

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1167/2018

ATAS/428/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 mai 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CHÂTELAINÉ, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT  
SCHEIDEGGER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1961, mariée et mère de deux filles nées en 1983 et 1988, est arrivée en Suisse en 1992. Sans formation autre que l'école obligatoire suivie au Portugal, elle a notamment travaillé comme concierge auprès de l'agence immobilière B\_\_\_\_\_ SA, du 1<sup>er</sup> novembre 1995 au 31 décembre 2005, à raison de douze à quatorze heures par semaine.
2. Dans un rapport établi le 17 octobre 2003 par deux médecins du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), l'assurée présentait alors un état dépressif moyen dans un contexte de conflit de longue date avec un habitant de son immeuble. Cette symptomatologie, qui s'était installée depuis sept ans, était à mettre en lien avec un passé probablement douloureux et des relations familiales difficiles, notamment avec son père. Des difficultés familiales étaient également évoquées à une période où les filles de la patiente étaient maintenant devenues autonomes et pouvaient prochainement quitter le domicile parental. Son rôle dans la famille s'était probablement modifié ces dernières années. Dans ce contexte, il était proposé l'introduction de Deroxat 20 mg/j, associé à un suivi psychothérapeutique visant à élaborer les conflits présentés par la patiente.
3. Le 29 novembre 2005, l'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), précisant souffrir de deux hernies discales et de dépression depuis 2000.
4. Dans un rapport du 22 décembre 2005, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué qu'en 1998, l'assurée avait subi une laminectomie à la colonne lombaire en L4-L5-S1 et qu'une dépression ainsi qu'une fibromyalgie étaient apparues à la même époque. L'état de santé de l'assurée allait en s'aggravant.
5. Dans un rapport du 7 janvier 2006, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué que l'assurée souffrait de multiples blocages lombaires sur dégénérescence discale étagée L2-L3-L4-L5-S1 avec sciatique associée et d'un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie), depuis le printemps 2003. L'assurée était totalement incapable de travailler dans sa profession habituelle de concierge depuis le 15 novembre 2004 et son état de santé était stationnaire. Elle pourrait continuer à travailler en tant que concierge à raison de deux à trois heures par jour s'il s'agissait de travaux légers. Dans le cadre d'une telle activité ou de toute autre activité adaptée à ses limitations, il existait une diminution de rendement dans la mesure où l'assurée se sentait complètement invalide.
6. Le 12 juillet 2007, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique et rhumatologique au Centre d'expertise médicale COMAI de Champel, complété par un examen psychiatrique le 6 août 2007. De l'avis des experts, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. L'assurée possédait des ressources psychiques suffisantes pour s'habituer à un rythme de travail et s'intégrer dans le

tissu social. Ainsi, un plan de réadaptation spécial ne s'imposait pas. En revanche, il n'était pas possible d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, vu les exigences physiques importantes qu'il impliquait. Si l'assurée n'était pas sollicitée par des contraintes physiques – mouvements sollicitant le rachis lombaire tels que la flexion latérale, l'extension, la rotation ainsi que le redressement lombaire –, d'autres activités étaient exigibles de sa part, même à plein temps. Actuellement, la diminution de rendement était encore de l'ordre de 30% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées. Toutefois, après mise en route d'un traitement pharmacologique contre l'anxiété, les experts s'attendaient à ce que l'assurée regagne assez rapidement un rendement normal.

7. Le 6 août 2008, l'OAI a effectué une enquête économique sur le ménage, retenant que l'assurée avait un statut mixte réparti à parts égales entre la sphère professionnelle et la sphère ménagère. L'enquêtrice a retenu des empêchements de 33% au total, relevant qu'ils étaient relativement importants en raison des nombreuses limitations fonctionnelles que l'assurée rencontrait (pas de flexion, de rotation, d'extension ni de redressement du rachis lombaire).
8. Le 18 décembre 2009, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin adjoint et responsable du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, a indiqué avoir reçu l'assurée en consultation ambulatoire et diagnostiqué des lombalgies chroniques non déficitaires, un status post décompression et arthrodèse L4-L5, L5-S1 en 2004, un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2008 ainsi que des gonalgies chroniques bilatérales. Elle avait expliqué à l'assurée qu'il était important d'être plus active progressivement au quotidien pour maintenir sa condition musculaire, en précisant qu'une activité douce et régulière ne mettrait pas en danger sa santé ou son rachis, bien au contraire. Ainsi, elle proposait que l'assurée bénéficie de quelques séances de physiothérapie et qu'on lui enseigne également des exercices à faire à domicile, en vue d'un reconditionnement physique et d'une diminution de la kinésiophobie. L'assurée avait donné son accord pour participer à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale dans le but d'améliorer ses ressources pour mieux gérer les douleurs.
9. Dans un rapport du 10 octobre 2010 à l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, sans changement dans les diagnostics, et que la capacité de travail était nulle dans toute activité.
10. Le 3 décembre 2010, l'assurée a fait l'objet d'une nouvelle évaluation de médecine physique et psychiatrique au COMAI de Champel. Dans leur rapport d'expertise du 18 janvier 2011, les docteurs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, respectivement spécialistes FMH en médecine physique et en psychiatrie, psychothérapie, ont conclu, avec le docteur H\_\_\_\_\_, médecin-chef, qu'en raison des atteintes somatiques, l'activité de concierge n'était plus du tout exigible de l'assurée, depuis novembre 2007. Cette incapacité était restée entière depuis lors, en raison de l'atteinte du rachis. En revanche, ses troubles psychiques ne l'empêchaient pas de s'adapter à un environnement professionnel.

