

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1019/2015

ATAS/251/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 mars 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Genève

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née B_____ le _____1963 en Érythrée, est arrivée en Suisse en 1990, où elle a demandé l'asile politique, après avoir été femme de ménage chez des particuliers au Koweït pendant une dizaine d'années depuis l'âge de 16 ans. Elle se maria le 14 mai 1993 à un compatriote naturalisé Suisse, Monsieur A_____, dont elle aura trois enfants, C_____, née le _____ 1994, D_____, né le _____ 1996, et E_____, né le _____2001. Elle acquerra la nationalité suisse le 9 juillet 2003.
2. De décembre 1990 à août 1991, l'assurée a travaillé comme femme de ménage chez F_____ à raison de quelques heures par semaine.
3. D'après un rapport du 11 avril 1991 du service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG), l'assurée a été hospitalisée du 13 mars au 12 avril 1991 pour une thrombose partielle du sinus longitudinal supérieure, compliquée d'un ramollissement hémorragique fronto-sous-cortical droit manifesté par une crise comitiale inaugurale, suivie d'une deuxième crise, avec hémiparésie gauche initialement sévère, évoluant ensuite favorablement, avec à la sortie du séjour la persistance d'une discrète hémiparésie.
4. En octobre 1992, l'assurée a travaillé comme femme de ménage à l'Hôtel des G_____. Puis, jusqu'en mars 1996, elle a été agente d'entretien chez H_____, à raison de deux heures par jour (soit 10h/sem), sous réserve de deux mois en 1993 et de trois mois en 1995 durant lesquels elle a été agente d'entretien à 100 % au Foyer I_____. De mai 1996 à mai 1998, l'assurée a été au chômage, sans préjudice de l'exercice occasionnel d'activités lucratives, à savoir de janvier à août 1997 comme agente d'entretien chez H_____ à raison de deux heures par jour, en juillet 1997 comme employée à l'Hôtel J_____ et de décembre 1997 à août 1998 comme employée chez K_____ SA. Puis, dès janvier 1999, l'assurée a été agente d'entretien chez K_____ Services, à raison d'un nombre d'heures variables.
5. Alors que ses deux premières grossesses, en 1994 et 1995, s'étaient passées sans complication, l'assurée a été hospitalisée à la Maternité le 4 mai 2001, à la 28^{ème} semaine de sa troisième grossesse, pour une pré-éclampsie, et, le 7 mai 2001, une haute tension artérielle sévère a nécessité une césarienne en urgence. Au premier jour post-partum, elle a fait une crise tonico-clonique ; une hémorragie cérébrale occipitale gauche de 4x5 cm de diamètre a été constatée au scanner, de même que, cliniquement, le développement d'une hémianopsie droite et une légère diminution de la force musculaire de l'hémicorps gauche. Après sa prise en charge aux soins intensifs, l'assurée a présenté une évolution favorable du point de vue neurologique avec une bonne récupération de la force musculaire de l'hémicorps gauche et une mise sous contrôle de l'hypertension. Le 14 mai 2001, une résonance magnétique nucléaire cérébrale a montré la stabilité de l'hématome occipital droit. Le 17 mai 2001, l'assurée a présenté un nouvel état confusionnel avec désorientation spatio-temporelle et un discours incohérent, sans déficit neurologique apparent au status,

mais un CT scan cérébral a révélé une thrombose temporale gauche, ayant nécessité la reprise d'une anticoagulation. Un examen neuropsychologique du 28 mai 2001 n'a pas mis en évidence de trouble phaso-practo-gnosique ni mnésique, mais des signes de léger dysfonctionnement exécutif, l'assurée étant par ailleurs modérément ralentie, distractible, digressive et désorientée dans le temps. D'après un CT scan cérébral du 31 mai 2001, il y avait résorption quasi complète de l'hématome occipital droit, avec persistance d'un œdème périlésionnel, et résorption complète de l'hématome gauche avec également présence d'œdème. À la consultation de la policlinique de neurologie du 11 janvier 2002, l'assurée présentait comme seule symptomatologie depuis sa sortie de l'hôpital essentiellement une sensation de fatigue avec parfois des céphalées répondant bien au traitement de Dafalgan.

6. Jusqu'en 2010 – sous réserve de périodes de chômage de septembre à décembre 2008 et de septembre à décembre 2009 –, l'assurée a été agente d'entretien chez K_____ à raison d'un nombre d'heures variables, ainsi que, d'octobre 2003 à juillet 2008, chez L_____. Pendant sa période de chômage de septembre à décembre 2009, elle a été placée en entreprise comme lingère chez W_____, du 3 septembre au 26 novembre 2009, à raison de 4h/jour (20h/sem). Un nouveau délai-cadre d'indemnisation a été ouvert à l'assurée, au titre de l'assurance-chômage, du 30 août 2010 au 29 août 2012, pour un poste à 100 %.
7. Le 27 avril 2010, l'assurée a eu une fracture du poignet droit, lui ayant occasionné une incapacité totale de travailler jusqu'au 24 juin 2010, puis une incapacité de travailler de 50 % jusqu'au 25 août 2010, selon certificats médicaux du docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à la Permanence médico-chirurgicale Vermont – Grand-Pré SA.
8. D'après un bilan établi le 25 juillet 2011 par W_____ au terme du programme d'emploi temporaire fédéral mis en place par l'assurance-chômage en faveur de l'assurée, cette dernière avait une expérience de nettoyeuse forte de 15 ans. Elle avait travaillé à plein temps jusqu'à son AVC de 2001, qui l'avait astreinte à diminuer son temps de travail à environ 50 % jusqu'à son licenciement suite à restructuration, doublé d'une fracture au poignet l'ayant handicapée dans ses mouvements (mais aucune restriction n'avait été observée de ce chef durant son stage de lingère). Au vu de sa problématique de santé, qui la freinait dans ses capacités d'apprentissage, d'assimilation et de mémorisation, en plus de son niveau de français limité, il était difficilement envisageable que l'assurée puisse être complètement autonome dans une activité nouvelle pour elle, en tout cas sur le premier marché de l'emploi. Sa capacité à tenir des emplois comme agente d'entretien était en revanche pleinement validée.
9. Le 19 septembre 2011, l'assurée a envoyé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) à l'office AI du canton de Genève (ci-après : OAI).

D'après une lettre d'accompagnement de la même date, elle avait suivi des cours de français offerts par l'assurance-chômage, mais elle n'arrivait pas à assimiler la matière ni à se concentrer, en dépit de l'aide de ses enfants, alors qu'auparavant elle pouvait lire et écrire ; elle faisait des convulsions et des crises de nerfs quand elle parlait, n'arrivant pas à formuler une phrase complète et elle était au bord de la dépression. Elle se battait depuis des années pour ne pas être à l'AI, bien que ses médecins lui disaient d'en faire la demande.

Selon les données sur l'atteinte à la santé qu'elle a fait figurer dans le formulaire de demande de prestations, l'assurée avait une maladie survenue lors de l'accouchement de son troisième enfant, le _____ 2001, causée totalement par un tiers. Son médecin était le docteur N_____, spécialiste FMH en médecine interne.

