RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/925/2019 **ATAS/479/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2022

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gazmend ELMAZI — recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en juin 1962, employée d'entretien, a fait l'objet d'une communication de détection précoce à l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par [la compagnie d'assurances] B_____, en date du 31 août 2010.

b. L'assurée souffrait de douleurs abdominales, présentes tous les jours, irradiant dans le dos, sous ceinture et accompagnées d'un ballonnement important. Elle était connue pour un status post amygdalectomie dans l'enfance ainsi que pour une hypertension artérielle, une hypertrophie glycémie ainsi que des migraines.

c. Par courrier du 8 juin 2011, l'OAI a informé l'assurée que le dépôt d'une demande de prestations d'invalidité n'était pas indiqué, en raison du fait que l'assurée avait repris son activité professionnelle à 100 %, à compter du 15 juin 2011 et s'était inscrite, de plus, auprès de l'office régional de placement.

d. En date du 6 avril 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, indiquant comme médecin traitant le docteur C_____, généraliste. À la demande de l'OAI, ce dernier a complété un rapport médical du 11 mai 2017, dans lequel il indiquait que la capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, ajoutant que la marche était difficile. Il mentionnait des persistances de douleurs aux deux hanches, des plaintes multiples, une boiterie, une marche avec des cannes anglaises et aucune amélioration au cours des six derniers mois. Selon le médecin traitant, l'activité exercée n'était plus exigible et l'assurée souffrait de surcroît d'un trouble anxio-dépressif ; une activité adaptée était toutefois possible à 50 %, en position assise.

e. À la demande de l'OAI, le docteur D_____, chef de clinique aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a complété, le 23 juin 2017, un rapport médical de réadaptation professionnelle dans lequel il indiquait le début d'une longue maladie, à partir du 12 août 2014, avec une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et/ou dans une activité adaptée de 0 %, des douleurs chroniques à la hanche gauche et la nécessité de marcher avec des cannes de marche. Les douleurs au niveau de la hanche gauche semblaient consécutives à un accident de la voie publique qui s'était produit à E_____ [Serbie], en date du 12 août 2014, après quoi l'assurée avait été rapatriée en Suisse et prise en charge par les HUG.

f. En date du 13 septembre 2018, l'OAI a complété un mandat d'enquête ménagère, indiquant que l'activité habituelle exercée par l'assurée était celle de nettoyeuse, que sa capacité de travail exigible dans son activité habituelle était de 0 % mais qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée.

g. L'enquête économique sur le ménage, réalisée le 11 décembre 2018, aboutissait à un empêchement pondéré de 18.2 % sans exigibilité et un empêchement pondéré avec exigibilité de 0 %.

B. **a.** Le 18 décembre 2018, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles dont la motivation était la suivante : l'OAI reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, depuis le mois d'août 2014, mais une capacité de travail de 50 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, dès le mois d'août 2016.

S'agissant de son statut, l'OAI considérait que l'assurée consacrait 50 % de son temps à son activité professionnelle et 50 % de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

Après comparaison des revenus, la perte économique sur le plan professionnel était de 9.98 % ce qui entraînait une invalidité de 4.99 %, alors que dans les travaux habituels, il n'y avait pas de perte économique ni d'empêchement, ce qui conduisait à ne reconnaître qu'un taux d'invalidité de 4.99 % arrondi à 5 %. Le taux en question étant inférieur au taux minimal de 40 %, l'assurée n'avait pas droit à des prestations.

b. L'OAI considérait, d'autre part, que dès janvier 2018, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel était extrapolé pour la même activité exercée à plein temps ; il en résultait un salaire annuel brut, sans invalidité, de CHF 27'253.- pour une activité à 50 % ce qui, pour une activité à 100 %, aboutissait à un revenu sans invalidité d'un montant de CHF 54'600.- pour l'année 2018.

c. Par la méthode de comparaison des revenus, le degré d'invalidité entraînait une perte économique de 54.99 % soit pour un travail à mi-temps, une invalidité de 27.5 % laquelle était arrondie à 28 %, ce qui ne permettait toujours pas d'atteindre le seuil minimal de 40 %.