11. Dans un rapport daté du 4 octobre 2013, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale FMH, a indiqué que, compte tenu de ses limitations qui ne pouvaient être réduites par des mesures médicales, on ne pouvait s'attendre ni à une reprise de l'activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail de l'assurée. Des activités uniquement en position assise ou uniquement en position debout n'étaient pas envisageables, pas plus que des activités dans différentes positions ou exercées principalement en marchant. Elle ne pouvait pas se pencher, travailler accroupie, à genoux, effectuer des rotations en position assise ou debout, soulever ou porter de charges et monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers. Sa capacité de concentration et sa résistance étaient limitées et son aptitude à se déplacer inexistante. En revanche, les capacités de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées.
12. Le 21 mars 2014, l'OAI a contacté l'assurée par téléphone pour l'informer de la mise en place d'une observation professionnelle COPAI dès le 19 mai 2014. Selon le rapport d'entretien versé au dossier, l'assurée avait accepté la mesure.
13. Par courrier du 26 mars 2014 à l'OAI, le Dr I\_\_\_\_\_ a fait part de sa surprise en apprenant qu'une mesure d'observation professionnelle allait se dérouler prochainement. De son point de vue, la situation sur le plan des douleurs n'était absolument pas réglée. En effet, l'assurée avait été hospitalisée récemment à l'hôpital Beau-Séjour, où un sevrage complet des opiacés avait été réalisé. Ce traitement avait été remplacé par des inhibiteurs des récepteurs NMDA avec un traitement antidépresseur. Malheureusement, l'assurée avait présenté un syndrome sérotoninergique sur ces derniers, ce qui avait fortement limité l'emploi de tous les traitements antalgiques. Par ailleurs, dans ce contexte douloureux chronique, elle présentait actuellement des signes d'état dépressif majeur. Dès lors, dans cette situation psychique et physique extrêmement difficile, ce médecin ne voyait pas du tout l'assurée reprendre une quelconque forme d'activité professionnelle, sachant qu'elle passait le plus clair de sa journée en position horizontale pour tenter de soulager ses douleurs.
14. Dans un rapport du 15 mai 2014, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du service de rhumatologie des HUG, a indiqué que l'assurée présentait une clinique compatible avec un syndrome lombo-vertébral chronique, persistant après deux opérations, ainsi qu'une gonarthrose droite symptomatique, qui s'inscrivaient dans un syndrome douloureux diffus chronique depuis de nombreuses années.
15. Dans un rapport du 21 mai 2014, le docteur K\_\_\_\_\_, médecine interne générale FMH, a indiqué que le stage COPAI prévu à partir du 19 mai 2014 avait dû être interrompu en raison d'une exacerbation des douleurs de l'assurée et d'un blocage clinique. La situation était incompatible avec une reprise de toute activité professionnelle. De plus, après des années d'interruption de travail dans un contexte dorsolombaire très fragile, fonctionnel et post-traumatique, il paraissait complètement inutile de vouloir obtenir une évaluation professionnelle concrète, qui était vouée à l'échec. Une prise en charge par l'assurance-invalidité devait donc

se discuter sur dossier, avec ou sans expertise complémentaire, avec prise de renseignements complémentaires auprès du Dr I\_\_\_\_\_, médecin traitant.

16. Par projet de décision du 23 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée que son taux d'invalidité global s'élevait à 29%, ce qui ne lui donnait pas droit à une rente d'invalidité.
17. Par courrier du 17 février 2015 à l'OAI, le Dr I\_\_\_\_\_ a estimé qu'une nouvelle expertise permettrait de mieux évaluer le handicap physique et psychique de l'assurée, la dernière datant de 2010. L'assurée présentait des douleurs lombaires de longue date extrêmement invalidantes et résistantes au traitement médicamenteux. De multiples morphiniques avaient été administrés puis retirés en l'absence d'effets. De nombreux traitements antidépresseurs à visée antalgique et psychique avaient également été introduits, mais ces derniers avaient dû être stoppés au vu des effets secondaires importants. L'assurée avait par ailleurs été hospitalisée pendant près de deux semaines pour essayer de traiter ses douleurs et avait été vue à la consultation spécialisée du rachis aux HUG, sans qu'aucun traitement n'ait pu franchement améliorer la situation clinique.
18. Le 26 février 2015, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI.
19. Par décision du 14 avril 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 janvier 2015.
20. Par acte du 20 mai 2015, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 14 avril 2015, concluant à l'octroi d'une rentière entière d'invalidité dès le 15 novembre 2004.
21. Par arrêt du 9 mars 2016 (ATAS/180/2016), la chambre des assurances sociales a admis partiellement le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, considérant que les rapports du COMAI ne permettaient pas de se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail exigible de la recourante.
22. L'OAI a confié une nouvelle expertise aux docteurs L\_\_\_\_\_, psychiatre, et M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine générale, de SMEX SA.
23. a. À teneur de leur rapport du 30 août 2017, l'expertise se fondait sur l'examen du dossier mis à disposition, complété par des éléments que les experts s'étaient procurés, des entretiens individuels de chaque expert avec l'expertisée, des examens cliniques (1 heure 30 avec l'expert rhumatologue et 45 minutes avec le psychiatre) et une démarche consensuelle des experts.  
  
