



POUVOIR JUDICIAIRE

A/93/2019

ATAS/748/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 septembre 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1956, sans formation autre que l'école primaire suivie au Portugal jusqu'en 1968, est mariée et mère d'un fils né en 1985, travaillant à plein temps et faisant ménage commun avec ses parents. Après son arrivée en Suisse, pays dont elle a acquis la nationalité en 2005, elle exerçait, depuis 1993, l'activité de nettoyeuse à temps partiel au service de la société B _____ (ci-après : l'employeur) et consacrait, depuis lors, le reste de son temps à la tenue de son foyer.
2. En sortant d'un bus le 1^{er} mars 2016, l'assurée a glissé et chuté sur son épaule gauche, événement dont les suites – douleurs et impotence fonctionnelle de cette épaule – ont été prises en charge par la caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : CNA), assureur-accidents de l'employeur, à partir du 13 avril 2016, soit au lendemain du dernier jour de travail de l'intéressée, sur la base d'une incapacité de travail totale.
3. Le 27 avril 2016, l'employeur a complété la déclaration de sinistre LAA et indiqué que l'horaire de travail dans l'entreprise se montait à 43 heures par semaine et celui de l'assurée à 14 heures, ce qui correspondait à un taux d'occupation contractuel de 33 %. Le salaire horaire s'élevait à CHF 18.40 et la « gratification/13^{ème} mois » à CHF 1'116.25.
4. Par courriel du 27 avril 2016 à l'assureur-accidents, l'employeur a rectifié les montants annoncés dans la déclaration de sinistre en indiquant que le salaire horaire se montait en réalité à CHF 18.80 et le 13^{ème} salaire à CHF 1'140.-.
5. Par compte-rendu opératoire du 6 juin 2016, le docteur C _____, médecin adjoint auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé le diagnostic de rupture massive irréparable de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et procédé, par arthroscopie, à une ténotomie du long chef du biceps.
6. Entendue le 28 novembre 2016 par la CNA, l'assurée a déclaré que son mari, né le 22 février 1957, bénéficiait d'une demi-rente de l'assurance-invalidité – en raison de problèmes de dos et de tension – et travaillait à 50 % au sein de PRO, Entreprise sociale privée d'intégration et de réinsertion professionnelle. Leur fils, architecte, les aidait financièrement.
7. Le 9 décembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
8. Dans un rapport médical de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) du 12 janvier 2017, le docteur D _____, médecin généraliste, a indiqué qu'il se chargeait du suivi de l'assurée depuis 2008 et que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail consistaient en un canal lombaire étroit opéré en janvier 2015, des douleurs réfractaires de l'épaule gauche, apparues en 2011, accentuées par

l'accident du 1^{er} mars 2016, ainsi qu'une schizophrénie traitée depuis 1983. Tout en retenant une capacité de travail nulle du 1^{er} janvier 2015 au 1^{er} avril 2015 dans l'activité de nettoyeuse, le Dr D_____ ne s'est pas prononcé sur les restrictions (physiques, mentales ou psychiques) rencontrées dans cette activité et s'en est remis à l'appréciation du docteur E_____, rhumatologue FMH, quant à l'évolution des séquelles post-opératoires de l'épaule gauche et l'exigibilité de l'exercice de l'activité de nettoyeuse. Interrogé sur le point de savoir si les restrictions évoquées pouvaient être réduites par des mesures médicales, le Dr D_____ a répondu qu'une telle réduction était possible (via un suivi orthopédique, rhumatologique, psychologique et d'ordre général), précisant que même s'il en attendait une récupération partielle de la capacité de travail, il n'était pas en mesure d'avancer une date.

9. Le 25 janvier 2017, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI que l'incapacité de travail, qui était totale dans toute activité depuis le 13 avril 2016, avait une origine à la fois malade (gonarthrose droite externe depuis novembre 2015, cervicobrachialgies droites, discopathies C5-C5 et C6-C7) et accidentelle (status post rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche le 1^{er} mars 2016, débridement de la coiffe et ténotomie du long chef du biceps le 29 avril 2016). Pour le reste, le canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5, opéré le 8 janvier 2015, était sans effet sur la capacité de travail.
10. Dans un rapport du 26 janvier 2017, le docteur F_____, psychiatre et psychothérapeute FMH traitant de 1993 à ce jour, a mentionné que l'incapacité de travail, totale dans toute activité depuis le 1^{er} mars 2016, était due à une schizophrénie simple avec déficit progressif (F20.61), un statut post intervention de l'épaule gauche (déchirure complète du tendon – muscle sus-épineux) et des gonalgies bilatérales. Le status post opération de la colonne lombaire (2015) était sans effet sur la capacité de travail. Sur le plan anamnestique, le Dr F_____ a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis son arrivée en Suisse et qu'elle avait eu, à ce jour, un important traitement psychiatrique pour des troubles qui avaient justifié, ici et là, de courtes périodes d'incapacité de travail. Après l'école primaire, l'assurée était restée chez ses parents et avait apporté son aide à l'accomplissement des travaux ménagers. Partie vivre dans une famille à l'âge de 17 ans pour s'occuper du ménage et des enfants, elle s'était mariée en 1980 et avait effectué quatre séjours de plusieurs mois en hôpital psychiatrique entre 1980 et 1986. Partie rejoindre son mari à Genève, elle avait commencé à travailler dans une entreprise de nettoyage à mi-temps et y avait poursuivi son activité « jusqu'à la maladie actuelle ». Ces dernières années, sa fatigue avait crû et sa force musculaire diminué, de sorte que sa motivation pour travailler, qui était très forte il y a quelques années, s'était progressivement émoussée, cédant actuellement la place au découragement. Très lente, elle avait de la peine à se lever et à marcher, et passait ses journées au lit. Aussi, le Dr F_____ pensait qu'elle ne pourrait plus travailler. Il notait également des périodes avec des idées interprétatives et paranoïdes qui disparaissaient

rapidement ou diminuaient à tout le moins fortement. Actuellement, elle se plaignait de gonalgies très importantes – base organique de ce qui permettait la fixation de la psychose – et son épaule gauche était moins mobile. On notait également une certaine apathie et un laisser-aller qui n'existaient pas par le passé. Sur le plan professionnel, la fatigabilité accentuée, le découragement, la démotivation, la lenteur ainsi que les douleurs de la colonne vertébrale et des genoux représentaient les restrictions qui empêchaient la poursuite de son activité habituelle de nettoyeuse. La capacité de travail exigible était également nulle dans une activité adaptée.