d. En date du 4 février 2019, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles fondée sur les éléments déjà mentionnés dans le projet de décision du 18 décembre 2018.

e. Par courrier du 8 février 2019, le médecin traitant de l'assurée a informé l'OAI que sa patiente était venue le consulter et l'avait informé de sa volonté de faire recours contre la décision du 4 février 2019. Le Dr C_____ ajoutait que selon son appréciation, la situation avait passablement évolué depuis la date de dépôt de la demande, le 6 avril 2017, et que malgré de nombreuses séances de physiothérapie et un séjour en réadaptation à la clinique de L_____, l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré, bien au contraire. Elle marchait uniquement avec l'aide de cannes et développait une mauvaise posture du corps, responsable de la persistance et de l'aggravation de ses douleurs. Son incapacité de travail était bien de 100 % dans toute activité, depuis plusieurs mois, et certainement depuis le séjour, en juin 2018, à L_____.

C. **a.** Par mémoire du 7 mars 2019, posté le même jour, l'avocat de l'assurée a déposé un recours contre la décision de l'OAI du 4 février 2019. Ce dernier concluait préalablement à l'audition de l'assurée, de son médecin traitant, ainsi que du Dr D_____. Sur le fond, il concluait à l'annulation de la décision querellée et qu'il soit dit et constaté que l'assurée avait droit à une rente invalidité de 100 %.

b. Par courrier du 4 avril 2019, l'OAI a répondu au recours, concluant à son rejet. Après avoir pris connaissance des arguments de la recourante et des nouvelles pièces médicales produites, le dossier avait été soumis au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) qui, par avis médical du 4 avril 2019 rendu par la doctoresse F_____, constatait que la capacité de travail de 50 % résultant de l'évaluation retenue par le Dr C_____ en 2017 restait plausible et ne devait pas être remise en question. En revanche, la lettre du même médecin, datée du 8 février 2019, évoquait une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis le mois de juin 2018. Le rapport de sortie de la clinique de réhabilitation de L_____, suite au séjour du 22 mars au 11 avril 2018, renseignait sur les mesures de réhabilitation qui avaient été bien exécutées, avec motivation et bien tolérées, mais souvent avec des exacerbations des douleurs, surtout dans la région de la hanche, dans la région lombaire ainsi qu'avec une nette évolution dépressive. Les médecins mentionnaient, à la sortie, un diagnostic de syndrome douloureux polytopique, de douleurs cervicogènes et lombogènes avec déséquilibre musculaire et polyarthralgies. S'agissant du rapport du service de rhumatologie des HUG, daté du 16 novembre 2018, il mentionnait que l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique avec, au premier plan, des lombalgies communes. Un rhumatisme inflammatoire chronique était retenu comme très improbable et le docteur G_____ considérait que l'assurée présentait de nombreux facteurs de risque de chronicisation, dont une tendance anxiodépressive, et proposait aux médecins traitants d'orienter l'assurée vers un psychothérapeute. Pour le surplus, le SMR estimait qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, dès juin 2018, était considérée comme possible et les pièces médicales soumises dans la procédure de recours le conduisaient à proposer la mise en place d'une expertise bi-disciplinaire, avec volet rhumatologique et psychiatrique.

c. Par courrier du 17 mai 2019, le conseil de la recourante a abondé dans le sens de la mise en place d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

d. Par courrier du 29 juin 2020, la chambre de céans a proposé aux parties de confier une mission d'expertise psychiatrique et rhumatologique aux docteurs H_____, spécialiste en psychiatrie, et I_____, spécialiste en rhumatologie. Les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation à l'endroit des experts proposés.

e. Par courrier du 27 juillet 2020, la chambre de céans a communiqué aux parties un projet de mission d'expertise avec un libellé de questions ; au mois d'octobre

2020, les parties ont répondu qu'elles n'avaient pas de questions complémentaires à proposer.

f. Suite à l'ordonnance d'expertise du 4 mai 2021, le rapport d'expertise psychiatrique a été rendu par le Dr H_____ en date du 13 septembre 2021. Le Dr I_____ a rendu son rapport d'expertise rhumatologique en date du 12 octobre 2021.