10. Le 13 octobre 2011, le Dr N_____ a rempli le questionnaire médical de l'AI. Il suivait l'assurée depuis le 14 juin 2011 ; antérieurement, elle avait été suivie par le docteur O_____. Au titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient cités un AVC hémorragique frontal-sous-cortical droit régressif sur thrombose partiel du sinus longitudinal supérieur en 1991, une hémorragie cérébrale occipito-temporale droite sur pic hypertensif en mai 2001, ainsi qu'un trouble de la concentration, des troubles mnésiques et un possible trouble de l'adaptation. Sans effet sur la capacité de gain, étaient mentionnés les diagnostics d'une éclampsie en 2001, une césarienne en urgence le 7 mai 2001, une déficience en protéine S, un état de mal non convulsif dans les suites d'une éclampsie en 2001, et une ancienne hépatite B. L'assurée se plaignait, en automne 2011, de troubles importants de concentration avec des difficultés importantes à réaliser des tâches simples et des difficultés croissantes dans son activité. Le pronostic était peu favorable. Aucun traitement n'était en cours. L'assurée travaillait à raison de 2h/jour en tant que nettoyeuse ; elle n'avait pas travaillé à 100 % depuis au moins cinq ans. D'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible ; une incapacité de travail de 100 % était probablement justifiée. Son rendement était réduit en raison de ses troubles importants de concentration et de compréhension. Ses restrictions ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail. Plusieurs rapports de services des HUG des années 1991 et 2001 étaient joints à ce questionnaire médical.
11. Dans un avis médical du 21 octobre 2011 du docteur P_____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), rien, dans les documents fournis, ne témoignait d'une atteinte cognitive empêchant l'assurée d'effectuer l'activité habituelle de nettoyeuse. Il était indiqué d'organiser un examen neuro-psychologique à la consultation de la Tour-de-Peilz.
12. Dans un rapport d'expertise neuropsychologique du 13 janvier 2012 suite à l'étude du dossier médical et à un examen neuropsychologique réalisé le 10 janvier 2012, Madame Q_____, spécialiste en neuropsychologie FSP, a relaté l'anamnèse psychosociale et l'histoire médicale de l'assurée, ainsi que ses observations

effectuées lors de l'entretien et des tests. Le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail était celui de troubles neuropsychologiques sévères et diffus touchant les fonctions langagières, praxiques constructives et mnésiques, dont l'étiologie la plus probable était vasculaire compte tenu des antécédents (F01), en particulier du ramollissement hémorragique frontal sous-cortical sur thrombose partielle du sinus longitudinal supérieur le 5 mars 1991 et une hémorragie cérébrale occipitale droite et une thrombose temporale gauche en mai 2001. Certaines capacités de l'assurée étaient difficiles à quantifier étant donné l'absence d'informations objectives sur son niveau prémorbide, mais il était certain que son niveau avait fortement baissé ; le tableau avait dû s'aggraver progressivement depuis 2001 ; il était devenu incompatible avec une activité en économie libre ; la baisse de rendement était significative même dans des tâches simples que l'assurée pourrait exécuter de manière automatique. La capacité résiduelle de travail de l'assurée était nulle. Des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables en raison de la sévérité des troubles cognitifs. Il était envisageable qu'une supervision rapprochée et constante de l'assurée permette à celle-ci d'effectuer son travail de nettoyage, mais compte tenu du fait que son rendement n'était plus que de 20 %, un tel travail devrait être considéré comme une occupation plutôt que comme une activité lucrative. Une évaluation neurologique approfondie apparaissait souhaitable pour mieux comprendre l'étiologie des troubles et évaluer s'il y avait une possibilité d'améliorer le tableau.

13. Par communication du 20 février 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en l'état. Une décision séparée serait prise ultérieurement à propos d'un éventuel droit à des prestations de l'AI.
14. Par avis médical du 31 mars 2012, signé le 7 mai 2012, le Dr P_____ du SMR a relevé la fragilité du rapport d'expertise neuropsychologique du fait que celle-ci avait été faite avec le mari de l'assurée comme interprète. Il était justifié d'organiser une expertise neurologique avec ré-expertise neuropsychologique auprès de la clinique Valmont à Glion.

Le 29 mai 2012, l'OAI a mandaté la clinique Valmont pour mener une expertise neurologique et neuropsychologique.

15. Dans un rapport du 27 décembre 2012, consécutif à une expertise effectuée le 7 décembre 2012, le docteur R_____, spécialiste FMH en neurologie, a fait un résumé du dossier médical, relaté les plaintes et les données subjectives de l'assurée. Sur le plan clinique, il a établi le status neurologique de l'assurée et procédé à un examen neurologique (portant sur les plaintes, le comportement, l'orientation, la parole, le langage oral, le langage écrit, le graphisme, les praxies, les gnosies, la mémoire, les fonctions exécutives, l'attention, le raisonnement) ; en conclusion, en dépit du caractère immanquablement partiel de l'examen cognitif, étaient mis en évidence cliniquement des signes d'un dysfonctionnement exécutif important (conceptualisation, programmation, inhibition et flexibilité mentales), un

déficit modéré en mémoire épisodique antérograde, des difficultés importantes en praxies constructives (dès le niveau simple), ainsi que les éléments d'un déficit langagier (expression et compréhension); par rapport à l'évaluation neuropsychologique de janvier 2012, on constatait une relative stabilité de la symptomatologie globale, avec d'importantes difficultés exécutives et mnésiques, et parallèlement des perturbations gnosiques et praxiques légèrement moins marquées. À titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, il était retenu des troubles mnésiques et cognitifs exécutifs associés à un syndrome dépressif et de désinsertion sévère, sans lien spécifique avec les anciennes thromboses cérébrales (en l'absence de toute nouvelle lésion cérébrale depuis 2001). L'aggravation de l'état de santé de l'assurée à la fin des années 2000 était à mettre en relation avec le développement d'un état dépressif et anxieux sévère, non traité, mais à traiter probablement par une combinaison de soutien psychique et d'un traitement antidépresseur tout en utilisant la motivation de l'assurée à augmenter son activité de nettoyeuse à 4h/jour (correspondant à un 50 %), ce qui était envisageable dès le début de 2013. Concernant la capacité de travail, les limitations tenaient aux troubles neuropsychologiques secondaires à un état dépressif, associant essentiellement une dysfonction cognitive manifeste sur les activités mnésiques et exécutives; pour l'activité de nettoyeuse, la capacité de travail était de 50 %, à la condition que l'activité à mi-temps puisse être monitorée et supervisée de façon étroite; l'activité de nettoyeuse était exigible à raison de 4h/jour, sans diminution de rendement avec une supervision et un monitoring corrects, l'assurée était probablement capable de s'adapter à son environnement professionnel en cas de prise en charge adéquate de son état dépressivo-anxieux sévère. Il ne fallait pas envisager des mesures de réadaptation professionnelle, mais favoriser une reprise plus importante de l'activité habituelle.

16. Par avis médical du 25 janvier 2013, le docteur S_____ du SMR, prenant note de la position du Dr R_____, a estimé nécessaire qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée.