11. Examinée le 27 janvier 2017 par le docteur G_____, médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour un bilan final, l'assurée a déclaré à ce médecin qu'au moment de l'événement, elle exerçait la profession de nettoyeuse à raison de quatorze heures par semaine et qu'elle avait dû baisser son taux en raison d'une rechute psychiatrique. Actuellement, au niveau de son épaule gauche, elle se plaignait surtout d'une perte de force au niveau du membre supérieur gauche, précisant qu'elle était gênée dans les actes de la vie quotidienne, comme pour couper la viande. Aussi, elle déclarait être incapable de se saisir d'une assiette et de se laver les cheveux en utilisant le membre supérieur gauche. Dans son foyer, elle parvenait à effectuer l'entretien superficiel de la poussière en utilisant uniquement la main droite, mais se déclarait incapable de passer l'aspirateur. Le Dr G_____ a considéré que le cas était stabilisé et que l'ancienne activité de nettoyeuse n'était plus exigible actuellement, compte tenu des douleurs persistantes à l'épaule gauche. En revanche, dans une activité professionnelle réalisée essentiellement avec le membre supérieur droit, la main gauche n'ayant qu'une fonction de stabilisation avec, de façon idéale, l'avant-bras gauche reposant sur un support, sans limitation au niveau des membres inférieurs, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle à plein temps, sans diminution de rendement.
12. Par appréciation du 27 janvier 2017, le Dr G_____ a estimé que l'atteinte à l'intégrité corporelle subie par l'assurée lors de l'accident du 1^{er} mars 2016 justifiait l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10 %.
13. Le 8 février 2017, l'assureur-accidents a fait savoir à l'assurée que les indemnités journalières lui seraient encore allouées jusqu'au 31 mars 2017 et que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2017 seraient examinées ultérieurement.
14. Par décision du 24 avril 2017, confirmée sur opposition le 20 juillet 2017, l'assureur-accidents a octroyé une IPAI de 10 % à l'assurée mais lui a refusé le droit à une rente d'invalidité, motif pris qu'au regard des séquelles de l'accident du 1^{er} mars 2016, elle était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas mettre à forte contribution sa main ou son bras gauches. Une telle activité était exigible à plein temps et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 53'799.-. En comparant ce montant au revenu

de CHF 46'022.- (soit CHF 19.- x 43 h/semaine x 52 semaines + 8.33 %, part au 13^{ème} salaire) qu'elle aurait pu réaliser à plein temps, sans l'accident, auprès de son employeur en 2017, il n'en résultait aucune perte de gain. Partant, le degré d'invalidité était nul.

Le recours formé par l'assurée contre la décision sur opposition du 20 juillet 2017 a été rejeté par la chambre des assurances sociales de la Cour de justice par arrêt du 26 février 2019 (ATAS/157/2019).

15. Le 9 mai 2017, l'employeur a complété le questionnaire qui lui était destiné en indiquant qu'avant son atteinte à la santé, l'assurée exerçait son activité à raison de quatorze heures par semaine, l'horaire normal dans l'entreprise étant de 43 heures par semaine.
16. Dans une note du 11 mai 2017, le gestionnaire du dossier auprès de l'OAI a mentionné que l'assurée exerçait la profession d'agent de propreté à raison de quatorze heures par semaine, soit à un taux de 33 %. Cette activité était exercée auprès du même employeur depuis 1993, de sorte que la détermination de l'invalidité devait se faire selon la méthode mixte.
17. Par avis du 17 août 2017, la doctoresse H_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), se fondant sur les rapports des 25 et 26 janvier 2017 des Drs E_____, respectivement F_____, a considéré que les pathologies du ressort de l'assurance-invalidité consistaient en une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, non réparable, des cervico-brachialgies droites sur discopathies C5-C6 et C6-C7, des gonalgies sur lésion méniscale, une décompression sélective L3-L4 sur canal lombaire étroit ainsi qu'une schizophrénie avec déficit progressif. Au total, l'assurée présentait de nombreuses pathologies rhumatologiques et une pathologie psychiatrique sévère qui contre-indiquait l'activité habituelle. Au vu des nombreuses limitations fonctionnelles (pas d'activité au-dessus du plan horizontal, port de charges limité à 2 kg au plus, pas de montée d'escaliers, d'échelles ou sur un échafaudage, pas de positions debout ou assise prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position penchée en avant, pas de position en porte-à-faux du rachis, pas de position accroupie, à genoux, apathie, fatigabilité, lenteur), et en tenant compte de toutes les atteintes, la capacité de travail était nulle, depuis le 13 avril 2016, non seulement dans l'activité habituelle, mais aussi dans une activité adaptée.
18. Le 31 août 2017, le contrat de travail de l'assurée a pris fin.
19. En exécution du mandat qui lui avait été confié par l'OAI, une enquêtrice s'est rendue au domicile de l'assurée le 8 novembre 2017 pour y effectuer une enquête économique sur le ménage en présence de l'assurée et de son mari. Dans son rapport du 13 novembre 2017, elle a mentionné que ce dernier était bénéficiaire d'une demi-rente de l'assurance-invalidité, travaillait en atelier protégé chez I_____ pour un revenu mensuel d'environ CHF 1'600.- mais qu'en raison d'une

propriété sise au Portugal, il ne bénéficiait pas de prestations complémentaires à l'AI. Après avoir pris note des diagnostics et limitations fonctionnelles retenues dans l'avis du SMR du 17 août 2017, elle a mentionné que sans l'accident du 1^{er} mars 2016, l'assurée aurait poursuivi son activité – exercée à raison de quatorze heures par semaine depuis 1993 – chez le même employeur. Selon le mari de l'assurée, son épouse était capable, avant l'événement précité, de gérer la conduite du ménage (entretien du logement), bien qu'il eût toujours participé un peu à sa planification et son organisation. Actuellement et depuis l'accident, l'assurée était ralentie et fatiguée. Elle avait plus de difficultés à initier la planification et l'organisation de la conduite du ménage. Son mari devait beaucoup l'inciter et l'encourager à faire les choses afin qu'elle ne se décourage pas. Ainsi, l'enquêtrice a pondéré à 3 % le champ d'activité « conduite du ménage », fixé l'empêchement de l'assurée à 30 % et l'exigibilité des personnes partageant le ménage à 10 %, de sorte que l'empêchement sans exigibilité s'élevait à 0.9 % (soit 0.03×0.3) et à 0.6 % en tenant compte de l'exigibilité de 10 % (soit $2/3$ de 0.9 %).

Avant l'atteinte, le mari s'était toujours chargé de la préparation des repas avec l'aide de l'assurée pour les préparations, le dressage de la table, son débarrassage, la vaisselle et le nettoyage de la cuisine. Elle était également capable de nettoyer le sol alors que son mari se chargeait de nettoyer les armoires et le frigo. Depuis l'atteinte, le mari continuait à préparer tous les repas. L'assurée pouvait encore aider à faire la vaisselle mais c'était plus difficile. Elle laissait (comme par le passé) sécher la vaisselle sur l'égouttoir, pouvait encore mettre et débarrasser la table et nettoyer les surfaces. Elle indiquait être capable de passer le balai à poussière sur le sol mais n'arrivait plus à passer l'aspirateur, tâche dont le mari se chargeait. Ce dernier effectuait aussi le nettoyage du sol avec la serpillère. Au regard de ces éléments, l'enquêtrice a pondéré à 49 % le champ d'activité « alimentation », fixé l'empêchement de l'assurée à 35 % et l'exigibilité des personnes partageant le ménage à 35 %, de sorte que l'empêchement sans exigibilité s'élevait à 17.5 % (soit 0.49×0.35) et à 0 % en tenant compte de l'exigibilité de 35 % (soit $0/1$ de 17.5 %).

