avait vécus étaient un père violent et terrorisant durant toute son enfance et sa jeunesse, la maladie et le handicap de son fils, un déménagement dans une culture étrangère, un réseau de soutien familial (mère, famille étendue) à distance, un frère aîné qui avait énormément travaillé pour toute la famille et qui était mort assez jeune. Ce trauma complexe se manifestait psychologiquement/symptomatiquement par de l'anxiété, une fatigabilité, des capacités limitées de concentration et d'apprentissage ainsi que d'adaptation.
- un rapport établi le 19 juillet 2019 par le Dr B_____, qui mentionnait que depuis le décès inattendu du frère de l'assurée en juin 2018, la symptomatologie dépressive et anxieuse de celle-ci avait augmenté de façon significative, car ce deuil était très difficile à faire pour elle. De plus, elle ne savait quasiment pas écrire, ni lire en français, ni utiliser un ordinateur. C'était pourquoi il estimait actuellement, et différemment qu'en juillet 2018, que depuis le décès de son frère en juin 2018, la capacité de travail de l'assurée au niveau psychique dans un travail adapté à ses limitations physiques et psychiques était de 30%.

14. À teneur d'un rapport établi le 31 juillet 2019 par le Dr C_____ reçu par l'OAI le 2 août 2019, l'assurée souffrait toujours d'une atteinte dégénérative de la colonne cervicale avec la présence de discopathies qui étaient à l'origine de douleurs au niveau des épaules, de faiblesse et de troubles de la sensibilité des membres supérieurs. Elle présentait toujours des troubles digestifs avec des réactions douloureuses imprévisibles et invalidantes, dans le cadre d'une insuffisance pancréatique pour laquelle aucun traitement ne s'avérait efficace. Considérant le faible niveau socio-éducatif de l'assurée et ses pathologies, sa capacité de travail était nulle.

15. Par avis médical du 19 août 2019, le SMR a estimé que les médecins traitants de l'assurée n'apportaient aucun élément médical nouveau dans leurs rapports des 19 juillet et 31 juillet 2019. En ce qui concernait une éventuelle aggravation de l'état psychique, il était à noter que le décès du frère de l'assurée avait déjà été signalé et pris en compte par le Dr C_____ dans son rapport du 31 octobre 2018 et par le Dr B_____ dans son rapport du 20 juillet 2018. De plus, les descriptions de l'état de santé ne présentaient aucun élément de gravité. Au niveau psychique, il était seulement signalé que l'assurée était facilement anxieuse, et fatigable, avec des capacités limitées de concentration, d'apprentissage et d'adaptation. À l'heure actuelle, il n'y avait pas d'élément objectif médical permettant de s'écarter des conclusions précédentes.

16. Par décision du 7 novembre 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente simple du 1er octobre 2017 au 30 juin 2018 à hauteur de CHF 613.- ainsi qu'une rente

complémentaire simple pour ses enfants à hauteur de CHF 245.- pour chacun d'eux. La décision précisait qu'un recours pouvait être formé contre elle dans les trente jours dès sa notification auprès de la chambre des assurances sociales, et qu'en application de l'art. 97 LAVS, applicable par renvoi de l'art. 66 LAI, l'effet suspensif d'un tel recours était retiré. La décision était par conséquent immédiatement exécutoire. L'assurée avait la possibilité de contester le retrait de l'effet suspensif selon les mêmes modalités que pour le recours. Celui-ci devait contenir un exposé succinct des faits, des motifs ainsi que les conclusions et être accompagné de la décision contestée ainsi que d'éventuels moyens de preuve. Après l'écoulement du délai de recours, qui ne pouvait pas être prolongé, la décision entrerait en vigueur. L'OAI reprenait la motivation développée dans son projet de décision, sans modification.