Le 10 avril 2013, l'OAI a décidé de confier au docteur T_____, psychiatre, l'expertise psychiatrique de l'assurée.

17. Dans son rapport d'expertise du 26 juin 2013, effectué sur la base du dossier et d'un entretien du 17 juin 2013 avec l'assurée, le Dr T_____ a retracé l'historique du dossier, l'anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale de l'assurée. Au chapitre de l'anamnèse professionnelle, il a noté que l'assurée avait travaillé comme nettoyeuse de 1992 à 2001 avec un contrat de trois heures par jour mais avait souvent travaillé davantage, et que depuis 2001, elle avait bénéficié d'un contrat de travail pour 2 h/j mais avait travaillé en fait 8h/jour en 2001 et 6h/jour de 2002 à 2010, puis qu'elle avait émargé au chômage de 2010 à 2012. L'assurée se plaignait de stress, de douleurs des mains et des genoux, ainsi que d'un moral fluctuant, avec, à raison de 75 % du temps, des moments où elle se sentait moins bien et s'isolait, et à raison de 25 % du temps, des moments où elle se sentait mieux

et sortait se promener, s'occupait de ses enfants et de sa maison. L'examen psychiatrique mettait en évidence un moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, avec labilité émotionnelle dans les moments où l'assurée disait ne pas trouver ses mots, des ruminations existentielles sans idées noires, une fatigabilité anamnestic sans trouble de concentration ou de mémoire, pas d'anhédonie, pas de repli social, pas de perte de l'estime d'elle-même, un sommeil globalement bon, un bon appétit et une libido diminuée depuis 2012, ainsi que des éléments en faveur d'angoisses itératives passant seules, mais pas d'éléments en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de crise d'anxiété généralisée de la lignée obsessionnelle. Le Dr T_____ ne posait aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, et une dysthymie (F.34.1) sans répercussion sur la capacité de travail. Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur avait une sévérité insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. La symptomatologie algique des mains et des genoux manquait d'intensité pour qu'un trouble somatoforme soit retenu. Le rapport d'expertise neurologique du Dr R_____ comportait quelques déclarations ne correspondant pas aux constatations que le Dr T_____ avait faites concernant notamment des éléments d'un tableau prétendument dépressif ; le tableau clinique symptomatique présenté par l'assurée ne relevait pas d'un épisode dépressif significatif ayant valeur incapacitante, en dépit du fait que les recommandations thérapeutiques faites par l'expert précité n'avaient pas été prises en considération. Le dossier ne comportait pas d'autre document permettant d'envisager une symptomatologie psychiatrique. L'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Il n'y avait pas de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. Tant dans l'activité habituelle que dans une autre activité, la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique était de 100 %. Il n'y avait pas de raison médicale d'ordre psychiatrique d'ordonner une mesure de réadaptation professionnelle.

18. Par avis médical du 27 septembre 2013, la doctoresse U_____ du SMR a estimé qu'il était nécessaire de refaire une évaluation neuropsychologique auprès de Mme Q_____ sous la forme d'un complément d'expertise, aux fins de déterminer si, compte tenu des appréciations des Drs R_____ et T_____, elle faisait une évaluation de la situation cognitive de l'assurée superposable ou différente de celle qui prévalait lors de son examen de janvier 2012.

Le 3 octobre 2013, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'un second examen neuropsychologique était nécessaire pour clarifier le droit aux prestations.

19. Dans un complément d'expertise neuropsychologique du 21 janvier 2014, Mme Q_____ a repris l'essentiel des rapports et expertises figurant dans le dossier et

relaté l'examen neuropsychologique d'une durée de 2h45 (avec une pause) effectué le même jour, entièrement en tigrinya, avec l'aide d'une interprète, examen ayant porté notamment sur l'orientation, les plaintes, le langage, les praxies, les gnosies, la mémoire, les fonctions exécutives et attentionnelles, le raisonnement et la motricité fine de l'assurée. En conclusion, l'assurée présentait des troubles de l'expression orale et des capacités de compréhension réduites ; elle pouvait écrire son nom, mais ne pouvait ni lire ni écrire en tigrinya, elle avait des troubles praxiques constructifs sévères ne pouvant s'expliquer par son faible niveau d'acquisition, ainsi que des difficultés praxiques idéomotrices et gnosiques visuelles perceptives ; elle présentait aussi des troubles mnésiques épisodiques antérogrades, ainsi que des troubles de la mémoire sémantique. Concernant les fonctions exécutives, on observait des difficultés d'inhibition, de flexibilité mentale et de planification, associées à des troubles attentionnels et à un ralentissement général. L'assurée avait de faibles capacités de raisonnement. Le tableau était celui de troubles neuropsychologiques sévères touchant toutes les fonctions cognitives : langage, praxies, gnosies visuelles, mémoire épisodique antérograde, mémoire sémantique, fonctions exécutives, capacités de raisonnement. Certains troubles (langage oral, praxies constructives, mémoire épisodique et sémantique, fonctions exécutives), étaient clairs et ne pouvaient être expliqués uniquement par le fait que l'assurée n'avait pas été scolarisée ; pour les autres fonctions (langage écrit, capacités de raisonnement), il était plus difficile de faire la part des choses entre ce qui était dû à l'illettrisme (ou à la non-scolarisation) et à d'autres causes organiques. Le niveau prémorbide de l'assurée était par ailleurs inconnu. En réponse à la question posée, Mme Q_____ a indiqué que l'examen neuropsychologique du 21 janvier 2014 était globalement superposable à celui qu'elle avait effectué en janvier 2012 ; ses conclusions restaient les mêmes, à savoir que la sévérité des troubles de l'assurée était incompatible avec une activité professionnelle en économie libre. L'évaluation neuropsychologique effectuée à l'occasion de l'expertise neurologique du Dr R_____ avait mis en évidence un tableau globalement superposable à celui de janvier 2012, mais l'expert neurologue n'avait retenu dans sa conclusion que les troubles mnésiques et exécutifs, qu'il avait alors mis en lien avec un syndrome dépressif. Un syndrome dépressif ne pouvait cependant expliquer à lui seul l'ensemble du tableau neurologique observé, qui était d'ailleurs compatible avec un status après deux AVC (frontal sous-cortical droit occipital droit avec thrombose temporale gauche). Le Dr T_____ avait affirmé que la cognition de l'assurée était bonne, sans ralentissement psychomoteur ni trouble de la mémoire, mais il s'était basé sur son observation clinique sans qu'aucun test neuropsychologique n'ait été fait ; cela ne permettait pas de remettre en question les résultats d'un examen psychométrique réalisé dans les règles de l'art.

20. Par avis médical non daté (scanné le 19 mai 2014), la Dresse U_____ du SMR a retenu que les troubles cognitifs de l'assurée étaient « sévères et incompatibles dès octobre 2011 », mois depuis lequel la capacité de travail de l'assurée était nulle

dans toute activité. L'assurée avait diminué sa capacité de travail à 50 % suite à l'hémorragie de mai 2001.