À teneur des conclusions consensuelles des experts, les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient :
  - des gonalgies persistantes avec status après prothèse totale du genou droit le 16 décembre 2015 pour gonarthrose décompensée ;

- des lombalgies chroniques persistantes avec status après décompression et arthrolyse de L4 à S1 en 2004 et status post ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2007 ;
- des troubles anxieux et dépressifs mixtes d'intensité légère avec des préoccupations essentiellement hypochondriaques ;
- un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Elle était capable d'effectuer une activité légère (port de charges jusqu'à 10 kg) en position alternée, sédentaire ou semi-sédentaire majoritairement assise. De par sa psychopathologie, son profil d'effort était relativement peu diminué. Il fallait également tenir compte de la prise de psychotropes et d'antalgiques qui avaient une action sur la vigilance. Il était préférable d'envisager des activités routinières, avec des quantités et une vitesse de travail de réalisation constantes et d'intensité modérée.

Le pronostic était mauvais, vu l'évolution sur plusieurs années. Du point de vue rhumatologique, le profil d'effort ne devrait pas changer. La participation à une réadaptation professionnelle ainsi que l'instauration d'un traitement antidépresseur à base de tricyclique seraient deux éléments d'appoint qui n'avaient pas encore été mis en place et qui avaient de bonnes probabilités d'avoir une action globalement positive dans l'évolution de l'état de santé de l'assurée.

L'assurée était incapable de travailler à 100% dans son ancienne activité de concierge depuis novembre 2004, date de sa première opération du dos.

Lors de l'expertise effectuée en juillet 2007, la doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie médecine physique et réhabilitation, avait estimé sa capacité de travail dans une activité adaptée à 70% (diminution de 30% du rendement en raison d'une anxiété généralisée) avec une augmentation du rendement possible par un traitement pharmacologique contre l'anxiété. Dans l'expertise du COMAI du 23 janvier 2011, une capacité de travail dans une autre activité de cinq à six heures par jour, sans diminution de rendement (70%) avait été retenue. Depuis 2013, il y avait eu une aggravation de la gonarthrose bilatérale à prédominance droite. À la fin de l'année 2015, l'assurée avait subi une opération de sa prothèse du genou droit. L'évolution n'était pas favorable avec un handicap fonctionnel et une limitation de la mobilité. La capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'expertisée avait été :

- 0% de novembre 2004 au 18 mai 2005 (six mois post-opératoires) ;
- 70% du 19 mai au 15 décembre 2015 ;
- 0% du 16 décembre 2015 (opération du genou droit) à avril 2016 ;
- 50% (demi-journée) dans une activité adaptée depuis mai 2016.

Elle était actuellement de 50% (demi-journée) du point de vue interdisciplinaire. Les diminutions de la capacité de travail des deux spécialisations ne se cumulaient pas. Il n'y avait pas de changements prévus à l'avenir.

Les experts ont relevé, dans la partie consensuelle de leur rapport, que les différences dans les anamnèses s'expliquaient par les réponses subjectives de l'assurée. Comme ces données étaient sans importance pour définir sa capacité de travail, elles n'avaient pas fait l'objet de vérifications.

b. Selon l'anamnèse de l'expert psychiatre, l'expertisée avait été ponctuelle à son rendez-vous. Elle avait rejoint le bureau avec des difficultés et une claudication importante. Elle avait spontanément retracé son passé orthopédique et avait décrit avec précision ses entraves fonctionnelles et les douleurs multiples qu'elle présentait. Elle avait ensuite évoqué des troubles du sommeil, sa tristesse, ses crises de larmes en rapport avec l'atteinte narcissique que représentait pour elle l'altération de sa santé physique ainsi que son sentiment d'incapacité, avec des idées d'indignité. La limitation majeure observée au niveau psychique se situait dans la restriction de son cercle relationnel de façon active avec une perte d'appétence et une irritabilité qui la culpabilisait. Elle avait l'impression d'être à la charge de sa famille, ce qui lui était insupportable.