Avant l'atteinte, l'assurée se chargeait d'une grande partie des tâches d'entretien du logement. Elle effectuait les nettoyages du quotidien, nettoyait le sol, époussetait et assurait l'entretien des sanitaires de la salle de bains. Son époux avait l'habitude de nettoyer les vitres et de passer l'aspirateur. Il apportait de l'aide en cas de nécessité. Après l'atteinte, l'assurée avait plus de difficultés à assumer les tâches ménagères du quotidien. Elle avait besoin de beaucoup de soutien de la part de son époux, effectuait de petites tâches (époussetage, nettoyage des surfaces et entretien des sanitaires). Son mari l'aidait pour nettoyer les sols, les vitres, la baignoire et changer les draps des lits. En pondérant le champ d'activité « entretien du logement » à 20 %, l'enquêtrice a fixé l'empêchement de l'assurée à 70 % et l'exigibilité des personnes partageant le ménage à 40 %. Ainsi, l'empêchement sans exigibilité s'élevait à 14 % (soit 0.2×0.7) et à 6 % en tenant compte de l'exigibilité de 40 % (soit $3/7$ de 14 %).

Avant l'atteinte, l'assurée n'avait pas pour habitude de faire seule les achats. Elle se rendait à la Coop tôt le matin pour faire de petits achats. Les grandes emplettes étaient effectuées avec son mari. Ce dernier s'était également chargé, de tout temps, des tâches administratives. Après l'atteinte, il n'y avait de changement sur aucun plan : l'assurée pouvait faire de petits achats à la Coop située à proximité, elle évitait les heures de grande affluence car cela générait chez elle un certain stress. Quant aux grandes emplettes, elles étaient effectuées avec son époux. Ce dernier continuait également à se charger des tâches administratives. Après pondération du champ d'activité « emplettes et courses diverses » à 8 %, l'enquêtrice a fixé l'empêchement de l'assurée à 0 % et l'exigibilité des personnes partageant son ménage à 0 %. Ainsi, l'empêchement sans/avec exigibilité s'élevait à 0 %.

Avant l'atteinte, aux dires du mari de l'assurée, ce dernier se chargeait de l'entretien du linge pour la famille alors que sa femme le triait, le mettait en machine, l'étendait, le pliait et le rangeait. Elle n'avait pas pour habitude de repasser tout le linge mais, en cas de nécessité, elle était capable de la faire en partie (repassage des chemises et pantalons). Après l'atteinte, elle était toujours capable de trier le linge et de le mettre en machine. En revanche, elle n'arrivait plus à sortir le linge de la machine ni à l'étendre pour le séchage. Son mari l'aidait pour cela. Elle pouvait plier du linge, cette activité pouvant être réalisée de manière fractionnée durant la semaine. De même, elle était capable de ranger le linge dans les armoires mais ne pouvait plus faire de repassage. En cas de nécessité, son époux se chargeait de cette activité. En pondérant le champ d'activité « lessive et entretien des vêtements » à 20 %, l'enquêtrice a fixé l'empêchement de l'assurée à 40 % et l'exigibilité des personnes partageant le ménage à 20 %. En conséquence, l'empêchement sans exigibilité s'élevait à 8 % (soit 0.2×0.4), respectivement à 4 % en tenant compte de l'exigibilité de 20 % (soit $1/2$ de 8 %).

Pour le reste, la rubrique « soins aux enfants ou aux autres membres de la famille » du formulaire d'enquête ménagère était sans objet et celle consacrée aux « divers » également pondérée à 0 %, faute d'activité d'utilité publique. Il était précisé en outre que l'époux et le fils de l'assurée exécutaient les travaux ménagers que l'assurée ne pouvait plus accomplir elle-même en raison de son invalidité. Ainsi, l'empêchement total pondéré sans exigibilité s'élevait à 40.05 % (soit $0.9 \% + 17.15 \% + 14 \% + 8 \%$) et l'empêchement total pondéré avec exigibilité à 10.60 % (soit $0.6 \% + 0 \% + 6 \% + 4 \%$), d'où une exigibilité de 29.45 % retenue à la charge de l'époux – qui était aussi atteint dans sa santé – et du fils de l'assurée qui vivait sous le même toit et exerçait une activité à 100 %. Enfin, l'enquêtrice était d'avis que même si elle avait parfois besoin d'aide pour se laver le dos, l'assurée ne remplissait pas pour autant les conditions d'octroi d'une allocation pour impotent. En effet, aux dires de son époux, elle était autonome pour se vêtir, se lever, se coucher, se déplacer, couper les aliments, s'alimenter et aller aux toilettes.

20. Par projet de décision du 21 février 2018, l'OAI a octroyé un quart de rente à l'assurée, sur la base d'un degré d'invalidité de 40.1 %, déterminé en pondérant

l'activité professionnelle et les travaux habituels à 33 %, respectivement 67 %. Compte tenu d'une perte économique de 100 % dans la part active et de 10.6 % dans la part des travaux habituels, le degré d'invalidité s'élevait à 33 %, respectivement 7.1 %, d'où une invalidité totale de 40.1 % (soit $0.33 + [0.106 \times 0.67]$), tant en application de l'ancienne que de la nouvelle méthode mixte de calcul, dès lors qu'il n'y avait pas de capacité de travail et de gain raisonnablement exigible. Bien qu'à l'échéance du délai d'attente, soit le 13 avril 2017, le droit à la rente était ouvert, le versement des prestations ne pouvait prendre naissance qu'au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. Or, celle-ci ayant été déposée le 9 décembre 2016, le droit à la rente n'était reconnu qu'à partir du 1^{er} juin 2017. Enfin, compte tenu de l'octroi d'une rente d'invalidité, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

21. Le 27 mars 2018, l'assurée, agissant par l'entremise de son conseil, a formé des objections contre ledit projet. Contrairement à ce qui était indiqué dans le rapport d'enquête ménagère, elle n'avait pas travaillé à raison de quatorze heures par semaine pour son employeur de 1993 « à ce jour » mais à 50 % de 1993 à 2007. Ce n'était qu'en 2007, en raison de ses problèmes d'ordre psychique, qu'elle avait dû réduire son temps de travail à quatorze heures par semaine, sur prescription du Dr F_____. Aussi, elle a produit un courrier du 15 janvier 2018 de ce médecin, ajoutant qu'elle lui demanderait de préciser les points pertinents par rapport à la diminution du taux d'activité survenue en 2007. En définitive, si elle n'avait pas eu de problèmes de santé, elle aurait continué à travailler à 50 % comme elle l'avait fait entre 1993 et 2007. S'agissant de la situation financière de son époux, il convenait de préciser que la demi-rente AI dont il bénéficiait représentait un montant d'environ CHF 1'020.- par mois et que ce n'était qu'en y ajoutant le revenu réalisé en atelier protégé, compris entre CHF 500.- et CHF 600.-, que l'on parvenait à un total mensuel de CHF 1'600.-. Quant à leur fils architecte, on ne pouvait exiger de lui qu'il participât aux tâches ménagères dès lors que cette charge s'ajoutait à son travail à plein temps et à l'aide financière qu'il fournissait déjà à ses parents.