21. Le 21 mai 2014, l'OAI a ordonné qu'une enquête économique sur le ménage soit effectuée.
22. Le 19 juin 2014, l'enquêtrice V_____, ayant pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, a procédé à ladite enquête économique sur le ménage, au domicile de l'assurée, en présence du mari de cette dernière. Son rapport d'enquête date du 24 juin 2014.

Sans handicap, l'assurée exercerait une activité lucrative, pour des raisons financières ; les revenus mensuels de l'assurée étaient de CHF 600.- et ceux de son mari de CHF 4'700.- net ; le budget familial était serré. L'assurée disait vouloir travailler à 100 %, mais n'avoir pas trouvé de travail et ne s'être pas sentie assez bien (l'enquêtrice ajoutant n'être pas certaine que l'assurée avait bien compris la question « et ce que cela représent(ait) de travailler 44 heures/semaine à 50 ans sur une longue durée ! »). L'assurée s'était inscrite au chômage à 100 % en août 2010, même si elle ne travaillait auparavant que 14h/sem pour deux employeurs. Elle n'avait jamais travaillé à 100 % (44h/sem) depuis au moins 1990, sauf deux mois en 1993 et trois mois en 1995. Elle avait eu plusieurs enfants ; elle était toujours mariée et son mari travaillait toujours à 100 %. Alors qu'en 2008 elle allait mieux, elle avait travaillé 4h/sem chez L_____ et 10h/sem (2h/jour) chez K_____, donc 14h/sem ; en 2009, elle aurait travaillé chez W_____ 20h/sem pendant son placement par l'assurance-chômage, ainsi que chez X_____ 10h/sem, donc au total 30h/sem. En 2014, elle travaillait 10h/sem chez X_____. Estimant peu vraisemblable que l'assurée aurait vraiment travaillé à 100 % si elle était en bonne santé, l'enquêtrice recommandait de retenir un statut mixte « avec tout au plus une activité lucrative à 50 % ».

L'assurée présentait les empêchements suivants pour l'accomplissement des tâches ménagères :

Champs d'activité	Pondération	Empêchement brut	Exigibilité	Empêchement pertinent	Empêchement pondéré
Conduite du ménage	3 %	70 %	30 %	40 %	1.2 %
Alimentation	46 %	45 %	30 %	15 %	6.9 %
Entretien du logement	17 %	55 %	30 %	25 %	4.25 %
Emplettes et courses diverses	10 %	40 %	40 %	0 %	0 %
Lessive et entretien des	11 %	50 %	20 %	30 %	3.3 %

vêtements					
Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	8 %	10 %	0 %	10 %	0.8 %
Divers	5 %	100 %	0 %	100 %	5 %
Totaux	100 %	---	---	---	21.45 %

Sans exigibilité (d'un taux total de 26 %), l'empêchement pondéré total serait de 47.45 %.

Au titre des particularités du cas, le SMR reconnaissait à l'assurée une incapacité totale de travail dans toute activité depuis octobre 2011, et ce après plusieurs expertises médicales, mais l'assurée travaillait 10h/sem et n'avait pas de certificat médical d'incapacité de travail.

23. Par courrier du 21 juillet 2014, l'OAI a demandé à l'assurée de lui indiquer :
- quelle était l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail ;
 - si elle était toujours suivie par le même médecin ou si elle en avait consulté d'autres, le cas échéant lesquels ;
 - si elle avait repris une activité professionnelle, si oui, laquelle, depuis quand et à quel taux ;
 - quels étaient ses revenus, si elle bénéficiait de prestations d'une assurance-maladie perte de gain d'un employeur ou ex-employeur, de l'assurance-accidents, de l'assurance-chômage, ou d'une aide financière d'un organisme d'assistance publique ou privée.
24. Par courrier du 19 août 2014, l'assurée a répondu à l'OAI que :
- le Dr N_____ était toujours son médecin traitant ;
 - elle travaillait comme avant 2h/jour du lundi au vendredi chez X_____ SA (elle avait réalisé un salaire brut de CHF 837.15 [CHF 691.20 net] en juin 2014 et de CHF 877.05 [CHF 724.10 net] en mai 2014) ;
 - sa santé s'était dégradée, le moindre effort lui causait des douleurs atroces aux deux mains des poignets jusqu'aux doigts.
25. Le 17 septembre 2014, en réponse à une demande de l'OAI, X_____ SA a indiqué que l'assurée avait débuté son engagement dans cette entreprise le 21 octobre 2010 comme employée de nettoyage, activité qu'elle exerçait aussi depuis l'atteinte à la santé le 1^{er} février 2011, à raison de 10h/sem (tant avant qu'après l'atteinte à la santé) sur un plein temps de 43h/sem, pour un salaire horaire de CHF 21.46 (y compris une indemnité de vacances de CHF 1.53 et d'une gratification de CHF 1.53). Les tâches faisant partie de son activité étaient des travaux de

nettoyage, à savoir le vidage des poubelles, le dépoussiérage et le nettoyage du mobilier, le passage de l'aspirateur. Les comptes salaire de l'assurée des années 2011 à 2014 (jusqu'en août) étaient joints à ce courrier.

26. Selon un avis médical du 26 novembre 2014 de la Dresse U_____ du SMR, l'assurée présentait de graves troubles cognitifs, dont elle semblait ne pas bien se rendre compte, raison pour laquelle elle avait sans doute maintenu une activité de nettoyeuse de 10h/sem, alors que, du point de vue médical, cette activité ni aucune autre n'était exigible de sa part. L'avis médical du 19 mai 2014 était maintenu.
27. En réponse à une question de l'OAI, X_____ SA a indiqué, le 17 décembre 2014, que l'assurée effectuait bien les 10h/sem prévues par son contrat de travail, avec un rendement sur lequel ledit employeur ne pouvait se prononcer, du fait que l'assurée était déléguée sur le site d'un client, n'ayant cependant pas émis de remarque à ce propos.
28. Par un projet de décision du 19 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser toute rente d'invalidité. Sans problème de santé, elle travaillerait à 50 % dans son activité habituelle de nettoyeuse et consacrerait le 50 % restant à ses tâches ménagères. Sa capacité de travail et de gain était notablement restreinte depuis octobre 2011 (début du délai d'attente d'un an) ; elle était en incapacité totale de travailler dans son activité professionnelle, mais maintenait une activité de nettoyeuse de 10h/sem, ce qui correspondait à une activité de 23.25 % et impliquait une perte de gain de 53.50 %. Elle avait une incapacité de 21.15 % dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Son taux d'invalidité était donc de 26.75 % dans la sphère professionnelle (50 % x 53.5 %) et de 10.5 % dans la sphère ménagère (50 % x 21 %), donc au total de 37.25 %. Un taux d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.
29. Par courrier du 19 février 2015, désormais représentée par une avocate, l'assurée a contesté que, sans atteinte à la santé, elle aurait un statut mixte de 50 % de part professionnelle et 50 % de part ménagère ; elle avait toujours travaillé à 100 % et s'était inscrite au chômage pour un emploi à 100 %, c'était en raison de son atteinte à la santé et du fait qu'elle n'avait pas trouvé d'emploi à temps plein qu'elle avait accepté un emploi à 50 % dans sa dernière activité. Retenir un empêchement de 53.5 % dans l'activité lucrative était en contradiction avec la conclusion des rapports d'expertise neuropsychologique de Mme Q_____, à savoir qu'elle présentait des troubles incompatibles avec toute activité en économie libre, soit toute autre activité qu'en milieu protégé. L'expertise neurologique réalisée en décembre 2012 se basait sur des renseignements incomplets. Un syndrome dépressif ne pouvait pas expliquer à lui seul l'ensemble du tableau neurologique observé, compatible avec deux AVC. Les renseignements donnés par la neuropsychologue coïncidaient avec les conclusions des autres médecins étant intervenus dans ce dossier. Les conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage étaient incompatibles avec les constatations de la neuropsychologue.