17. L'assurée a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 9 décembre 2019. Elle estimait que c'était à tort qu'une demi-rente d'invalidité lui avait été accordée dès le 1er novembre 2017 et qu'elle avait été limitée au 30 juin 2018. Son état de santé aurait dû amener l'intimé à constater qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité d'au moins 70%. Elle contestait la limitation temporelle au 30 juin 2018 et estimait avoir une capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé de 60% depuis avril 2018. Son conseil n'ayant été constitué que depuis le 27 novembre et n'ayant pas encore reçu les pièces du dossier, l'assurée sollicitait un délai pour compléter son recours. Elle demandait également l'audition des parties et se réservait la possibilité de produire toute pièce utile et de requérir une expertise judiciaire. Elle concluait, préalablement, à ce que l'effet suspensif soit accordé, et principalement, à l'annulation de la décision de l'intimé du 7 novembre 2019 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de dépens. Subsidiairement, elle requérait le renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il statue à nouveau dans le sens des considérants.

18. Le 16 décembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à la décision querellée. Il avait retenu les éléments avancés par les médecins traitants de la recourante. En effet, il ressortait du courrier rempli par le Dr B_____ en juillet 2018 que la recourante présentait une capacité de travail entre 50 et 70% dès avril 2018. Sur le plan somatique, les atteintes retenues par le médecin traitant justifiaient certes une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité, mais pas dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. La décision litigieuse ne prêtait pas le flanc à la critique et les éléments apportés par la recourante ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

19. Le 17 septembre 2020, après de multiples prolongations de délai, la recourante a fait valoir qu'il ressortait des rapports médicaux de ses médecins traitants que, contrairement à ce qu'avait estimé l'intimé, son état de santé ne s'était pas amélioré. Il s'était même dégradé, selon le rapport établi par le Dr C_____ le 16 février 2018. Sa capacité résiduelle était nulle, dans la mesure où ses problèmes

psychiques et physiques étaient toujours présents et aussi importants, voire plus qu'à l'époque où l'intimé lui avait reconnu une invalidité de 50%. La recourante n'avait pas été expertisée sur les plans psychiatrique et rhumatologique, alors que cela s'avérait indispensable, au vu du dossier. Contrairement à ce qu'avait retenu l'intimé, le Dr B_____ avait estimé, le 9 juillet 2019, que sa capacité de travail, au niveau psychique, dans un travail adapté à ses limitations physiques et psychiques était de 30% et non de 60%. Elle contestait également les revenus pris en compte pour établir son taux d'invalidité ainsi que les empêchements retenus dans l'enquête ménagère, qui ne correspondaient pas à la réalité de sa vie quotidienne. Elle n'arrivait quasiment plus rien faire à la maison, notamment en raison des importantes douleurs dont elle souffrait, de sorte que c'était sa famille qui prenait presque intégralement en charge ces travaux. Elle ne pouvait plus faire l'entretien de son logement, la lessive et l'entretien des vêtements, les courses quotidiennes et les achats plus importants, de sorte que c'était un taux d'invalidité d'au moins 10% qui aurait dû être retenu par l'intimé pour les travaux ménagers.

La recourante concluait, préalablement, à la comparution personnelle des parties, à ce qu'une expertise disciplinaire psychiatrique et rhumatologique soit ordonnée et à l'audition de son époux. Principalement, elle concluait à l'annulation de la décision de l'intimé du 7 novembre 2019, à ce que la réévaluation de son cas soit ordonnée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de dépens.

À l'appui de son écriture, la recourante a produit, notamment, une décision d'octroi de l'assistance juridique avec effet au 2 décembre 2019 limitant son octroi à 12 heures d'activité d'avocat, audiences et forfait courrier/téléphone en sus.

20. Le 29 septembre 2020, l'intimé a observé que l'ensemble des atteintes (psychiatriques et somatiques) présenté par la recourante avait été pris en compte pour déterminer qu'elle avait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Les revenus pris en compte pour déterminer le taux d'invalidité étaient corrects. Le taux d'empêchement dans le ménage avait été déterminé sur la base d'un rapport d'une enquête à domicile, qui constituait une base fiable de décision, selon la jurisprudence applicable. Il n'y avait pas d'erreur d'estimation que l'on pouvait clairement constater ni d'indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête. En conséquence, l'intimé maintenait ses précédentes conclusions.