Selon l'expert psychiatre, l'expertisée s'astreignait chaque jour à une promenade de trente minutes. La plupart du temps, elle était seule, ses enfants étant grands et son mari travaillant. Elle avait une consultation médicale pratiquement chaque jour et se rendait quotidiennement à la physiothérapie et souvent à la piscine. Elle mettait un point d'honneur à parfaire son français en lisant des romans et d'autres ouvrages en français. Elle regardait les émissions de la télévision suisse romande. Elle avait parfois un manque d'appétence et des difficultés de concentration, mais qui paraissaient modestes. Elle téléphonait parfois à sa famille à Porto et voyait ses enfants et petits-enfants le week-end. Pour se déplacer en dehors de son quartier, elle devait être accompagnée, comme le jour de l'expertise, où elle avait été véhiculée par sa fille.

L'expert a encore mentionné, sous anamnèse, que les troubles décrits étaient anciens, qu'ils avaient débuté avec l'inflation des problèmes rhumatologiques et qu'ils étaient apparemment variables dans le temps. Actuellement, l'expertisée bénéficiait d'un suivi psychiatrique assez lâche et d'un traitement psychotrope qui reposait essentiellement sur une prise d'antidépresseur de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine. L'expertisée s'était retrouvée avec des prescriptions d'antalgiques extrêmement importantes, avec une prédisposition orale certaine, et, probablement, une hépatomégalie à l'origine d'une intolérance hépatique débutante à la multiplicité des traitements antalgiques qui lui avaient été prescrits. Sous anamnèse familiale, l'expert a mentionné que l'expertisée était originaire de Porto, au Portugal, et qu'elle vivait en Suisse depuis environ 30 ans.

Sous anamnèse personnelle, l'expert psychiatre a détaillé le suivi médical de l'expertisée depuis 2002. Aucun élément psychique ne ressort du suivi précité. Sous anamnèse biographique et sociale, l'expert psychiatre a mentionné que l'expertisée serait séparée de son mari depuis sept ans et qu'elle avait deux enfants et deux petits-enfants qu'elles voyaient régulièrement le week-end. L'expertisée disait ne

plus pouvoir se mouvoir correctement, porter des charges lourdes, ni se baisser. La plupart des éléments mis en avant par l'expertisée étaient des entraves à la reprise d'une activité professionnelle d'ordre orthopédique ou rhumatologique. Elle se sentait incapable de faire toute activité en raison de ses problèmes de dos et du genou droit depuis son opération à fin 2015.

Sous status psychiatrique, l'expert a mentionné que l'assurée avait un bon contact et qu'elle était parfaitement vigile. Il n'y avait pas d'impression de sédation induite par un médicament ou un toxique. Elle était bien orientée aux quatre modes, sans confusion. Les réponses étaient tout à fait adaptées aux questions, avec une dimension émotionnelle congruente au contexte. L'expertisée était tout à fait capable d'attention et de concentration. Le langage paraissait bien structuré. Cliniquement, il n'y avait pas de troubles des fonctions supérieures ni de la mémoire. L'assurée semblait présenter des idées émotionnellement pénibles évoquant un trouble de l'humeur de type dépressif ou une dysphorie en rapport avec son syndrome polyalgique résistant à la médication. Il y avait une relative perte de l'élan vital, une légère perte d'appétence et une diminution de certains intérêts. Néanmoins, globalement, les activités sociales et intellectuelles étaient à peu près conservées. Il n'y avait pas de trouble anxieux caractérisé particulier, de phobies, ni de rituel obsessionnel. L'expertisée présentait des troubles anxieux qui semblaient être une anxiété généralisée de faible intensité pouvant toutefois se décompenser lors d'une poussée algique ou d'une contrariété. La symptomatologie organique ainsi que la péjoration de l'avenir en rapport avec ses difficultés fonctionnelles étaient souvent évoquées par l'expertisée. Certains symptômes algiques étaient décrits et montrés avec une certaine théâtralité.

Sous observations et conclusions médicales, l'expert psychiatre a mentionné qu'il n'y avait pas d'élément dans le dossier ni dans le discours de l'expertisée qui laissait penser qu'il existait une incohérence, même si le décalage entre les activités sociales, intellectuelles et ménagères de celle-ci et l'importance des troubles relatés était frappant. Il était possible d'évoquer une certaine majoration involontaire de la symptomatologie au niveau psychique. L'assurée souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère avec des préoccupations essentiellement hypocondriaques. Le trouble somatoforme était survenu après une atteinte somatique certaine et un contexte chirurgical. La douleur était au premier plan. Elle s'accompagnait d'un sentiment d'angoisse extrêmement important. Les plaintes étaient répétitives et semblaient dépasser les troubles objectifs qui pouvaient s'expliquer uniquement par les lésions constatées. Le trouble somatoforme semblait être apparu assez rapidement après l'intervention chirurgicale au niveau du dos visant à décompresser les nerfs et les racines nerveuses. Des troubles psychiques avaient été remarqués dès fin 2004, à quelques semaines de l'intervention de la décompression et de la stabilisation L4-L5 et L5-S1. Il était extrêmement difficile de dater le début des troubles anxieux dépressifs. Il semblait s'agir d'un processus d'une grande variabilité, mais probablement avec une certaine continuité depuis

l'intervention chirurgicale, soit depuis une douzaine d'années. Ce trouble anxio-dépressif semblait être réactionnel à la pathologie somatique et à son évolution. Il était probable que certains éléments de personnalité soient également intervenus dans l'écllosion des troubles. Il existait des traits de personnalité pathologique, mais ce problème apparaissait plus comme une hypothèse physiopathologique que comme un élément clinique avéré. Il n'y avait pas de limitations particulières en rapport avec l'état dépressif de l'assurée qui restait globalement de gravité faible.