L'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Elle avait droit à une rente entière d'invalidité.

30. Par décision du 23 février 2015, l'OAI a refusé à l'assurée toute rente d'invalidité, pour les motifs indiqués dans le projet de décision précité. Concernant le statut mixte retenu, il ressortait du dossier, notamment de l'extrait de compte individuel de l'assurée depuis 1990 que cette dernière n'avait jamais exercé d'activité à plein temps de longue durée. S'agissant de sa capacité de travail, force était de constater que l'assurée maintenait une activité de nettoyeuse à raison de 10h/sem, sans diminution de rendement ; l'invalidité pertinente était celle déterminée par les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle.
31. Par acte du 26 mars 2015, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à la réforme de cette décision dans le sens qu'elle avait droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis la date que la justice déterminerait.

Sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 100 %, ainsi qu'elle l'avait affirmé, de façon corroborée par son inscription à l'assurance-chômage pour un emploi à 100 %, en 2008 déjà, et par sa participation, en 2010, à un programme d'emploi temporaire de 40h/sem durant quatre mois. Elle avait trois enfants à charge, et son mari réalisait un revenu mensuel net de CHF 4'700.-. Elle avait eu des ennuis de santé depuis 1991, qui s'étaient aggravés en 2001, puis en août 2008 à la suite d'une chute dans un escalier. La diminution de son taux d'activité devait se comprendre comme une adaptation de son activité professionnelle à son état de santé. L'enquêtrice ménagère s'était montrée tendancieuse en ne retenant pas la déclaration de l'assurée sur son taux d'activité en l'absence d'atteinte à la santé.

Concernant la répercussion de son état de santé sur sa capacité de gain, l'OAI avait appliqué une méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité par comparaison du nombre d'heures effectuées avant et après l'atteinte à la santé, et il avait fait l'impasse sur les rapports médicaux recueillis en cours d'instruction. L'expertise neuropsychologique de janvier 2012, confirmée par son complément de janvier 2014, concluait à des troubles incompatibles avec toute activité en économie libre, sur la base d'exams complets et de troubles objectivement constatés. L'examen neurologique, qui reportait les difficultés de l'assurée sur le plan psychiatrique, et l'expertise psychiatrique réalisée dans la foulée, avaient fait l'objet d'une prise de position détaillée et critique de la part de l'experte en neuropsychologie. Un syndrome dépressif ne pouvait expliquer à lui seul l'ensemble du tableau neurologique observé, compatible avec un status après deux AVC ; l'expertise psychiatrique n'était pas complète, l'expert psychiatrique n'ayant effectué aucun test neuropsychologique, ce qui ne permettait pas de conclure à l'absence de ralentissement psychomoteur et de troubles de la mémoire. Les constatations de l'experte neuropsychologue étaient corroborées par les autres médecins étant intervenus dans ce dossier, en particulier par le Dr N_____, qui confirmait les troubles de la concentration, les troubles mnésiques et la difficulté de prioriser les

activités, et par le rapport des HUG du 13 juin 2001, qui faisait état des lésions objectives de nature à justifier les difficultés rencontrées par l'assurée. L'expert neurologue estimait que les troubles neurologiques étaient réactionnels à une pathologie psychologique, pourtant inexistante selon l'expert psychiatre. Les constatations et conclusions de l'experte neuropsychologique avaient force probante. Subsidièrement, il y aurait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Le volet rhumatologique n'avait pas du tout été pris en compte dans l'instruction du dossier, alors que des troubles rhumatologiques étaient rapportés dans le rapport d'expertise neurologique (cheville gonflée, déformation arthrosique des mains). Il fallait conclure à une incapacité de gain totale. Le fait que l'assurée tentait de conserver une activité ne pouvait être compris comme la possibilité d'une capacité de travail avec un rendement normal dans l'économie libre.

Selon l'experte neuropsychologique, les troubles neurologiques s'étaient aggravés progressivement depuis 2001, sans qu'il soit possible de dater plus précisément l'entrave à la capacité de travail, mais il était certain qu'à la date de l'examen, donc en janvier 2012, la capacité de gain de l'assurée était nulle dans toute activité. Le Dr N_____ attestait d'une incapacité de travail à 100 % dans son rapport du 13 octobre 2011. Du fait qu'encore en 2010 l'assurée avait participé à des mesures relatives au marché du travail à 100 % devait conduire à retenir, en termes de vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé et une incapacité de travail totale depuis janvier 2011, ce qui était compatible avec une demande de prestations déposée le 19 septembre 2011. Le droit à la rente était ouvert depuis mars 2012. Subsidièrement, l'assurée requérait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, neuropsychologique, rhumatologique et psychiatrique).

32. Par mémoire du 12 mai 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Concernant son statut mixte, l'assurée avait travaillé à temps partiel de 1984 à 1993, respectivement à 100 % deux mois en 1993 et trois mois en 1995. En décembre 1997 et de juillet à août 1998, elle avait travaillé chez K_____, et en juillet 1997 chez J_____, dans les deux cas à des taux d'activité inconnus. De mai à décembre 1996 et de janvier 1997 à 1998, elle avait été au chômage. De janvier 1999 à janvier 2010, elle avait travaillé durant des nombres d'heures variables. D'octobre 2003 à juillet 2008, elle avait travaillé 4h/sem, puis, de septembre à décembre 2008, de même que de septembre à décembre 2009 et en 2010, elle avait été inscrite au chômage pour un emploi à 100 %. Du 7 décembre 2010 au 7 juin 2011, elle avait bénéficié d'un placement en entreprise chez W_____ à 50 %, l'amenant à travailler 20 h/sem (4 h/j). Depuis décembre 2009, elle travaillait 10 h/sem (2h/j). Il n'y avait aucun élément médical au dossier permettant d'affirmer qu'elle avait dû diminuer son temps de travail à environ 50 % pour des motifs médicaux. Ainsi, l'assurée n'avait jamais travaillé à 100 % (soit 44 h/sem) depuis au moins 1990, sauf deux mois en 1993 et trois mois en 1995. Son médecin traitant,

le Dr N_____, indiquait le 13 octobre 2011 qu'elle n'avait pas travaillé à 100 % depuis au moins 5 ans. Le rapport d'enquête économique sur le ménage effectuée le 19 juin 2014 avait pleine valeur probante.