g. Dans son rapport d'expertise psychiatrique, le Dr H_____ a conclu à l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et a considéré que, sur le plan psychique, la recourante avait une capacité de travail entière dans l'activité exercée jusqu'ici, à 100 %, sans baisse de rendement, avec des limitations fonctionnelles non significatives. Il décrivait une journée type, telle que présentée par la recourante, à savoir que cette dernière regardait des films, lisait, se reposait l'après-midi et se faisait aider par ses enfants dans les tâches quotidiennes lourdes qu'elle n'arrivait pas à faire, en raison de ses difficultés à marcher et à rester dans la même position. Son mari l'aidait à faire les courses et la véhiculait ; elle se faisait aider par ses filles pour la lessive et l'entretien des vêtements, ainsi que pour la cuisine, sauf pour les plats légers dont elle assurait elle-même la confection.

h. Le Dr I_____, dans son rapport d'expertise, s'est fondé sur l'ensemble des documents médicaux à disposition, notamment les IRM et les scanners versés au dossier. Il a pratiqué une anamnèse familiale, ainsi qu'une anamnèse systématique, une anamnèse professionnelle et a renvoyé à l'expertise psychiatrique pour l'anamnèse psychosociale. L'expert a noté que pour le rachis cervical et pour le rachis dorsal et lombaire, il n'était pas possible de mesurer le statut ostéoarticulaire, car la recourante retenait volontairement ses mouvements. Il en était de même pour la hanche gauche. L'expert a retenu que les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient, d'une part, une coxarthrose gauche, suite à l'accident de la circulation du 20 août 2014, une réduction ouverte et ostéosynthèse du cotyle gauche (M16.4) ainsi qu'une fibromyalgie (M79.7). S'agissant de l'appréciation clinique, l'expert notait que la recourante se déplaçait à demeure, depuis août 2014, à l'aide de cannes anglaises et qu'on pouvait en conclure que l'état clinique était sans évolution positive depuis maintenant sept ans ; dès lors, il était très peu probable qu'une amélioration se produise et ces éléments objectifs entraînaient, selon l'expert, une incapacité de travail à 100 %, dès le 12 août 2014, date de l'accident de la circulation, dans son activité habituelle de femme de ménage. S'agissant d'une activité adaptée, celle-ci n'était pas non plus envisageable, car les limitations fonctionnelles étaient majeures, soit : pas de position debout, ne pas devoir se déplacer de plus de 50 mètres, ne pas devoir porter de charges et ne pas pouvoir travailler en position assise, plus d'une heure au maximum dans la journée, en raison des douleurs de la hanche gauche en flexion. L'expert notait encore que ces éléments objectifs étaient parasités par des éléments cliniques subjectifs,

notamment le fait que l'expertisée ne répondait jamais clairement aux questions posées pendant l'anamnèse ; il était difficile de juger de l'intensité des douleurs et de l'effet des traitements physiques et médicamenteux. La recourante n'arrivait pas à se projeter dans un futur où une amélioration serait possible. L'expert notait tout de même que la recourante ne pouvait pas se pencher en avant, mais se relevait de la table d'examen en faisant une flexion antérieure du rachis ; elle ne pouvait pas mobiliser sa hanche gauche mais s'habillait et se déshabillait en faisant une flexion de hanche. Selon l'expert, l'examen mettait en évidence une fibromyalgie, probablement liée au choc psychologique dû à l'accident, car la recourante avait eu très peur et avait pensé mourir. Cependant, les éléments subjectifs ne pouvaient pas remettre en cause les atteintes physiques liées à la fracture du cotyle et au développement d'une arthrose de hanche qui étaient objectivées. Le tableau clinique était cohérent, notamment le diagnostic principal. La fracture du cotyle de la hanche gauche montrait un tableau clinique sans atypie. Il n'y avait pas de discordance entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée ou dans sa description de la vie quotidienne.