Ce qui faisait la gravité de la situation était l'ancienneté des troubles, l'intensité actuelle des douleurs et des plaintes, la nécessité de devoir recourir à une inflation thérapeutique au niveau des antalgiques de manière assez inquiétante et le retentissement au niveau de la vie professionnelle de l'assurée, qui était totalement interrompue depuis une douzaine d'années. S'il y avait probablement une tendance à la majoration des troubles dans leur description, il ne s'agissait pas d'une exagération volontaire, mais cela était en rapport avec les éléments de personnalité. Il n'y avait pas d'impression de simulation.

L'expert psychiatre a ensuite examiné les indicateurs développés par le Tribunal fédéral. Il a retenu que le trouble somatoforme et l'état anxio-dépressif étaient d'intensité légère, mais que la conjonction des deux diagnostics avec les éléments de personnalité évoqués était synergique et majorait la gravité de l'état de l'expertisée. Globalement, un déficit moyen était retenu.

S'agissant du traitement, lors de la consultation au centre de la douleur en 2013, il avait été suggéré de recourir à un traitement antidépresseur noradrénergique. Il se trouvait que ce type de classe médicamenteuse n'avait pas été utilisé, ce qui était regrettable. En effet, lors de pathologie au long cours, avec des éléments somatoformes algiques, les traitements antidépresseurs par inhibiteur de la recapture de sérotonine ou les anxiolytiques n'apportaient que des résultats médiocres. Il y avait eu plusieurs tentatives de réadaptation qui s'étaient soldées par des échecs.

Il existait une comorbidité évidente entre la symptomatologie psychique et les troubles orthopédiques/rhumatologiques. L'impression clinique globale était toutefois que les troubles psychiques étaient une caisse de résonance à la symptomatologie organique et représentait un facteur d'aggravation sans être le *primum movens* de la pathologie actuelle. Dans un tableau clinique aussi ancien et complexe, chaque élément qui pourrait voir une certaine amélioration demandait à être étudié et devait bénéficier d'une tentative thérapeutique. L'expertisée était dans une attitude de passivité à l'égard des symptômes. Elle était actuellement prise dans une sorte de tout ou rien. Elle souhaitait recouvrer une mobilité totale et accessoirement reprendre une activité professionnelle qui puisse la remettre dans le cercle social des gens utiles. À défaut, elle se présentait avec ses troubles comme stigmatisée et ne pouvait pas envisager sereinement une adaptation progressive qui pourrait demander un processus long et pénible pour remédier à cette situation. Il existait un désinvestissement social qui pouvait être qualifié de léger. Il était

directement en rapport avec ses difficultés de mobilité et d'autonomie. Au niveau familial, l'expertisée entretenait des relations régulières avec ses enfants et sa famille au Portugal. Elle pouvait assumer des activités récréatives, notamment la lecture et l'information par le biais de la télévision. Elle souhaitait apprendre le français et faisait des efforts dans ce sens. Elle semblait également pouvoir effectuer des activités ménagères demandant peu d'énergie physique. Enfin, malgré les douleurs qui la taraudaient quotidiennement, elle s'astreignait à une certaine hygiène de vie, notamment en sortant régulièrement, en allant à la physiothérapie. Les douleurs semblaient occuper une place extrêmement importante dans son quotidien. Elle était compliant aux traitements proposés, mais sa demande d'antalgiques était absolument impossible à combler. Il semblait y avoir eu à plusieurs reprises des dérapages de prescription niveau des posologies et une inflation du nombre d'antalgiques utilisés.

c. L'expert rhumatologue a rapporté les indications subjectives de l'expertisée. Celle-ci avait indiqué présenter des lombalgies persistantes augmentant au moindre mouvement et effort. Toutes les mesures médicales par physiothérapie et médicaments avaient échoué. Elle présentait une importante kinésiophobie. Depuis l'opération de la prothèse de son genou droit, il y avait une limitation de la mobilité de ce genou ainsi qu'une boiterie d'appui à droite due à la persistance de douleurs au niveau du genou.

L'expert rhumatologue a indiqué sous la rubrique « description détaillée d'une journée ordinaire ainsi que des loisirs » que l'expertisée avait adopté un comportement d'invalidé, qu'elle ne faisait pratiquement rien à la maison et qu'elle se faisait aider par ses enfants et son mari.