L'OAI avait établi le degré d'invalidité sur la base des éléments factuels du dossier. Dans les faits, l'assurée travaillait depuis plus de quatre ans comme agente d'entretien à raison de 10 h/sem., sans baisse de rendement. On ne pouvait retenir qu'elle travaillait au-dessus de ses forces depuis tout ce temps. L'instruction médicale du dossier avait été effectuée de façon complète. Il n'y avait pas matière à ordonner une expertise pluridisciplinaire.

33. Dans des observations du 30 juin 2015, l'assurée a relevé que l'OAI ne s'était prononcé que sur son statut, sujet sur lequel elle persistait intégralement dans les motifs de son recours. S'agissant de l'analyse médicale, elle renvoyait aux motifs de son recours. Elle maintenait le cas échéant sa requête d'expertise pluridisciplinaire.
34. Par courrier du 31 juillet 2015, l'OAI a persisté dans ses conclusions.
35. Le 16 mars 2016, l'avocat de l'assurée a informé la chambre des assurances sociales qu'il n'était plus le conseil de l'assurée.

EN DROIT

1. a. 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). Elle est donc compétente pour juger du cas d'espèce, dès lors que la décision attaquée est fondée sur la LAI.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI).

Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

La recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

- c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

Le droit à appliquer en l'espèce est celui qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

Les dispositions de la LPGA s'appliquent par ailleurs à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications apportées par la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.
- b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA, cf. aussi consid. 8b). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

4. Le présent recours porte d'une part sur le point de savoir quel taux d'activité professionnelle la recourante aurait à défaut d'atteinte à la santé, et donc sur son statut si ce taux était de 100 %, et d'autre part sur la répercussion de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail et de gain, donc sur le principe et le degré de son invalidité. Il n'est pas contesté que, comme l'intimé l'a retenu par sa communication du 20 février 2012, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est possible en l'espèce. Est ainsi en jeu le droit de la recourante à une rente d'invalidité, le cas échéant en considération de quel taux d'invalidité.
5.
 - a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).
 - b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

c. 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss).

Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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).

d. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

La méthode mixte s'applique aux assurés qui se consacrent pour partie à l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel et pour partie à l'accomplissement de leurs tâches ordinaires, en particulier ménagères. Elle revient à déterminer l'invalidité respectivement selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour la part dite professionnelle, et la méthode spécifique pour la part dite ménagère ou des

travaux habituels (art. 28a LAI et 27 et 27bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; art. 8 al. 3 et art. 16 LPGA).

La part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels s'établit 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, par rapport à un plein temps (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

6. a. Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que 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, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).

La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

b. En l'espèce, la recourante a indiqué, lors de l'enquête économique sur le ménage, qu'elle travaillerait à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Mais à l'instar de l'enquêtrice, l'intimé a retenu un taux de 50 %, en se fondant essentiellement sur le fait que la recourante n'avait – selon l'intimé – jamais travaillé à 100 % (soit 44h/sem dans la branche considérée du nettoyage), sauf deux mois en 1993 et trois mois en 1995.

La recourante n'a pas démontré que, dans les faits, elle aurait travaillé par le passé durablement à plein temps. Il apparaît néanmoins, en termes de vraisemblance prépondérante, que son taux d'activité n'a pas été partiel durant les quelque dix ans durant lesquels elle a été femme de ménage dans une famille au Koweït, puis que – dans les circonstances ayant caractérisé sa vie d'abord de réfugiée, puis de femme ayant eu deux AVC, ainsi que d'épouse et surtout mère de petits enfants, au sein d'une famille serrée financièrement – elle a pris des emplois dans la mesure où lesdites circonstances, conjuguées à son absence de formation et son manque de

maîtrise du français, le lui ont permis, à des taux d'activité ayant occasionnellement dépassé celui de 50 %, et ce non seulement deux mois en 1993 et trois mois en 1995 mais aussi en l'année 2009 durant laquelle l'intimé relève lui-même qu'elle aurait travaillé 20h/sem chez W_____ et 10h/sem chez X_____ Services, donc 30h/sem.

Le fait que la recourante n'a pas durablement travaillé à plein temps par le passé n'autorise pas à écarter non simplement l'hypothèse mais aussi la vraisemblance qu'à tout le moins les dernières années ayant précédé la prise de la décision attaquée (en février 2015), la recourante aurait augmenté son taux d'activité au-delà d'un 50 % à défaut d'atteinte à la santé, dès lors que, d'une part, des circonstances expliquent qu'elle ne l'avait pas fait antérieurement, alors que le cas échéant elle l'aurait pu d'un point de vue médical, et d'autre part que ses atteintes à la santé ne le lui ont ensuite pas permis. Il apparaît tout à fait vraisemblable qu'alors que ses trois enfants, nés respectivement en 1994, 1996 et 2001, n'avaient pas encore une autonomie suffisante, même au début de leur scolarité, la recourante n'a en tout état pas souhaité exercer une activité lucrative supérieure à un mi-temps, pour se consacrer prioritairement aux tâches éducatives et ménagères. Il est cependant non moins hautement plausible qu'elle aurait eu par la suite à la fois l'ambition et le besoin de le faire, dès les années 2010 (lorsque son troisième enfant avait atteint au moins 9 ans), mais qu'alors ses problèmes de santé sont venus accroître ses difficultés socioculturelles de trouver un ou des emplois totalisant un taux d'activité dépassant un 50 %, au point d'ailleurs de ne pas même lui permettre d'assumer un mi-temps. En constitue un indice le fait qu'à cette période charnière, elle s'est inscrite au chômage pour un plein temps et a été acceptée comme chômeuse à la recherche d'un emploi à plein temps.

Au surplus – ainsi que l'intimé ne le conteste d'ailleurs pas –, la recourante avait un bon motif de vouloir travailler davantage, à savoir des raisons financières, comme elle l'a fait valoir devant l'enquêtrice. Il apparaît en effet des plus vraisemblable que les revenus mensuels du couple (CHF 4'700.- pour le mari et CHF 600.- pour la recourante), plus les allocations familiales, couvraient à peine le minimum vital de la famille, de l'ordre de CHF 5'600.- par mois (cf. Normes d'insaisissabilité pour l'année 2015, du 5 décembre 2014). Ainsi que l'enquêtrice l'a relevé, le budget familial était serré. Il était ainsi dans l'ordre des choses qu'une fois les enfants devenus plus autonomes (soit progressivement dès les année 2010), la recourante aurait très vraisemblablement cherché et réussi, en l'absence d'atteinte à la santé, à augmenter son taux d'activité, et ce au-delà d'un 50 %, afin d'accroître les revenus du couple.

L'enquêtrice a douté que la recourante avait compris « ce que cela représent(ait) de travailler 44 heures/semaine à 50 ans sur une longue durée ». Cette remarque, formulée en des termes certes imparfaits, doit être comprise comme l'appréciation que la recourante forçait quelque peu le trait en disant qu'elle travaillerait à 100 % si elle était en bonne santé. Compte tenu de la force probante revenant en principe

aux enquêtes économiques sur le ménage (cf. consid. 9), cette appréciation ne saurait n'avoir aucun poids ; elle ne contrebalance en revanche pas celle qu'en l'absence d'atteinte à la santé, la recourante aurait travaillé à un taux d'activité supérieur à 50 %.

c. Le taux de 50 % attribué par l'intimé à la sphère professionnelle de la recourante est insuffisant. La chambre de céans estime qu'en termes de vraisemblance prépondérante, à défaut d'atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à un taux supérieur à un mi-temps, mais qu'il relève de la simple possibilité (et non de la vraisemblance prépondérante) que ce taux d'activité aurait été de 100 %. Au regard des circonstances du cas d'espèce, le passage de la vraisemblance prépondérante à la simple possibilité se situe vers un 75 %.