Sa capacité de travail dans son ancienne activité de femme de ménage était nulle, depuis le 12 août 2014 ; s'agissant d'une activité adaptée, l'expert considérait que la recourante pouvait, au maximum, travailler une à deux heures par jour, en position assise, soit un taux respectivement de 13 % (1 heure/jour) à 25 % (2 heures/jour) ; ce taux de travail était exigible depuis le 1er août 2016, soit trois mois après l'ablation de deux vis qui la gênaient au niveau de sa prothèse de hanche. À ce sujet, il fallait envisager la pose d'une prothèse totale de hanche. L'expert rejoignait les avis des médecins traitants, soit les Drs D_____ et C_____. Selon lui, le pronostic n'était pas bon car le problème de hanche ne pouvait que s'aggraver ; la situation ne pourrait s'améliorer qu'en posant une prothèse totale de hanche, tout en tenant compte de l'âge de la recourante, née en 1962 et âgée de 59 ans. En posant une prothèse totale de hanche en 2022, un bilan définitif ne pourrait pas être tiré avant l'année 2023, raison pour laquelle, dans un tel cas, l'expert recommandait de demander une révision de rente en 2023. S'agissant d'une éventuelle réadaptation professionnelle, l'expert suggérait un stage, afin de calculer un rendement que, de son côté, il estimait au maximum à 20 % dans un emploi assis, nécessitant des tâches simples.

i. Au niveau du consilium avec l'expert psychiatrique, les deux experts étaient d'accord sur le fait que le problème de santé ayant un impact sur la capacité de travail était uniquement d'ordre rhumatologique, une atteinte psychiatrique susceptible de péjorer l'état clinique rhumatologique pouvant être exclue.

j. Les parties se sont prononcées sur les conclusions des experts.

k. Par courrier du 30 novembre 2021, le mandataire de la recourante s'est fondé sur les appréciations de l'expert I_____ et en a retenu que la capacité de travail de la recourante, dans une profession adaptée, avait toujours été nulle depuis 2014. Il a confirmé les conclusions de son recours.

l. Par courrier du 30 novembre 2021, l'intimé a considéré qu'un certain nombre de reproches pouvaient être formulés à l'encontre des conclusions de l'expertise rhumatologique et a notamment rappelé que les facteurs psychosociaux et socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain. Des incohérences avaient été relevées, notamment au niveau de l'examen clinique et du fait que la recourante ne répondait jamais clairement aux questions permettant d'établir l'anamnèse. Compte tenu de ces éléments, l'intimé considérait que les signes de non organicité et les problèmes d'incohérence n'avaient pas été correctement analysés et que les conclusions de l'expert rhumatologue ne pouvaient pas être suivies.

m. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

n. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. La question litigieuse est celle de la capacité de travail de la recourante et de son droit à une rente d'invalidité.

6.

6.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6.3 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite

étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.4 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019
consid. 5.2.2 et la référence).

6.5 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

6.6 Compte tenu du fait que la chambre de céans fait siennes (voir infra) les conclusions de l'expert psychiatrique selon lesquelles la recourante a une pleine capacité de travail sur le plan psychique, la question des indicateurs ne sera pas développée.

7. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

8.

8.1 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

8.2 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

8.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

8.4 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).

8.5 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des

éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

8.6 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).

8.7 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).

8.8 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. A 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).

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

10.

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

10.2 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il 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).

10.3 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).

10.4 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).

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les

références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

10.5 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).

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

exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014).

11. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

12.

12.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. En l'espèce, dans un premier grief, la recourante invoque, certificat médical de son médecin traitant à l'appui, une aggravation de son état de santé ayant entraîné une diminution de la capacité de travail, qui serait passée, selon elle, de 50 % à 0 % dans une activité adaptée.

L'intimé met en doute les conclusions de l'expert rhumatologique, citant des incohérences au niveau de l'examen clinique et le fait que la recourante ne répondait pas clairement aux questions, ce qui, selon l'intimé, a pour conséquence que les conclusions de l'expert rhumatologue ne peuvent pas être suivies.

13.1 L'expertise du Dr I_____, rhumatologue, remplit, sur le plan formel, plusieurs exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, elle contient une anamnèse détaillée, le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives et les plaintes de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

Il convient tout d'abord de rappeler que la chambre de céans ne peut s'éloigner des conclusions d'une expertise judiciaire que pour des motifs impératifs, notamment la présence de contradictions. Or, on n'observe pas de contradictions dans le rapport d'expertise du Dr I_____ ; ce dernier a clairement indiqué les difficultés provenant du fait que la recourante ne répondait pas toujours clairement aux questions qui lui étaient posées et qu'elle retenait ses mouvements pendant l'examen clinique. En dépit de ces difficultés, qui sont mentionnées dans l'expertise et qui ne peuvent donc pas être considérées comme des contradictions, l'expert s'est fondé sur un certain nombre d'éléments objectivés, notamment au niveau du status clinique, pour estimer la capacité de travail de la recourante et ses limitations fonctionnelles.