Sous anamnèse familiale, biographique et sociale, l'expert a mentionné, notamment, que son mari était maçon de profession et qu'il souffrait également de problèmes de santé. Le couple devait faire face à des difficultés financières. L'expertisée se décrivait souvent épuisée, fatiguée et préoccupée par l'évolution de son état de santé. Elle se sentait incapable de faire toute activité en raison de ses problèmes de dos et de genou. Son traitement avait été maximal du point de vue conservateur.

L'expert a relevé que des spécialistes de la douleur et le Dr J\_\_\_\_\_ avaient proposé des traitements cognitivo-comportementaux, ce dont l'expertisée n'avait pas bénéficié et qu'elle était également suivie par un psychiatre. S'agissant du traitement actuel, il a mentionné qu'elle prenait beaucoup de médicaments ainsi que des morphiniques.

d. Le rapport d'expertise contient un résumé du dossier de l'expertisée et un questionnaire médical rempli par celle-ci, dans lequel elle avait mentionné le 11 avril 2017 qu'elle était actuellement suivie par le Dr I\_\_\_\_\_, le Dr O\_\_\_\_\_, orthopédiste, le Dr D\_\_\_\_\_, neurochirurgien et la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie.

L'expertisée a précisé dans un autre formulaire que sa langue maternelle était le portugais et qu'elle n'avait pas besoin d'un interprète.

Les experts ont obtenu les rapports complémentaires suivants :

- un rapport établi le 4 avril 2016 par le docteur Q\_\_\_\_\_ suite à un scanner du genou droit du même jour, effectué pour un contrôle en raison de douleurs persistantes quatre mois après la pose de PTG droite, concluant que celle-ci était en place, sans signe de complication, ni anomalie des parties molles.
- un rapport établi le 8 décembre 2016 par le docteur R\_\_\_\_\_, radiologue FMH, qui a procédé à une IRM du genou gauche de la recourante le 7 décembre 2016, en raison d'une suspicion de déchirure du ménisque interne et qui a conclu à une gonarthrose tricompartimentale épargnant relativement le compartiment fémoro-tibial externe, ménicopathie fissuraire interne sans fragment luxé, lame d'épanchement articulaire et ébauche de kyste de Baker.

24. Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été effectuée. Dans son rapport du 17 octobre 2017, l'enquêtrice a mentionné que, durant la visite à domicile, deux personnes étaient venues sonner à la porte pour des problèmes ou questions concernant les machines à laver le linge de l'immeuble. Selon l'assurée, c'était sa fille, qui vivait dans l'allée voisine, qui tenait la conciergerie de l'immeuble. Sa fille travaillait aussi à 80% comme assistante médicale et l'assurée répondait aux locataires durant la journée.

À teneur du rapport d'enquête, l'assurée n'avait pas de problème pour la conduite de son ménage après l'atteinte. Elle disait avoir l'aide de l'IMAD pour les tâches ménagères depuis son intervention au genou, tous les quinze jours pendant deux heures. S'agissant de l'alimentation, depuis décembre 2015, elle disait pouvoir préparer des petites choses simples, car elle ne pouvait pas rester debout plus de quinze minutes. C'était essentiellement son mari qui faisait le repas du soir. Elle préparait des salades pour le repas de midi lorsqu'elle était seule. En position assise, elle pouvait peler des légumes pour préparer la soupe. Elle pouvait charger le lave-vaisselle en prenant appui sur le plan de travail avec l'autre main et préparer des pâtes pour deux, car la casserole n'était alors pas trop lourde. Elle ne nettoyait plus le sol de la cuisine, mais pouvait encore passer le balai. Les gros nettoyages de la cuisine étaient faits tous les quinze jours par la femme de ménage. Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée, l'enquêtrice retenait que celle-ci pouvait faire des petites choses simples dans la cuisine et entretenir superficiellement le plan de travail. S'agissant de l'entretien du logement, depuis décembre 2015, date de son intervention du genou, l'assurée disait que les choses allaient de plus en plus mal. Elle ne faisait rien du tout dans le ménage, qui était entièrement pris en charge par la femme de ménage tous les quinze jours. L'assurée disait que c'était sa fille qui changeait les draps de lit tous les quinze jours et que celle-ci venait la voir tous les jours. L'enquêtrice avait constaté, lors de la visite de l'appartement, que le lit était bien fait. L'assurée avait précisé qu'elle le faisait sans difficulté, car ils dormaient à