Dans le courrier du 15 janvier 2018 précité, le Dr F_____ indiquait avoir prescrit à l'assurée des incapacités de travail de courte durée, « la patiente étant toujours désireuse de reprendre son travail, ce que j'ai appuyé, [étant donné que l'assurée] investissait énormément le fait (sic) de contribuer à sa manière au maintien économique de foyer ».

22. Le 11 juin 2018, l'assurée a transmis à l'OAI deux rapports médicaux. Selon le premier d'entre eux, délivré le 14 mars 2018 par le service des urgences des HUG, l'assurée avait été admise le 23 février 2018 au sein de ce service en raison d'une plaie persistante de la face interne de la cheville gauche (apparue en se griffant avec l'ongle en enlevant les bas de contention), dans un contexte d'insuffisance veineuse chronique. Quant au second, établi le 18 mai 2018 par le service de médecine interne générale des HUG, il représentait un avis de sortie consécutif à un séjour hospitalier du 13 au 18 mai 2018 motivé par des douleurs thoraciques en lien avec

lesquelles les médecins avaient posé le diagnostic de « STEMI antérieur » (infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST à l'électrocardiogramme).

23. Par décision du 26 novembre 2018, l'OAI a octroyé un quart de rente d'invalidité à l'assurée avec effet au 1^{er} juin 2017, expliquant que les arguments invoqués le 27 mars 2018 ne lui permettaient pas de s'écarter de la solution retenue dans le projet de décision du 21 février 2018. En effet, les éléments au dossier, notamment les cotisations AVS, ne permettaient pas de retenir qu'elle aurait travaillé à 50 % entre 1993 et 2007 comme allégué. Les rapports médicaux, notamment ceux du Dr F_____, ne démontraient pas non plus que c'était en raison de son état de santé que l'assurée aurait, cas échéant, diminué son taux d'activité. Quant à l'aide des proches, elle était exigible dans une mesure plus large qu'en l'absence d'atteinte à la santé de l'assurée, conformément à l'obligation de réduire le dommage.
24. Le 11 janvier 2019, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son écriture et, principalement, à l'annulation de l'acte attaqué et à l'octroi d'un trois-quarts de rente, le tout sous suite de dépens. À l'appui de ses conclusions, elle a réitéré en substance les mêmes arguments que ceux qu'elle avait invoqués dans son courrier du 27 mars 2018.
25. Le 22 mai 2019, l'assurée a complété son écriture du 11 janvier 2019 en déclarant avoir travaillé entre vingt et vingt-deux heures par semaine pour son employeur de 1993 à 2007. Suite à l'incapacité de travail qui avait débuté en 2007, ses médecins traitants avaient considéré qu'elle devait déposer une demande AI, ce qu'elle avait refusé de faire car elle tenait à conserver son emploi. Elle avait d'ailleurs continué à exercer la même activité à taux réduit jusqu'à l'accident du 1^{er} mars 2016 (recte : jusqu'au 12 avril 2016).

À l'appui de ces allégations, elle a produit une attestation de travail du 7 janvier 2019, par laquelle son employeur certifiait qu'elle avait travaillé du 1^{er} janvier 1993 au 13 mars 2007 en qualité de membre du personnel d'entretien à 50 %, ce qui correspondait à vingt-deux heures par semaine. L'employeur y précisait en outre que durant la période du 14 mars 2007 au 31 janvier 2010, l'assurée était en arrêt maladie pour le travail du soir et que sur les conseils de son médecin de famille et de son psychiatre, elle avait repris son travail à 33 %, soit à raison de quatorze heures par semaine dès le 1^{er} février 2010, ce jusqu'à son arrêt de travail du 13 avril 2016 qui faisait suite à un accident survenu le 1^{er} mars 2016. Enfin, l'employeur a indiqué qu'il avait mis fin à son contrat de travail avec effet au 31 août 2017 car l'assureur-accidents « avait cessé de payer ses indemnités au 31 mars 2017 car un dossier AI était en cours ».

L'assurée a également versé au dossier diverses pièces que Generali, assureur maladie perte de gain de l'employeur, lui avait adressées le 14 février 2019 à sa demande, soit :

-
- un formulaire d'annonce d'incapacité de travail complété par l'employeur le 16 avril 2007, indiquant que l'assurée, dont le revenu annuel s'élevait à CHF 18'512.-, se trouvait en incapacité de travail depuis le 14 mars 2007 et que son horaire de travail était de 20 heures par semaine pour un horaire de travail hebdomadaire habituel de 44 heures dans l'entreprise ;
 - un certificat du 19 avril 2007, établi par la doctoresse J_____, médecin à la permanence de Cornavin, posant les diagnostics de dorsolombalgies – dont les symptômes étaient apparus le 12 mars 2007 – ainsi que de gastrite avec reflux œsophagien, précisant que la première consultation remontait au 14 mars 2007 et que l'incapacité de travail était totale depuis le 14 mars 2007 et se maintiendrait à ce taux jusqu'au 22 avril 2007 ;
 - un certificat du 5 juin 2007, adressé à Generali par la Dresse J_____, posant les diagnostics de schizophrénie (affection pour laquelle elle était suivie par le Dr F_____), cervico-brachialgies, gastrite chronique et status variqueux. Sous traitement neuroleptique, elle présentait des troubles statiques de la colonne vertébrale, une exacerbation des douleurs lombaires ainsi que des cervicalgies accompagnées de vertiges. D'abord entière du 14 mars 2007 au 22 avril 2007, son incapacité de travail avait diminué à 50 % depuis le 1^{er} mai 2007, pour une durée indéterminée. Sous « observations », la Dresse J_____ a ajouté que selon le Dr F_____, une demande auprès de l'AI était à envisager ;
 - un certificat du 18 juin 2007 dans lequel le Dr F_____ indiquait à l'attention de Generali que l'assurée souffrait d'une schizophrénie épisodique avec déficit progressif, diagnostiquée en 1980, qui avait motivé plusieurs hospitalisations au Portugal en 1980, 1983, 1985 et 1986. Du 14 mars 2007 au 23 avril 2007, son incapacité de travail était de 50 %. Pour la période située au-delà du 23 avril 2007, le Dr F_____ renvoyait Generali au « médecin de famille pour les dates précises ». Enfin, ce psychiatre était d'avis que le cas relevait de la compétence de l'assurance-invalidité ;
 - un certificat du 13 décembre 2007 adressé à Generali par la Dresse J_____, posant les diagnostics de lombalgies chroniques, épisode sévère, status variqueux, gastrite chronique, reflux gastro-œsophagien et psychose. La patiente avait repris son activité à raison de deux heures le matin et, deux fois par semaine, deux heures le soir, ce qui représentait un maximum au vu de son état. L'incapacité de travail était de 50 % du 14 mars 2007 au 5 novembre 2007 puis de 25 % à partir du 6 novembre 2007, ce pour une durée indéterminée. Sous « remarques », la Dresse J_____ précisait que sa patiente ne pouvait assumer un taux d'activité plus important et que même si une demande de prestations AI lui avait été suggérée, l'intéressée refusait une telle démarche pour le moment ;
 - un certificat adressé le 3 juin 2008 à Generali par le Dr D_____, successeur de la Dresse J_____, posant les mêmes diagnostics que sa consœur, et précisant

que l'assurée bénéficiait d'un traitement médicamenteux pour la psychose (administré par le Dr F_____) et d'un suivi pour ses lombalgies (chroniquement et épisodiquement exacerbées de manière sévère) et son status varié. Renvoyant aux certificats établis par la Dresse J_____ pour 2007, le Dr D_____ a attesté que l'incapacité de travail était de « 75 % » (sic) depuis le 6 novembre 2007 et se maintiendrait à ce taux jusqu'au 10 juin 2008 ;