On ne saurait suivre l'intimé qui remet en question les conclusions de l'expert sans aucune base solide, les incohérences qu'il cite n'étant pas de la responsabilité de l'expert et ne mettant aucunement en cause la valeur probante de son rapport.

L'expertise rhumatologique rejoint, par ailleurs, les conclusions des médecins traitants de la recourante concernant sa capacité de travail.

13.2 Il est vrai que le Dr I_____ mentionne qu'il pourrait être envisageable que la recourante puisse travailler à un taux de 13 % à 25 % après l'ablation de deux vis, dès le 1er août 2016. Toutefois, il se montre beaucoup plus prudent au niveau de ses conclusions (expertise Dr I_____ p. 20) indiquant que « l'opération du 14 avril 2016 (ablation de deux vis) n'a pas permis d'améliorer la situation clinique. En résumé, la capacité de travail dans une profession adaptée a toujours été nulle depuis 2014 ».

Dès lors, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail de la recourante, aussi bien dans son activité antérieure que dans une activité adaptée, doit être considérée comme nulle, depuis la date de l'accident du 20 août 2014, compte tenu des importantes limitations fonctionnelles observées et de l'âge de la recourante, née en 1962.

Cela étant, une éventuelle révision pourrait être envisagée après qu'une prothèse entière de la hanche ait été posée, comme le suggère l'expert.

14. Dans un second grief, le mandataire de la recourante ne remet pas en question l'application de la méthode mixte fondée sur une répartition des activités de 50 % pour les activités professionnelles et 50 % pour les travaux habituels du ménage. En revanche, il conteste le résultat de l'enquête économique du ménage et notamment le taux d'exigibilité de 18.2 % retenu pour les membres de la famille, estimant ce chiffre trop élevé en raison du fait que, d'une part, l'époux de la recourante souffre

également de troubles de la santé, perçoit une rente entière d'invalidité et peut difficilement aider la recourante dans les tâches ménagères et que, d'autre part, les deux filles de la recourante, âgées respectivement de 28 et 30 ans, ne sont que rarement présentes au domicile de leurs parents.

14.1 Le contrat individuel de travail du 23 février 2007, passé avec l'entreprise Indigo Services, mentionne que la recourante était employée en qualité de nettoyeuse, jusqu'à 22 heures par semaine. Cet élément permet de confirmer la répartition retenue par l'intimé, soit 50 % pour l'activité professionnelle et 50 % pour les tâches ménagères et l'application de la méthode mixte pour le calcul du taux d'invalidité.

14.2 S'agissant de l'enquête ménagère, le taux d'exigibilité de 18.2 % est contesté par le mandataire de la recourante en ce qui concerne la participation de l'époux de cette dernière. Il sied de préciser que, selon les déclarations de la recourante lors de l'enquête ménagère (ch. 2.3), l'époux est indépendant et a une entreprise de peinture/tapisserie, tout en s'occupant de la conciergerie d'un petit immeuble de 4-5 appartements, attenant au domicile du couple. Il paraît, dès lors, peu crédible que l'époux de la recourante ne soit pas en mesure de l'aider dans ses tâches ménagères, pour des raisons de santé, alors même qu'il serait capable de s'occuper de tâches de conciergerie.

S'agissant des filles de la recourante, soit J_____, née en 1991, et K_____, née en 1989, il est mentionné qu'elles vivent en ménage commun avec la recourante, mais prennent leurs repas à l'extérieur. J_____ est sans emploi et K_____ suit une formation dans le domaine _____. Rien ne vient corroborer les allégations du mandataire de la recourante selon lesquelles les deux filles seraient « rarement » au domicile de leurs parents, ce qui ne ressort aucunement du dossier. On peut donc confirmer qu'il peut être exigé des deux filles qu'elles aident la recourante dans ses tâches ménagères.