la nordique. Elle ne pouvait pas nettoyer la baignoire et les toilettes mais pouvait faire le lavabo, un peu de rangement et la poussière à sa hauteur. Depuis décembre 2015, elle faisait les courses en voiture avec sa fille. Elle disait pouvoir charger le caddie, qui était poussé par sa fille. Son mari portait ensuite les courses et ils les rangeaient ensemble. L'assurée continuait à s'occuper de l'administration, mais sa fille faisait un contrôle. Depuis décembre 2015, elle avait une machine à laver et sécher le linge dans la cuisine. Elle faisait une machine par semaine sans aide. Elle ne pouvait pas porter le panier de linge dans la cuisine; son mari le faisait. Elle pouvait sortir le linge de la machine, plier les petites choses en s'asseyant et pouvait ranger le linge dans les armoires. Elle avait deux petits-enfants, de 7 ans et 2 ans, qui vivaient dans l'allée voisine. Elle ne pouvait pas les garder, mais les voyait avec leur mère tous les jours. En bonne santé, elle aurait voulu s'investir davantage dans son rôle de grand-mère. Elle ne faisait plus de crochet depuis de nombreuses années, en raison de ses douleurs de dos. Elle avait un chat qu'elle nourrissait sans difficulté, mais c'était son mari qui changeait sa caisse. L'enquêtrice a conclu que les empêchements dans les travaux habituels étaient de 49,3% sans exigibilité et de 34% avec exigibilité. L'exigibilité retenue était de 15,5%. La fille de l'assurée avait quitté le domicile familial en 2013, mais l'assurée vivait toujours avec son conjoint, qui était en bonne santé. L'exigibilité le concernant était limitée en raison de la pénibilité de son travail. Lors de la visite à domicile, l'assurée ne remplissait pas les conditions d'une allocation pour impotent. Elle disait pouvoir prendre des bains en s'asseyant au fond de la baignoire mais pas en ressortir sans aide, car elle n'avait plus de planche de bain.

25. Par projet de décision du 25 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui reconnaissait le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2016 avec suppression dès le 1<sup>er</sup> août 2016. Elle avait un statut mixte (50% pour l'activité professionnelle et 50% pour les travaux habituels). Le SMR lui reconnaissait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 11 novembre 2004 et une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée dès le 19 mai 2005, 0% dès décembre 2015 et de 50% dès mai 2016.

S'agissant du degré d'invalidité dès mai 2005, la perte de gain dans la sphère professionnelle s'élevait à CHF 7'076.-, soit 24% (revenu sans invalidité de CHF 29'233.- – revenu avec invalidité de CHF 22'157.-). Les empêchements dans la sphère des travaux habituels étaient de 33% selon l'enquête ménagère. Le degré d'invalidité total après pondération entre la part active et la part des travaux habituels était de 29% ( $50 \times 24\% = 12\%$  pour la part professionnelle et  $50 \times 33\% = 17\%$  pour les travaux habituels).

Dès le 16 décembre 2005 (recte 2015), le degré d'invalidité était total dans la sphère professionnelle. Une nouvelle enquête ménagère avait été effectuée au domicile qui avait retenu que les empêchements étaient de 34% à cette période.

---

Le degré d'invalidité total après pondération entre la part active et la part des travaux habituels était de 67% ( $50 \times 0\%$  [recte 100] = 50% pour la part professionnelle et  $50 \times 33\% = 17\%$  pour les travaux habituels).

Considérant le degré d'invalidité de 27% retenu au terme du délai de carence légal (novembre 2015) et celui admis à partir de décembre 2015, le taux moyen d'invalidité de 40%, calculé rétroactivement, avait été atteint en mars 2016. En conséquence, l'assurée avait droit à un quart de rente depuis lors.

Le degré d'invalidité dès décembre 2015 était de 67%, ce qui ouvrait à l'assurée le droit à un quart de rente dès mars 2016.

Le degré d'invalidité dès mai 2016 était de 34%. La perte de gain s'élevait à CHF 11'383.- dans la sphère professionnelle, soit une perte économique de 34% (revenu sans invalidité de CHF 33'190.- – revenu avec invalidité de CHF 21'807.-). Les empêchements dans la sphère des travaux habituels étaient de 34% selon les conclusions de l'enquête ménagère.

Le degré d'invalidité après pondération entre la part active et la part des travaux habituels était de 34% ( $50 \times 34\% = 17\%$  pour la part professionnelle et  $50 \times 34\% = 17\%$  pour les travaux habituels). Le degré d'invalidité qui était inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à la rente.

Les conditions du droit au quart de rente étaient remplies jusqu'en juillet 2016, conformément aux dispositions applicables en cas d'aggravation de l'état de santé. En conséquence, la rente était supprimée dès le 1<sup>er</sup> août 2016.

Il ressort des calculs établis par l'OAI le 25 octobre 2017 pour déterminer le degré d'invalidité en mai 2015 qu'il a pris en compte pour fixer le revenu avec invalidité le tableau ESS 2014, pour une femme, ligne total, dans une activité de niveau 1, soit CHF 4'300.-, correspondant à CHF 4'483.- en prenant en compte la durée normale hebdomadaire de travail (41,7 heures), soit CHF 53'793.- annualisés, CHF 54'516.- indexés à 2016 et CHF 21'807.- à 50% (CHF 27'258.50) avec une réduction supplémentaire de « 20% » (CHF 5'451.70). L'OAI a toutefois précisé par la suite qu'il avait procédé à un abattement de « 10% » en raison de la nécessité d'une activité légère, des limitations fonctionnelles retenues et de l'âge.