- un certificat adressé le 24 décembre 2008 à Generali par le Dr D_____, posant le diagnostic de lombalgies chroniques chez une patiente suivie pour psychose et connue pour reflux gastro-œsophagien, gastrites à répétition et une IVC (insuffisance veineuse chronique) de grade II. L'assurée était actuellement bien compensée par la prise en charge et le traitement, mais susceptible de décompensation rapide en fonction du stress psychosocial. Aussi, il suggérait une activité professionnelle modérée en raison d'une tolérance au stress et d'une adaptabilité toutes deux diminuées, avec risque de décompensation somato-psychique en cas de sollicitations exagérées. L'incapacité de travail était de 25 % depuis le 6 novembre 2007, pour une durée indéterminée. Sous « remarques », il précisait que l'activité professionnelle actuelle, « protégée » à 75 %, était profitable à sa patiente et lui permettait une bonne compensation somatique et psychique ;
- une liasse de décomptes d'indemnités journalières de Generali du 1^{er} mai 2007 au 10 mars 2009, faisant état d'une incapacité de travail totale du 14 mars 2007 au 22 avril 2007, de 50 % du 1^{er} mai 2007 au 5 novembre 2007, de 25 % du 6 novembre 2007 au 12 mars 2009, et du versement des indemnités journalières correspondantes, s'élevant à 80 % du gain assuré (CHF 50.71 par jour) sous déduction d'un délai d'attente de quatorze jours du 14 mars 2007 au 27 mars 2007.

Par ailleurs, l'assurée a soutenu qu'on pouvait inférer du rapport du 14 mars 2018 du service des urgences, et de celui du 18 mai 2018 du service de médecine interne générale des HUG que son état de santé s'était encore dégradé depuis l'avis SMR du 17 août 2017. Enfin, elle a relevé que depuis l'enquête ménagère, son mari avait été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. En effet, selon un projet de décision du 19 janvier 2018, celui-ci avait droit à une rente entière avec effet au 1^{er} mai 2017. Ainsi, l'aide qu'il pouvait apporter au ménage était beaucoup plus restreinte que lors de l'enquête ménagère.

26. Par réponse du 18 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant que l'extrait du compte individuel AVS ne permettait pas d'établir avec certitude le taux d'engagement de l'assurée et son évolution, pas plus qu'une éventuelle réduction du temps de travail après 2010. Il ressortait en effet de cet extrait qu'entre 2005 et 2011, le revenu annuel brut réalisé auprès de l'employeur avait connu l'évolution suivante : CHF 17'547.- en 2005, CHF 17'177.- en 2006, CHF 13'339.- en 2007, CHF 13'657.- en 2008, CHF 13'578.- en 2009, CHF 13'406.- en 2010 et CHF 13'924.- en 2011. Comme on pouvait aussi le constater, l'extrait de compte

pour l'année 2007 mentionnait un montant inférieur au revenu annuel de CHF 18'512.- indiqué dans le formulaire d'annonce d'incapacité de travail du 16 avril 2007 à Generali. En outre, ce même document mentionnait que l'assurée était active vingt heures par semaine pour un horaire habituel de 44 heures dans l'entreprise, alors que dans l'attestation de travail du 7 janvier 2019, il était question d'un taux d'activité de 50 %, soit 22 heures par semaine du 1^{er} janvier 1993 au 13 mars 2007, puis de 33 %, soit 14 heures par semaine dès le 1^{er} février 2010. Quant au questionnaire employeur destiné à l'OAI, complété le 9 mai 2017, il mentionnait une activité de 14 heures hebdomadaires sur 43 heures avant l'atteinte. On ignorait toutefois si un congé-modification avait été notifié à l'assurée et, si oui, à quelle date.

Au vu de ces éléments, le taux d'activité ne pouvait pas être déterminé de manière fiable en l'état, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du taux retenu par l'intimé suite aux déclarations de l'assurée et au rapport de l'employeur du 9 mai 2017. En outre, dans la mesure où le rapport du 24 décembre 2008 du Dr D_____ indiquait que l'activité professionnelle actuelle, « protégée » à 75 %, était profitable à sa patiente et lui permettait une bonne compensation somatique et psychique, force était de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la réduction du taux d'emploi n'avait pas été faite sur indication médicale. Ainsi, la décision de retenir un statut mixte de 33 % dans la sphère professionnelle et de 67 % dans la sphère ménagère devait être confirmée.

Sur le plan de l'enquête ménagère, plus particulièrement de l'exigibilité retenue à la charge du mari et du fils, les critiques formulées par l'assurée ne pouvaient être suivies. On voyait mal pour quelle raison une personne pouvait être libérée de toute obligation de participer aux tâches courantes nécessaires à l'entretien du ménage du fait d'une participation financière à la tenue de celui-ci. Dans le cas concret, le taux d'exigibilité retenu de 29.45 % n'était nullement excessif au vu de la situation familiale.

S'agissant des deux rapports que l'assurée lui avait transmis le 11 juin 2018, l'intimé a fait valoir qu'en tant que l'assurée entendait en déduire une aggravation de son état de santé qui fût postérieure à l'avis du SMR du 17 août 2017, celle-ci n'indiquait cependant pas en quoi les limitations fonctionnelles que le SMR avait retenues dans cet avis seraient devenues obsolètes.

Quant au mari de l'assurée, le seul fait qu'il percevait, depuis le 1^{er} mai 2017, une rente entière, n'impliquait pas automatiquement une réduction de sa capacité de participation aux tâches ménagères.

27. Par réplique du 13 septembre 2019, l'assurée a conclu à l'audition de Madame K_____, assistante administrative et de direction de B_____ et du Dr F_____. Elle a indiqué qu'elle n'avait plus en sa possession son contrat de travail de 1993 et son ex-employeur non plus. Elle disposait uniquement de deux documents, soit : un contrat individuel de travail daté du 28 janvier 2010 pour une entrée en fonction au

1^{er} février 2010, fixant la durée hebdomadaire de travail à dix heures (du lundi au vendredi de 07h00 à 09h00), maintenant l'ancienneté et annulant et remplaçant toute convention orale ou écrite antérieure entre les parties, ainsi qu'un avenant à ce contrat, daté du 1^{er} mars 2010, ajoutant quatre heures hebdomadaires aux dix heures convenues (les mardis et vendredis de 18h00 à 20h00).