21. Lors d'une audience du 3 mars 2021 :

a. La recourante, assistée d'une interprète, a déclaré : « Le 16 juin 2018, mon frère est décédé et j'allais très mal à ce moment-là. Je souffrais beaucoup. Je n'avais plus de force. Je ne pouvais rien faire. Je ne comprends pas la teneur du rapport médical de mon psychiatre du 20 juillet 2018, car j'allais de moins en moins bien. Je n'ai jamais été bien depuis la naissance de mon fils aîné (…). J'ai un bon contact avec mon psychiatre. J'y vais une fois par mois. Je vais une fois par semaine chez une psychothérapeute. J'ai changé de psychiatre, car il ne comprenait pas la gravité de

mon état et je voulais également que tous mes thérapeutes soient au même endroit, au centre médical du Grand-Saconnex. Je voyais le Dr B_____I une fois par mois. Je n'avais à cette époque pas de psychothérapeute. C'est le deuxième psychiatre qui m'a proposé de faire une psychothérapie, le Dr E_____(…). La perte de mon frère en juin 2018 a aggravé mon état. Je n'arrivais pas à respirer. Ma gorge se serrait et j'avais toujours mal à l'estomac. Je me sentais toujours nerveuse. Je travaillais deux heures une fois par semaine à la ludothèque, mais après le décès de mon frère, je ne pouvais plus, car j'avais le cerveau trop fatigué. Je n'ai pas repris cette activité. Je ne peux pas travailler. Tout est bloqué, notamment ma nuque. Pendant des années j'ai porté mon enfant. Il avait 14 ans et demi quand il est décédé. J'utilisais toute mes forces et mon bras était noir. Je ne dormais pas. Je me suis moi-même occupée de mon fils. Il allait le matin à l'école. Les deux dernières années, il a été souvent hospitalisé. C'est moi qui m'occupe de tout à la maison. Mon mari m'aide quand il rentre du travail. Il passe l'aspirateur. C'est lui qui fait les courses. Je vais au marché, mais je ne peux pas porter beaucoup, 2 ou 3 kg pas plus. Je prends un chariot. Mon deuxième fils a commencé l'armée, le 8 février de cette année. Le dernier a 12 ans et demi. J'ai de la chance avec ce dernier qui est très attaché à moi. J'ai de la chance avec les deux. Le plus grand souffre de me voir comme cela. Il me dit qu'il sait que j'ai trop souffert avec le grand frère. Mes enfants voient que je suis toujours triste. Le plus jeune va chez un psychothérapeute. Je me réveille à 7h30. Je prépare le petit-déjeuner. Mon fils cadet va à l'école tout seul. Ensuite je me couche, car je suis trop fatiguée car je ne dors pas bien la nuit. J'ai mal aux os, partout. J'essaie de marcher mais je souffre. J'ai du cholestérol élevé. Je ferme les yeux, mais je ne dors pas. Je ne pense qu'à des choses mauvaises que j'ai vécues. Cela ne sort pas de ma tête. Je me lève vers 10h00 et je prépare le déjeuner pour mon fils. Mon mari achète des sandwichs. Il ne rentre pas à midi. En ce moment, avec la pandémie, il rentre deux fois à midi par semaine. Après le repas, je me promène un peu avec une copine dans un parc. L'après-midi, je me promène parfois avec mon mari. Avant je partageais ma souffrance en lien avec mon fils avec mon mari, mais je ne peux pas le faire en lien avec la perte de mon père et de mon frère. C'est trop pour lui. J'ai également beaucoup souffert pendant mon enfance. Mon père battait ma mère. Mon mari me soutient très bien au quotidien. Il s'occupait très bien de l'enfant. Il rentrait dès qu'il pouvait à la maison et m'aidait. Depuis le confinement, je ne sors plus. Avant j'allais au parc avec les enfants et je rencontrais des voisines kosovares. Je n'y vais plus. J'ai besoin de rester à la maison. J'écris un message à ma copine quand je veux aller promener. Elle me propose aussi parfois de le faire. Le fils de ma tante habite à Genève, mais je ne le vois pas souvent. Je n'ai pas envie de sortir. J'ai des contacts téléphoniques avec ma mère, ma sœur, mon frère qui est à Zurich, et ma belle-sœur. J'exprime ma souffrance auprès de mon frère et ma sœur. J'évite de le faire avec ma mère, qui a déjà trop souffert. Je ne suis pas sortie pendant cinq semaines en mars 2020. Avant la pandémie, je sortais dans le parc, deux à trois fois par semaine pour marcher, selon les conseils de mon médecin. Je ne peux pas courir, ni trop marcher, car j'ai mal au dos. Je passe mon