Le rapport d'enquête ménagère est très complet et détaillé. Il est mentionné systématiquement que les informations proviennent de la recourante (formulation : « selon ses dires »). L'infirmière enquêtrice précise que les filles participent aux tâches ménagères, notamment la lessive, la préparation des repas et l'entretien du logement, étant précisé que, selon les dires de la recourante, elles participaient déjà activement aux tâches ménagères avant l'atteinte à la santé. L'époux s'occupe des courses importantes, avec son fils et participe à la confection des repas.

L'enquêtrice considère que la recourante peut effectuer un certain nombre de tâches, « à son rythme » et en alternant les positions, notamment préparer les repas (en se faisant aider pour les ustensiles lourds) et en évitant de se baisser.

14.3 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que l'époux et les deux filles de la recourante aident cette dernière dans les tâches ménagères et que les conclusions du rapport d'enquête ménagère ne prêtent pas le flanc à la critique ; partant, le taux d'exigibilité retenu de 18.2 % pour les membres de la famille est

correct, ce qui permet de confirmer l'empêchement pondéré avec exigibilité de 0 % dans les tâches ménagères.

15. Cela fait, il convient de procéder au calcul du taux d'invalidité.

Le statut retenu par l'OAI, non contesté par la recourante et ne prêtant pas le flanc à la critique selon l'appréciation de la chambre de céans, est de 50 % dans une activité professionnelle et de 50 % dans ses travaux habituels.

Selon l'expertise, la capacité de travail de la recourante est nulle aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Il en résulte une perte de gain de 100 %.

Dans les travaux habituels, l'empêchement est de 0 %.

En application des dispositions et de la jurisprudence antérieure au 1er janvier 2018, le calcul du taux d'invalidité est effectué comme suit :

en appliquant la pondération de 50 % correspondant à la part d'activité, on parvient à un taux d'invalidité de 50 % (100 % x 0.5) dans l'activité professionnelle et de 0 % (0 % x 0.5) dans les travaux habituels qui, une fois additionnés, donnent un taux d'invalidité global de 50 %, ouvrant ainsi le droit à une demi-rente d'invalidité.

Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2018, du nouvel art. 27bis al. 2 à 4 RAI, le taux d'invalidité est désormais calculé en faisant une extrapolation du revenu comme si la recourante exerçait son activité à plein temps en lieu et place d'un temps partiel.

Dans le cas d'espèce, le résultat est le même dès lors que le taux d'incapacité de travail est toujours de 100 % et qu'il en résulte une perte de gain, quelle que soit la méthode employée, de 100 %.

Par conséquent, que ce soit avec l'ancienne méthode ou la nouvelle méthode de calcul, la perte de gain de 100 % dans l'activité lucrative et l'empêchement de 0 % dans les travaux habituels aboutissent au même taux d'invalidité de 50 % ouvrant le droit à une demi-rente.

S'agissant de l'ouverture du droit à des prestations, la chambre de céans s'est ralliée aux conclusions des experts selon lesquelles le début de l'incapacité de travail à 100 % doit être fixé au jour de l'accident soit au 20 août 2014.

Ce nonobstant, la demande de prestations d'invalidité n'a été déposée qu'en date du 6 avril 2017, ce qui entraîne, en application de l'art. 29 al. 1 LAI (demande tardive) que le droit aux prestations ne s'ouvre qu'à l'issue d'un délai de six mois, soit dès le 1er octobre 2017, date à laquelle l'incapacité de gain est de 100 % dans l'activité lucrative.

16. Compte tenu de ce qui précède, la décision du 4 février 2019 sera annulée et il sera dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er octobre 2017.

17. La recourante, qui concluait à l'obtention d'une pleine rente d'invalidité, obtient partiellement gain de cause. Étant assistée d'un mandataire professionnellement

qualifié, une indemnité de CHF 2'500.- 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]).

18. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

* * * * *

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 du 4 février 2019.
4. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er octobre 2017.
5. Octroie une indemnité de CHF 2'500.- à la recourante, à titre de dépens, 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); 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	Philippe KNUPFER

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