L'assurée a également versé à la procédure un rapport récapitulatif des heures effectuées durant la période comprise entre 1993 et début 2007 – ainsi que les certificats de salaire de 1994 à 2007 et celui de 2009 – et soutenu à la lumière de ces documents que contrairement à ce qui était indiqué dans le rapport d'enquête ménagère du 13 novembre 2017, le total de quatorze heures par semaine datait de 2010 et non de 1993, de sorte qu'il était erroné de maintenir un statut professionnel de 33 % au regard de l'ensemble des pièces produites. En outre, il ressortait notamment du certificat du 13 janvier 2007 de la Dresse J_____ (recte : 13 décembre 2007) que l'assurée ne pouvait « pas gérer plus de travail », qu'une « demande de prestations AI lui [avait] été suggérée mais [que l'assurée refusait] pour le moment cette démarche ». Dans le même sens, la Dresse J_____ avait indiqué dans son rapport du 5 juin 2007 que selon le Dr F_____, une demande auprès de l'AI était à envisager. Pour le surplus, il était excessif, sur le plan de l'exigibilité, de demander au fils de l'assurée d'entretenir financièrement ses parents et de s'occuper de surcroît de la tenue du ménage. Enfin, force était de constater que l'enquête économique sur le ménage, qui remontait au 13 novembre 2017, avait eu lieu un an avant la décision querellée et que dans cet intervalle, ce n'était pas seulement l'état de santé de l'assurée qui s'était aggravé mais aussi celui de son mari, puisqu'aux termes du projet de décision du 19 janvier 2018, celui-ci avait droit à une rente entière à partir du 1^{er} mai 2017.

28. Le 6 novembre 2019, l'OAI a dupliqué en déclarant que si les pièces que l'assurée avait annexées à sa réplique du 13 septembre 2019 indiquaient effectivement une diminution du taux de travail de l'assurée en 2007, il n'en existait pas moins, dès 1999, des divergences entre les certificats de salaire et les montants retenus par la caisse de compensation compétente, tels qu'ils ressortaient de l'extrait de compte individuel (ci-après : CI). Bien qu'une diminution du taux d'engagement pût effectivement être retenue dès 2008, les éléments du dossier ne permettaient pas de retenir que celle-ci se fût produite sur indication médicale attestée, de sorte que le statut retenu devait être confirmé. Concernant la dégradation de l'état de santé de l'assurée qui serait survenue entre l'enquête ménagère et la décision litigieuse, aucun élément médical objectif n'avait été amené dans ce sens. Il en allait de même d'une éventuelle péjoration de l'état de santé de son mari. Sur ce dernier point en effet, il ressortait du « projet d'augmentation de la rente d'invalidité – reconsidération » du 19 janvier 2018 que lors de la dernière révision initiée en juillet 2013, l'OAI avait adressé, le 7 juin 2016, une communication au mari de l'assurée, intitulée « maintien de la rente 50 % », quand bien même le SMR avait confirmé, au terme de l'instruction médicale alors mise en œuvre, une aggravation

de l'état de santé et une incapacité de travail totale depuis le 13 mai 2013 dans l'activité habituelle de magasinier. Cependant, vu qu'à réception de cette communication, son destinataire n'avait pas demandé que lui fût notifiée une décision sujette à recours, ladite communication était entrée en force. Ce n'était qu'après avoir réceptionné des documents médicaux, le 15 mai 2017, que l'OAI s'était posé la question de la justesse de la communication de maintien de la demi-rente du 7 juin 2016. Sur quoi, l'OAI avait admis une incapacité de travail totale dans toute activité et retenu la date de la réception des nouveaux documents médicaux comme point de départ de la reconsidération – soit le jour auquel le vice affectant la décision antérieure avait été découvert. Ainsi, aucune modification de l'état de santé du mari de l'assurée n'était survenue entre l'enquête ménagère du 8 novembre 2017 et la décision litigieuse du 26 novembre 2018.

29. Par pli du 17 décembre 2019, l'assurée a observé que si pour certaines années, il existait des différences entre les certificats de salaire et les inscriptions au compte individuel, cela tenait au fait que sur certaines périodes, des indemnités journalières accident ou perte de gain maladie avaient été versées en lieu et place du salaire. Aussi, l'assurée a produit ses bulletins de salaire pour les années 1999, 2000, 2002, 2006 et 2009 accompagnés d'un résumé établi par ses soins, avec l'aide de son employeur, expliquant entièrement les différences de salaire relevées par l'intimé en raison du versement d'indemnités journalières maladie et/ou accident. L'assurée a sollicité l'audition de son psychiatre traitant, le Dr F_____, de son mari et de l'assistante administrative et de direction de son ex-employeur.
30. Le 13 mars 2020, l'assurée a informé la chambre de céans qu'elle n'était plus suivie par le Dr D_____, retraité, et que ses médecins traitants actuels étaient les Drs E_____, F_____ et L_____, généraliste.
31. Le 11 mai 2020, la chambre de céans a posé des questions complémentaires aux Drs E_____, F_____ et L_____.
32. Le 26 mai 2020, répondant aux questions complémentaires de la chambre de céans, le Dr F_____ a relevé qu'après lecture des rapports des 14 mars 2018 et 18 mai 2018, il n'y avait aucune raison de penser que les épisodes décrits dans ses rapports aient provoqué de limitations fonctionnelles supplémentaires.
33. Le 27 mai 2020, répondant également aux questions complémentaires posées par la chambre de céans, le Dr E_____ a relevé que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR le 17 août 2017 étaient restées inchangées à ce jour. Il a précisé que ces limitations changeraient possiblement dans le futur dans le sens d'une augmentation progressive. D'après le médecin, sa patiente était invalide à 100 %.
34. Le 6 juillet 2020, répondant également aux questions complémentaires de la chambre de céans, le Dr L_____ a relevé que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR le 17 août 2017 restaient actuellement les mêmes, sans changement.

35. Le 10 août 2020, l'OAI a persisté dans ses conclusions, relevant que les médecins traitants de l'assurée questionnés par la chambre de céans avaient tous pleinement adhéré à l'avis du SMR du 17 août 2018. Les spécialistes n'avaient en particulier fait état d'aucune modification objective postérieure des limitations fonctionnelles, déjà très restrictives, retenues par le SMR.
36. Le même jour, l'assurée a relevé que les réponses des médecins traitants n'apportaient pas d'élément nouveau, dès lors qu'aucun d'entre eux ne s'était prononcé sur les limitations fonctionnelles dans le cadre de l'activité ménagère.
37. La chambre de céans a transmis ces écritures aux parties.