temps sur le canapé. Je regarde la télévision s'il y a un bon film et j'évite de regarder des horreurs. Je fais la vaisselle, je mets des assiettes dans le lave-vaisselle. Je ne lave pas les toilettes, mais je nettoie tout ce qui est à ma hauteur. Des fois j'ai très mal au dos, je n'arrive pas à me laver le visage. J'ai de la peine à mettre mes bas. En fait, j'ai toujours mal. J'utilise un appareil qui vibre que le médecin m'a donné que je passe sur le haut de mon dos, mais cela me fait mal à la tête. Je ne l'utilise plus que deux fois par semaine.

Je prends des médicaments pour la dépression et pour les douleurs. Quand je prends les médicaments contre la douleur, cela me soulage. Je les prends quand j'ai mal, mais pas tous les jours. Des fois cela va mieux. Je prends le Dafalgan et, si j'ai trop de douleurs, les deux autres médicaments (…). Je vois un spécialiste pour le ventre à l'hôpital de la Tour. Je ne le vois pas souvent, mais il m'a prescrit des médicaments qui me sont ordonnés par mon médecin traitant. Ce qui me handicape le plus au quotidien c'est le dos, la nuque et des maux de tête à cause du virus depuis le mois d'octobre. J'avais déjà mal à la tête avant mais moins. Vous me demandez à quel taux je travaillerais si je n'avais pas de problèmes de santé. J'ai envie de travailler. Je travaillerais à 100% si j'allais bien. J'aurais mis les enfants à la crèche lors qu'ils auraient eu 4 ou 5 ans. Quand l'enquêtrice est venue à la maison. On ne comprenait pas bien. Il n'y avait pas d'interprète. J'étais avec mon mari qui parle français mais pas aussi bien que l'interprète. J'ai le même problème avec le psychiatre. Peut-être que l'enquêtrice m'a mal comprise. Je ne parle pas bien français. Je ne peux toutefois pas dire ce qu'elle aurait rapporté de faux.

b. Le conjoint de la recourante a déclaré : « Lors de l'enquête sur le ménage, j'étais présent. Je n'ai pas eu de problèmes de compréhension avec l'enquêtrice. Je n'ai pas lu le rapport en détail. Mon épouse fait le repas de midi. Nous faisons ensemble le repas du soir. J'aide volontiers aux travaux ménagers. Pour le ménage, mon épouse fait les choses les plus faciles. Parfois elle arrive à passer l'aspirateur. Elle ne peut pas faire des efforts, seulement les choses faciles. Elle aime avoir sa maison propre et s'occupe du ménage, mais parfois elle ne peut pas le faire en raison de ses douleurs. Parfois, elle ne peut même pas bouger. Elle s'occupe en général tous les jours un peu du ménage. Je l'aide pour les vitres, les plantes du balcon. Elle arrive à changer les draps de lit, mais je l'aide pour les choses lourdes, bouger le matelas par exemple. Elle arrive à faire de petites courses dans le quartier avec le chariot. C'est moi qui m'occupe des choses lourdes. Elle doit marcher et s'organise pour le faire une heure par jour quand elle le peut, pas tous les jours. Elle essaie. J'ai de la peine à dire ce qui lui fait plaisir. Je confirme ce que ma femme dit, qu'elle aime danser. Elle écoute de la musique parfois. Elle est vite limitée à cause de ses douleurs. (La recourante dit que la musique lui fait du bien). Parfois elle pleure d'émotion en écoutant la musique. Cela lui fait du bien. Notre fils le plus âgé aide volontiers à la maison. Il a passé du temps avec son frère aîné. Il veut nous soulager. Son frère lui manque. Je me promène avec ma femme plusieurs fois par semaine. Nous avons deux familles proches d'amis que nous voyons régulièrement chez nous ou chez