Comme l'intimé l'a retenu à juste titre sur le plan du principe, la recourante doit se voir attribuer un statut mixte, mais les parts des sphères professionnelle et ménagère doivent être fixées à respectivement 75 % et 25 %.

Le recours est donc partiellement bien fondé sur la question du statut de la recourante.

7. a. Concernant la sphère ménagère de la recourante, il sied de rappeler qu'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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office de l'assurance-invalidité ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Des doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation ne peuvent être retenus que s'il existe des circonstances particulières les justifiant objectivement (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Par ailleurs, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi 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 ; 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 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2). Aux conditions posées par la jurisprudence mentionnée ci-dessus (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est pas propre à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques ; les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement que causent de tels troubles pour l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03).

b. En l'espèce – abstraction faite de la question, déjà tranchée, de son taux d'activité professionnelle en l'absence d'atteinte à la santé –, la recourante ne remet pas en question les appréciations que l'enquêtrice a faites dans son cas respectivement à propos de la pondération des différents postes usuels d'activités ménagères, des empêchements de la recourante de les assumer et de l'exigibilité pouvant être attendue des membres de la famille. Il est par ailleurs établi, à teneur du rapport d'expertise psychiatrique de la recourante, que cette dernière ne souffre pas de maladie psychiatrique.

Les appréciations que l'enquêtrice a faites notamment des empêchements de la recourante n'apparaissent pas contraires aux données du dossier, en particuliers eu égard aux troubles neuropsychologiques retenus. Les empêchements retenus par l'enquêtrice sont en effet globalement élevés, en harmonie avec la sévérité de ces troubles. Sans l'exigibilité retenue à la charge des membres de sa famille, l'empêchement pondéré total serait de 47.45 % pour les tâches ménagères, générant un degré d'invalidité de 11.86 % (25 % x 47.45 %) pour la seule sphère ménagère. En tenant compte de cette exigibilité – ainsi qu'il le faut –, ce taux est de 5.36 % (25 % x 21.45 %).

c. La décision attaquée doit être corrigée sur ce point. Ceci n'est que la conséquence de la modification de la proportion respectivement attribuée aux parts professionnelle et ménagère.

8. a. Concernant la sphère professionnelle, l'intimé a retenu que la capacité de travail et de gain de la recourante était notablement restreinte depuis octobre 2011, la recourante se trouvant même en incapacité totale de travailler dans son activité

professionnelle mais y travaillant néanmoins à raison de 10h/sem, représentant un 23.25 % d'activité dans ladite branche. La recourante estime quant à elle que son incapacité de gain est totale, si bien qu'une rente entière d'invalidité doit lui être octroyée.

b. Pour déterminer si et dans quelle mesure les atteintes à la santé de la recourante affectent la capacité de travail et de gain de cette dernière, il faut en premier lieu se référer aux avis et rapports émis à ce propos par les spécialistes, à savoir, en l'espèce, par les médecins et la neuropsychologue. Il incombe à l'administration et, sur recours, au juge d'apprécier les preuves librement (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), étant cependant précisé que la jurisprudence a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux.

b/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b/bb. 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une

appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

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).

b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). De même, 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

9. a. En l'espèce, le 13 octobre 2011, le Dr N_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de la recourante, a fait état – en plus des AVC de 1991 et 2001 – de troubles de la concentration, de troubles mnésiques et d'un possible trouble de l'adaptation, diagnostics justifiant de retenir, sur le plan médical, une totale incapacité de travail dans l'activité exercée de nettoyeuse (pourtant encore exercée à raison de 10h/sem).

b. Dans son rapport du 13 janvier 2012, la neuropsychologue Q_____ a posé le diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de troubles neuropsychologiques sévères et diffus touchant les fonctions langagières, praxiques constructives et mnésiques, dont l'étiologie la plus probable était vasculaire compte tenu des antécédents. Le tableau que présentait la recourante était incompatible avec une activité en économie libre ; la capacité de travail de la recourant était nulle.

c. À teneur du rapport du 27 décembre 2012 du Dr R_____, spécialiste FMH en neurologie, la recourante présentait cliniquement des signes d'un dysfonctionnement exécutif important (conceptualisation, programmation, inhibition et flexibilité mentales), un déficit modéré en mémoire épisodique antérograde, des difficultés importantes en praxies constructives (dès le niveau simple), ainsi que les éléments d'un déficit langagier (expression et compréhension). Elle avait d'importantes difficultés exécutives et mnésiques, et parallèlement des perturbations gnosiques et praxiques légèrement moins marquées. Ledit expert a retenu le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles mnésiques et cognitifs exécutifs associés à un syndrome dépressif et de désinsertion sévère, sans lien spécifique avec les anciennes thromboses cérébrales (en l'absence de toute nouvelle lésion cérébrale depuis 2001). Il y avait eu aggravation de l'état de santé de la recourante à la fin des années 2000, en relation avec le développement d'un état dépressif et anxieux sévère, non traité. L'incapacité de travail de la recourante comme nettoyeuse était de 50 % (4h/jour), à la condition que son activité puisse être monitorée et supervisée de façon étroite.

d. Le 26 juin 2013, le Dr T_____, psychiatre, a cependant nié que la recourante présentait une maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à sa capacité de travail de longue durée. Du point de vue psychiatrique, elle avait une capacité de travail de 100 % tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité.

e. À nouveau invitée à se prononcer, l'experte neuropsychologue Q_____ a estimé, le 21 janvier 2014, que la recourante présentait des troubles neuropsychologiques sévères touchant toutes les fonctions cognitives : langage, praxies, gnosies visuelles, mémoire épisodique antérograde, mémoire sémantique, fonctions exécutives, capacités de raisonnement. Certains troubles (langage oral, praxies constructives, mémoire épisodique et sémantique, fonctions exécutives),

étaient clairs et ne pouvaient être expliqués uniquement par le fait que l'assurée n'avait pas été scolarisée ; pour les autres fonctions (langage écrit, capacités de raisonnement), il était plus difficile de faire la part des choses entre ce qui était dû à l'illettrisme (ou à la non-scolarisation) et à d'autres causes organiques. Ladite experte a déclaré maintenir les conclusions de son précédent rapport, à savoir que la recourante présentait des troubles neuropsychologiques si sévères qu'elle n'était pas à même d'exercer une activité professionnelle en économie libre.

f. L'avis médical que le SMR a alors émis, le 19 mai 2014, sous la plume de la Dresse U_____ a été que la recourante avait une capacité de travail nulle dans toute activité. Nonobstant les remarques faites dans l'intervalle par l'enquêtrice ayant procédé à l'enquête économique sur le ménage, ladite doctoresse a maintenu l'avis, le 26 novembre 2014, que, du point de vue médical, ni l'activité de nettoyeuse ni aucune autre activité professionnelle n'étaient exigibles de la recourante.