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. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et 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, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure au quart de rente que la décision entreprise lui a octroyé avec effet au 1^{er} juin 2017.
4. Compte tenu de la date de la décision litigieuse (26 novembre 2018), qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1 ; ATF 127 V 467 consid. 1), il convient de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1^{er} décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

5. Se pose en premier lieu la question du statut qu'il convient d'accorder à la recourante, étant précisé qu'il n'est pas contesté que la capacité de travail de l'intéressée est nulle dans toute activité depuis le 13 avril 2016.
6. a. 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).

b. 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).
7. Dans la décision entreprise, l'intimé a considéré que la recourante avait un statut mixte, composé d'une part professionnelle de 33 % et d'une part consacrée aux activités ménagères de 67 %. Devant la chambre de céans, la recourante conteste la répartition retenue par l'intimé. Elle fait valoir qu'elle a travaillé à 50 % de 1993 à 2007. En 2007, en raison de problèmes de santé, elle avait dû réduire son taux d'activité à raison de quatorze heures par semaine, sur prescription de son psychiatre traitant, le Dr F_____. De son côté, l'intimé admet que l'intéressée a diminué son taux d'activité en 2008. Les éléments du dossier ne lui permettent

cependant pas de retenir que cette diminution serait intervenue sur indication médicale.

a. En l'occurrence, il n'est pas contesté qu'avant l'atteinte à sa santé, la recourante exerçait une activité lucrative à temps partiel. C'est, partant, à juste titre que l'intimé a retenu un statut mixte, à tout le moins sur le principe. Reste à examiner la répartition des taux retenue par l'intimé, soit 33 % pour l'activité professionnelle et 67 % pour les tâches ménagères.

En l'occurrence, l'ensemble des pièces produites par l'intéressée attestent d'une atteinte à la santé survenue en 2007. Il ressort en particulier des rapports médicaux de la Dresse J_____ des 19 avril 2007, 5 juin 2007 et 13 décembre 2007 que la recourante a souffert de dorsolombalgies et d'une gastrite, diagnostiquées pour la première fois le 12 mars 2007 et ayant entraîné une incapacité de travail totale de mars à avril 2007, puis de 50 % à partir du mois de mai 2007 et 25% dès novembre 2007. La doctoresse a notamment précisé que sa patiente ne pouvait pas gérer plus de travail. Il était suggéré que la recourante exerce une activité professionnelle modérée (cf. certificat médical du Dr D_____ du 24 décembre 2008). Le 18 juin 2007, le Dr F_____ a posé le diagnostic de schizophrénie épisodique avec déficit progressif, entraînant une incapacité de travail de 100 %. Compte tenu du fait que la recourante s'investissait énormément pour contribuer au maintien économique de son foyer et qu'elle était toujours désireuse de reprendre son travail entre deux incapacités de travail de courte durée (cf. le courrier du 15 janvier 2018 du Dr F_____), il existe suffisamment d'indices, auxquels s'ajoutent encore les faibles ressources économiques du mari, le fait que celui-ci ne puisse prétendre aux prestations complémentaires, l'absence de formation de l'intéressée, ainsi que la constance de l'engagement de cette dernière au même taux et au service du même employeur depuis 1993, pour retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans l'aggravation de son état de santé survenue en 2007, la recourante aurait maintenu le taux d'activité qui était le sien (depuis 1993) jusqu'à l'incapacité de travail totale due à l'accident du 1^{er} mars 2016.

b. Reste à déterminer le taux d'incapacité de travail de la recourante avant l'aggravation de son état de santé survenue en 2007. En l'occurrence, les pièces produites par la recourante apparaissent contradictoires sur ce point. Ainsi que l'a relevé l'intimé, l'attestation de l'employeur du 7 janvier 2019 fait état d'un taux d'activité de 50 %, à raison d'un horaire de travail de 22 heures par semaine, alors que la déclaration remplie par l'employeur le 16 avril 2007 atteste d'un horaire de travail de 20 heures par semaine sur un temps de travail habituel hebdomadaire de 44 heures.

Il ressort cependant du décompte des heures de travail de la recourante entre 1993 et 2007 que durant les années au cours desquelles aucun arrêt de travail n'était signalé et les quatre semaines de vacances annuelles prises (cf. les années 1994, 1995, 1996, 1998, 2001, 2003 et 2004), la durée moyenne de travail s'établissait à vingt heures par semaine. Cela résulte également des fiches de salaire produites par

la recourante pour les années 1999, 2000, 2002, 2006 et 2009. Il convient donc de s'en tenir à l'horaire hebdomadaire de vingt heures par semaine, tel que cela ressort de la déclaration remplie par l'employeur de la recourante le 16 avril 2007. Quant à la durée de travail habituelle dans l'entreprise, il convient de retenir qu'elle était de 44 heures, tel que cela ressort de la déclaration précitée du 16 avril 2007. Il est vrai que tant la déclaration de sinistre LAA du 27 avril 2016 que le questionnaire employeur destiné à l'OAI, complété le 9 mai 2017, font état d'une durée habituelle de travail de 43 heures par semaine dans l'entreprise. Cette différence s'explique par le fait que, depuis le 1^{er} avril 2014, la Convention collective de travail du secteur nettoyage pour la Suisse romande prévoit un horaire hebdomadaire de 43 heures, alors que la Convention collective de travail du secteur du nettoyage pour le canton de Genève, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2013 et applicable à l'époque où la recourante travaillait vingt heures par semaine, la durée maximale de travail était fixée à 44 heures par semaine.

Il suit de ce qui précède que le taux d'activité de la recourante était de 45 % (20 heures sur un temps de travail hebdomadaire habituel de 44 heures), à tout le moins jusqu'à la signature d'un nouveau contrat de travail et d'un avenant à celui-ci en 2010, ramenant la durée de travail à dix heures, respectivement quatorze heures par semaine.

Partant, le statut de la recourante est un statut mixte, 45% active et 55% ménagère.

8. Il convient ensuite de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.
9. 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).

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).

10. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément 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.

b. 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).

c. 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).

d. Il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

e. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral I 257/04 du 17 mars 2005).

La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle 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 (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a en outre confirmé une exigibilité globale de 26.5 % à charge d'une fille majeure (arrêt du

Tribunal fédéral 9C_666/2016 du 23 janvier 2017). Dans un arrêt du 20 juin 2016 (ATAS/474/2016), la chambre de céans a retenu, sur la base d'une enquête ménagère, une exigibilité de 29.70 %, pour l'époux de la recourante, lequel ne travaillait pas et était disponible pour l'aider dans les diverses tâches ménagères. Dans un arrêt du 8 août 2017 (ATAS/668/2017), la chambre de céans a retenu, sur la base d'une enquête ménagère, une exigibilité globale de 29 % à la charge du mari et des deux enfants du couple, nés en 1995 et 1998. Enfin, dans un arrêt du 25 avril 2018 (ATAS/358/2018), la chambre de céans a confirmé une exigibilité globale de 30 % des trois membres de la famille de la recourante, dont les deux enfants étaient âgés de 26 et 23 ans.

11. Selon l'art. 27^{bis} RAI en vigueur depuis le 1^{er} 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. 27^{bis} 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).