eux. Pour la lessive nous avons une machine à la maison. Ma femme arrive à mettre les machines et étendre le linge. Elle fait un peu de repassage, bien positionnée. Elle s'occupe beaucoup des enfants qui sont sa priorité. Elle gère ce qui concerne nos enfants, en particulier le plus jeune. Je m'en occupe moins, car je travaille. Notre plus jeune enfant ne participe pas beaucoup aux tâches ménagères, mais il s'occupe de sa chambre. En général, mon épouse arrive à amener notre fils au football et à le chercher avec la voiture. Elle l'utilise également pour aller à ses rendez-vous ou au centre commercial par exemple. Je me suis toujours beaucoup investi pour l'entretien de la maison et le soutien de la famille. L'état de mon épouse s'est vraiment dégradé au moment du décès de son frère. Elle avait déjà été très touchée par la perte de son père deux ans auparavant. Depuis le décès de son frère, l'état de mon épouse est toujours pareil. Son atteinte principale est psychique, mais le fait qu'elle ait des douleurs entretient ses difficultés. Mon épouse était très proche de son frère. Ils étaient les deux aînés d'une fratrie de six. Je confirme que ma femme a beaucoup de difficultés à dormir la nuit, en raison des douleurs et pour des raisons psychiques. Elle a des médicaments, mais cela ne suffit pas. Cela arrive plusieurs fois par semaine. Ma femme aimerait travailler si elle le pouvait. Un jour ça va bien et un jour non, cela serait difficile pour elle de travailler dans ces conditions. Elle est trop fatiguée lorsqu'elle ne dort pas la nuit. À la maison c'est différent, elle peut s'occuper des travaux ménagers, car elle peut se reposer quand cela ne va pas. Je pense que si ma femme allait bien, elle aurait dû travailler à 50 ou 100%, car sans l'aide de l'État notre situation financière ne nous permettrait pas de subvenir aux besoins de la famille. Je suis poissonnier et je touche un salaire mensuel brut de CHF 4'200.-. »

22. Sur ce, 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 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant au 1er janvier 2021 devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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.

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

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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).

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

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. 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).

8. 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).

9. 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.

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

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

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125

V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. 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'assurée, 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).

13. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28*a* al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

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, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (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.

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).

14. 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).

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).

15. En l'espèce, la recourante estime que son état de santé aurait dû amener l'intimé à constater qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité d'au moins 70%. Elle conteste la limitation temporelle au 30 juin 2018 et avoir une capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé de 60% depuis avril 2018. Elle a conclu à ce qu'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique soit ordonnée.

    En l'occurrence, le SMR puis l'intimé dans sa décision du 7 novembre 2019 ont retenu que la recourante pouvait travailler à 60% dans une activité adaptée depuis avril 2018, sur la base d'un rapport du psychiatre traitant de celle-ci du 20 juillet 2018. La recourante a toutefois produit un nouveau rapport de son psychiatre du 19 juillet 2019 indiquant que son état de santé s'était aggravé de façon significative depuis le décès de son frère en juin 2018. Son psychiatre estimait de ce fait, en relevant que la recourante ne maîtrisait pas bien le français, que depuis le décès de son frère, sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 30% et non pas de 60%, contrairement à ce qu'il avait retenu le 20 juillet 2018.

Le SMR a considéré, le 19 août 2019, que le décès du frère de la recourante avait déjà été pris en compte par le Dr B_____ dans son rapport du 20 juillet 2018 et qu'au au niveau psychique, il était seulement signalé que la recourante était facilement anxieuse, fatigable, avec des capacités limitées de concentration, d'apprentissage et d'adaptation. Il n'y avait, selon le SMR, pas d'élément objectif médical permettant de s'écarter des conclusions précédentes.