10. Les avis émis par les médecins et la neuropsychologue sont moins divergents que cela n'apparaît de prime abord. Il importe en effet de les comprendre au regard des spécialités médicales de leurs auteurs respectifs, mais aussi d'apprécier dans quelle mesure leur divergences sont pertinentes.

L'avis du Dr N_____ n'est certes pas déterminant compte tenu du fait que son rapport (du 13 octobre 2011) ne comporte pas d'étude un tant soit peu approfondie des points litigieux importants, à la suite d'exams complets et d'une prise en considération des plaintes exprimées – nonobstant le renvoi faits aux rapports développés émis par les médecins des HUG dans le contexte des deux AVC de la recourante – et n'a pas force probante. Il n'en pointe pas moins les problèmes alors actuels de la recourante, que les avis ultérieurs des experts confirmeront, de même que la répercussion de ces problèmes sur la capacité de travail (du moins dans la profession exercée).

Pour l'essentiel, le neurologue R_____ a mis en évidence un tableau largement superposable à celui dressé par la neuropsychologue Q_____, en accordant du poids surtout aux troubles mnésiques et exécutifs de la recourante et moins à ses perturbations gnosiques et praxiques, d'une part, et en les associant à un syndrome dépressif et anxieux sévère non traité, d'autre part.

Or, le psychiatre T_____ a contesté que la recourante présentât des éléments suffisants d'un tableau de dépression chronique de l'humeur et, plus généralement, une maladie psychiatrique incapacitante. Il y a dès lors tout lieu d'être convaincu par l'avis de l'experte neuropsychologue Q_____ qu'un syndrome dépressif ne pouvait expliquer à lui seul l'ensemble du tableau neurologique observé, au demeurant compatible avec un status après deux AVC (frontal sous-cortical droit occipital droit avec thrombose temporale gauche).

La divergence entre les expertises neuropsychologiques et neurologiques considérées tient donc essentiellement à l'origine des troubles constatés, mais ni à leur existence ni, sur le principe, à leur effet incapacitant.

Pour le surplus, l'avis de l'expert T_____ est explicitement limité au domaine de la psychiatrie, s'agissant notamment de l'évaluation qu'il a faite de la capacité de travail de la recourante. L'avis du Dr T_____ relatif à la cognition et la mémoire de la recourante ne saurait se voir reconnaître de poids dans la mesure où, à l'inverse de la neuropsychologue (elle, même par deux fois), il ne s'est pas basé sur des tests neuropsychologiques.

Concernant l'intensité de l'effet des troubles retenus sur la capacité de travail de la recourante, l'appréciation qu'en a faite l'experte neuropsychologue participe du caractère convaincant de ses deux rapports, répondant l'un et l'autre aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la force probante des rapports d'expertise, en plus qu'elle apparaît cohérente avec la sévérité des troubles retenus. Enfin, la doctoresse U_____ du SMR a admis et répété que la recourante avait une capacité de travail nulle dans toute activité.

Ainsi – indépendamment d'éventuels problèmes rhumatologiques, sujet à propos duquel il sied cependant de relever que ni le Dr N_____, ni la neuropsychologue Q_____, ni le neurologue R_____ n'en font mention, seul le psychiatre T_____ y faisant allusion –, il se justifie de retenir que, d'un point de vue médical, la recourante présente une capacité de travail nulle dans toute activité professionnelle.

11. a. Il ne s'ensuit pas qu'elle a forcément un degré d'invalidité de 100 % dans la sphère professionnelle.

En effet, comme le relève l'intimé, la recourante maintient une activité professionnelle de nettoyeuse à raison de 10h/sem, et ce depuis plusieurs années, de plus apparemment sans baisse de rendement à s'en tenir au fait que le(s) client(s) où l'entreprise de nettoyage l'employant l'a placée n'a (ou n'ont) pas émis de plainte à son propos. Or, la notion d'invalidité est une notion économique (cf. consid. 5c). Dans la mesure où la recourante démontre, dans les faits, qu'elle a une capacité de travail de 23.25 % par rapport à un plein temps dans la branche professionnelle considérée, force est d'en tenir compte dans l'appréciation de sa capacité de gain et, partant, de son invalidité.

b. L'intimé prétend que la perte de gain que subit la recourante dans la sphère professionnelle est de 53.50 %, mais il ne l'explique en aucune façon, en dépit du fait que la recourante, a priori non sans raison, a contesté la méthode d'établissement de ce degré d'invalidité dans ladite sphère.

Dès lors que le nombre d'heures de travail hebdomadaire et le salaire horaire de la recourante sont connus, de même que le nombre d'heures de travail hebdomadaire d'un plein temps dans la branche en question, et que les comptes salaire de la recourante des années 2011 à 2014 figurent au dossier, on ne voit pas pourquoi l'intimé n'a pas appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour

quantifier l'invalidité de la recourante dans sa sphère professionnelle, à savoir en comparant le revenu du travail que la recourante pourrait obtenir en exerçant à 23.25 % son activité de nettoyeuse (considérée dans cette perspective comme celle qu'on peut raisonnablement attendre d'elle) et le revenu qu'elle pourrait réaliser, dans cette même branche, si elle n'avait pas d'atteinte à la santé, taux devant ensuite être pondéré avec la mesure dans laquelle elle exercerait cette activité professionnelle à défaut d'atteinte à la santé (à savoir, selon ce que la chambre de céans a retenu, 75 %).

c. Il n'y a pas lieu, en l'espèce, que la chambre de céans détermine elle-même le degré d'invalidité pertinent pour la sphère professionnelle, dès lors que la décision attaquée doit être annulée et la cause être renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision compte tenu de la modification des parts respectives des sphères professionnelle et ménagère de la recourante (à savoir 75 % et 25 %) et des effets de cette modification sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

En effet, même en s'en tenant à un degré d'invalidité (inexpliqué) de 53.50 % pour la sphère professionnelle, la pondération des taux pertinents au regard desdites parts donnerait 40.125 % pour la sphère professionnelle (75 % x 53.5 %) et 5.25 % pour la sphère ménagère (25 % x 21 %). Le degré d'invalidité total serait ainsi de 45.375 %, à arrondir à 45 %, et la recourante aurait droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Il appartiendra à l'intimé d'établir et expliciter, au titre de la motivation de sa nouvelle décision, le degré d'invalidité propre à la sphère professionnelle de la recourante, en plus de tenir compte de la proportion attribuée par la chambre de céans aux sphères respectivement professionnelle et ménagère de la recourante, ainsi que, le cas échéant, de tout nouvel élément qui, à sa requête ou spontanément, serait porté à sa connaissance.

12. a. La décision attaquée sera donc annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision.
- b. La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).
- c. La recourante obtenant partiellement gain de cause et ayant été représentée par un avocat, une indemnité 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]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 1'000.-.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 23 février 2015.
4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
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

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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