12. 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).
13. a. 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).

b. 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 lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque-là ou qu'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).
14. Devant la chambre de céans, la recourante soutient que le rapport d'enquête économique sur le ménage du 13 novembre 2017 serait dépourvu de valeur probante, notamment parce que son état de santé se serait dégradé après l'avis du SMR du 17 août 2017 et l'enquête ménagère du 8 novembre 2017 mais avant la

décision litigieuse. En attesteraient le rapport du 14 mars 2018 du service des urgences des HUG ainsi que l'avis de sortie du 18 mai 2018, consécutif à un séjour hospitalier de six jours pour un « STEMI antérieur », soit un infarctus du myocarde. Par ailleurs, l'état de santé du mari de la recourante se serait dégradé au cours de la même période, dès lors que l'OAI lui avait octroyé une rente entière (contre 50 % précédemment) par projet de décision du 19 janvier 2018. Pour sa part, l'intimé fait valoir que la recourante n'indiquerait pas en quoi les rapports des HUG des 14 mars et 18 mai 2018 rendraient les limitations fonctionnelles retenues par le SMR obsolètes. Quant au projet de décision du 19 janvier 2018, qui octroie une rente entière à son mari avec effet au 1^{er} juin 2017, il constituerait en réalité une reconsidération fondée sur une aggravation de son état de santé remontant au 13 mai 2013. Ainsi, aucune modification de l'état de santé du mari de la recourante ne serait survenue entre l'enquête ménagère du 8 novembre 2017 et la décision entreprise.

En l'occurrence, les rapports des HUG des 14 mars 2018 et 18 mai 2018 font notamment état de douleurs thoraciques en lien avec lesquelles les médecins avaient posé le diagnostic de « STEMI antérieur ». Dans le cadre de l'instruction, la chambre de céans a transmis ces deux rapports aux trois médecins traitants de la recourante, soit les Drs L_____, E_____ et F_____, et a interrogé ces derniers sur une éventuelle modification des limitations fonctionnelles de l'intéressée depuis l'avis du SMR du 17 août 2017. Dans leur réponse respective, les trois médecins s'accordent à dire que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans son avis du 17 août 2017 restaient les mêmes, sans changement. D'après les médecins, il n'y avait aucune raison de penser que les éléments figurant dans les rapports des 14 mars 2018 et 18 mai 2018 aient provoqué des limitations fonctionnelles supplémentaires (cf. en particulier rapport du Dr F_____ du 26 mai 2020). Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, en tant qu'il tient compte des limitations fonctionnelles décrites par le SMR dans son rapport du 17 août 2017, le rapport d'enquête ménagère demeure une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels de l'intéressée.

S'agissant ensuite du taux retenu pour l'aide exigible de la famille, soit 29.45 % pour le mari et le fils, il n'apparaît pas critiquable. La recourante reste en effet capable d'effectuer une partie des travaux ménagers, car, selon ses déclarations, elle fait tout ce qui est léger, comme les petites tâches d'époussetage, le nettoyage des surfaces, l'entretien des sanitaires et le balai. Contrairement à ce que soutient l'intéressée, le fait que son mari ait été reconnu totalement invalide n'implique pas qu'il est incapable d'apporter de l'aide dans les travaux ménagers. Il est vrai que l'enquêtrice a fixé l'exigibilité de la participation du mari aux tâches ménagères en partant de la prémisse que celui-ci était au bénéfice d'une demi-rente AI, alors que le droit à une rente entière lui a été reconnu depuis le 1^{er} mai 2017. Cette situation s'explique par le fait que, par décision du 19 janvier 2018, l'OAI a reconsidéré sa décision 7 juin 2016, par laquelle il maintenait l'octroi d'une demi-rente en faveur

de l'intéressé, en raison de documents médicaux nouveaux transmis en mai 2017 et justifiant d'une modification de son état de santé depuis 2013 (cf. décision de l'OAI du 19 janvier 2018, pièce 9 recourante). Il s'ensuit, que conformément à ce que relève l'intimé, aucune modification de l'état de santé du mari de la recourante n'est intervenue entre l'enquête ménagère et la décision entreprise. L'enquêtrice a donc évalué l'aide exigible de la part du mari de la recourante en se fondant sur un état de santé fondamentalement inchangé depuis lors. L'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité ne change rien au fait que, malgré les différentes atteintes à sa santé, l'époux de la recourante participe, aujourd'hui comme avant, aux tâches ménagères, en plus de son activité à 50 % au sein de l'entreprise I_____. Cela est d'autant plus vrai en l'espèce que l'enquête économique a été effectuée en présence de ce dernier et qu'il a notamment été relevé que la préparation des repas, les grandes emplettes, les tâches administratives et le nettoyage des vitres avaient toujours été effectués par le mari de la recourante. Depuis l'atteinte à la santé de l'intéressée, son mari a notamment relevé qu'il se chargeait de passer l'aspirateur, de nettoyer les sols et la baignoire, de changer les draps et qu'il apportait son aide pour sortir le linge. S'ajoute à cela l'aide exigible du fils qui, âgé de 32 ans au moment de l'enquête, vit sous le même toit que ses parents. Quoi qu'en dise la recourante, le fait qu'il exerce une activité professionnelle et participe financièrement aux besoins de la famille ne l'empêche pas de participer aux tâches ménagères, étant précisé que s'il vivait seul, il aurait également dû s'occuper de son ménage. Dans ces circonstances, la prise en compte d'une aide de la famille oscillant entre 10 % et 40 %, selon les champs d'activités, n'apparaît pas excéder ce qui peut être raisonnablement exigé des membres de la famille dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage.

Pour le reste, en l'absence d'erreurs d'estimation évidentes, ou d'indices laissant apparaître des inexactitudes ou des omissions dans les résultats de l'enquête, rédigée par une personne qualifiée, en pleine connaissance de la situation médicale et locale, une pleine valeur probante doit être reconnue au rapport économique sur le ménage.

Par conséquent, le degré d'invalidité de 10.6 %, dans la sphère ménagère, tel que retenu par l'intimé, doit être confirmé. Rapporté à la part de 55 % que représente son activité dans la sphère ménagère, le taux d'invalidité propre à cette dernière est de 5.83 % ($10.6 \% \times 55 \% = 5.83 \%$).

En ce qui concerne l'invalidité dans la sphère professionnelle, l'intimé a considéré, sur la base de l'avis du SMR du 17 août 2017, que la recourante était totalement incapable de travailler en raison de ses atteintes psychiques, ce qui n'est pas contesté. Rapporté à la part de 45 % que représente son activité dans la sphère professionnelle, le taux d'invalidité propre à cette dernière est de 45 %.

Le degré d'invalidité global s'élève donc à 50.83, arrondi à 51 % ($5.83 \% + 45 \%$). Ce taux ouvre à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité (cf. art. 28

al. 2 LAI) dès le 1^{er} juin 2017, soit six mois après le dépôt de sa demande (art. 29 al. 1 LAI).

15. Au vu du dossier contenant tous les éléments nécessaires pour trancher le litige, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), l'audition sollicitée par la recourante de l'assistante administrative et de direction de B_____, de son psychiatre traitant et de son mari sont inutiles, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.
16. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 26 novembre 2018 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2017.

Représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS E 5 10.03). Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimé du 26 novembre 2018 et dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2017.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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