La chambre de céans constate que le rapport du Dr B_____ du 19 juillet 2019 remet en cause la première appréciation de celui-ci. Dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait retenir que la capacité de travail dans une activité adaptée de la recourante était suffisamment établie. S'il a retenu une valeur probante à la première appréciation de ce psychiatre, on voit mal pourquoi la seconde appréciation de celui-ci ne le serait plus. La brève motivation de l'avis du SMR ne permet pas d'écarter toute valeur probante à la nouvelle appréciation du Dr B_____. Le premier rapport de ce médecin a été rédigé en juillet 2018, soit environ un mois après le décès du frère de la recourante. Bien qu'il fasse mention de ce fait nouveau, il est possible que le Dr B_____ n'ait, à ce moment là, pas encore pris la mesure de l'effet de ce deuil récent sur l'état de santé de la recourante. Le fait que ce médecin ait pris en compte à tort les difficultés linguistiques de la recourante dans l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle ne suffit pas à exclure la possibilité d'une réelle aggravation de son état de santé psychique. Dans ces circonstances, une instruction complémentaire s'imposait.

Il convient encore de relever que le Dr C_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée dans ses rapports des 17 juin et 13 octobre 2017, ni dans celui du 16 février 2018. Le 2 août 2018, il semble avoir retenu une capacité de travail nulle dans toute activité en prenant en considération, à tort, le faible niveau socio-éducatif de la recourante.

Sur cette base et en l'état du dossier, le SMR ne pouvait pas retenir une capacité de travail résiduelle de la recourante sur le plan somatique, sans un examen plus approfondi de son cas, par des spécialistes, étant rappelé que le Dr C_____ n'est pas spécialisé dans les domaines relatifs aux atteintes de la recourante.

Il fallait dès lors faire examiner la recourante par un rhumatologue pour son atteinte dégénérative de la colonne cervicale avec discopathies et par un gastroentérologue pour ses troubles digestifs, le Dr C_____ ayant estimé le 31 juillet 2019 que ces deux atteintes étaient incapacitantes.

La cause doit en conséquence être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

16. S'agissant des conclusions de l'enquête ménagère, elles sont convaincantes. Les déclarations de l'époux de la recourante ont en effet permis de valider l'appréciation des empêchements retenus par l'enquêtrice.

17. S'agissant du statut de la recourante, celle-ci a déclaré dans un premier temps à l'enquêtrice que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50%, pour pouvoir

s'occuper de ses enfants. Elle a allégué, lors de l'audience du 3 mars 2021, que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% et qu'elle aurait mis ses enfants à la crèche dès l'âge de 4 ou 5 ans, précisant que lors de l'enquête ménagère, il n'y avait pas d'interprète et qu'elle ne comprenait pas bien l'enquêtrice. Son époux a déclaré que si son épouse allait bien, elle aurait dû travailler à 50 ou 100%, car sans l'aide de l'État leur situation financière ne leur permettrait pas de subvenir à leurs besoins, précisant qu'il travaillait comme poissonnier et touchait un salaire mensuel brut de CHF 4'200.-. Au vu des déclarations de la recourante et de son époux, du revenu limité de ce dernier et du fait que leur plus jeune fils était âgé de 11 ans lors de la décision querellée, il peut être retenu, comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans invalidité, la recourante travaillerait en tout cas à 80%. Les premières déclarations de la recourante à ce sujet à l'enquêtrice ne peuvent lui être opposées, dès lors qu'elle n'a pas bénéficié d'un interprète lors de l'enquête et qu'elle a fait valoir ne pas avoir bien compris l'enquêtrice.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 7 novembre 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

19. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

20. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision rendue le 7 novembre 2019 par l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Alloue à la recourante une indemnité pour ses dépens de CHF 2'000.- à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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) aux conditions de l'art. 93 al. 1 LTF; 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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