26. L'assurée a formé opposition au projet de décision précité, le 16 janvier 2018, considérant avoir droit à une rente entière d'invalidité.
27. Par décision du 26 février 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision.
28. Le 9 avril 2018, l'assurée a, par le biais de son conseil, formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir qu'elle avait reçu la décision de l'intimé le 5 mars 2018 et qu'elle entendait prouver par son audition, celle de ses médecins et une expertise judiciaire qu'elle était entièrement incapable de travailler dans toute activité. Elle attendait encore des informations médicales qu'elle avait demandées à ses médecins et sollicitait, en conséquence, un délai pour compléter son recours. Elle concluait à

l'annulation de la décision attaquée et à ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 15 novembre 2004.

29. Le 13 avril 2018, la chambre de céans a accordé un délai à la recourante au 4 mai 2018 pour compléter son recours.
30. Le 4 mai 2018, la recourante a demandé une prolongation du délai accordé, en raison d'une surcharge de travail et de l'absence de réponse de ses médecins traitants.
31. Le 7 mai 2018, la chambre de céans a prolongé au 4 juin 2018 le délai octroyé à la recourante pour produire son écriture.
32. Le 22 juin 2018, la recourante, faisant suite à l'appel du greffe de la chambre de céans, a constaté que son écriture complémentaire envoyée par pli simple n'était pas parvenue à celle-ci et la lui a transmise par fax du même jour.
33. Dans son complément de recours daté du 4 juin 2018, l'assurée a fait valoir que la décision litigieuse avait été rendue postérieurement à l'entrée en vigueur des dispositions relatives au nouveau calcul en méthode mixte et que l'intimé aurait dû effectuer un nouveau calcul dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018. L'expertise ne pouvait se voir reconnaître force probante, car elle contenait des erreurs de fait. En effet, elle ne lisait qu'un livre par année et ne regardait la télévision que trente minutes par jour pour voir le journal. Elle était donc loin d'avoir des activités récréatives soutenues comme l'avait retenu l'expert. De plus, elle se rendait à la piscine uniquement pour ses séances de physiothérapie et ce n'était que si elle avait un rendez-vous médical ou pour la physiothérapie qu'elle essayait de s'y rendre à pied. Elle ne faisait pas des promenades de trente minutes chaque jour, car cela lui causait trop de douleurs. Enfin, elle était mariée et vivait avec son mari. De plus, l'anamnèse psychiatrique avait été réduite au strict nécessaire. L'expert avait retenu que le décalage entre ses activités sociales, intellectuelles et ménagères et l'importance des troubles relatés était frappant. Or, elle n'avait aucune activité sociale en dehors des contacts avec sa fille, qui venait l'aider pour ses tâches quotidiennes. Elle n'avait pas d'activités intellectuelles particulières et ses tâches ménagères étaient réduites au strict minimum et effectuées à grand peine. L'expert rhumatologue avait indiqué, sous la description détaillée de sa journée, qu'elle avait adopté un comportement d'invalidé, qu'elle ne faisait pratiquement rien à la maison et qu'elle se faisait aider par ses enfants et son mari. Outre le fait que la tournure de cette phrase laissait douter de l'objectivité de l'expert, il était frappant que celui-ci avait constaté qu'elle ne faisait rien de ses journées alors que le psychiatre avait retenu qu'elle était active et avait des loisirs et des plaisirs. Les constatations sur la journée type de l'assurée n'étaient ainsi manifestement pas objectives et avaient été relatées selon les besoins de l'expert pour aboutir aux conclusions choisies. L'expert avait retenu que le trouble somatoforme était léger tout comme l'état anxio-dépressif, sans motiver sa position. Il s'était référé à la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée qui ressortait du dossier sans indiquer à quel élément médical il faisait référence et

pourquoi il serait plus convaincant que les avis médicaux des médecins traitants. L'expert rhumatologue retenait que l'expertisée avait échappé à tout traitement médicamenteux, de physiothérapie et médical, sans que l'on comprenne ce que cela voulait dire, puisque sa compliance était excellente et qu'elle avait fait de la physiothérapie régulièrement. Selon le rhumatologue, elle ne pouvait exercer qu'une activité légère à 50%, en positions alternées à un poste sédentaire ou semi-sédentaire majoritairement assise. En résumé, elle ne pouvait pratiquement rien faire comme activité professionnelle. L'expert rhumatologue retenait que, postérieurement à l'expertise de 2011, sa situation s'était dégradée, en raison d'une gonarthrose sévère opérée en 2015 sans succès. Il avait fixé l'aggravation arbitrairement à décembre 2015, date de l'opération, sans qu'aucun autre élément ne soit investigué, s'agissant de l'état des genoux entre 2011 et 2015, alors même que le dossier médical de l'assurée contenait des éléments médicaux sur toute cette période.

La recourante sollicitait, en conclusion, qu'une expertise judiciaire rhumatopsychiatrique soit ordonnée et, subsidiairement, son audition, celle de sa fille et de ses médecins traitants.

S'agissant de l'enquête ménagère, elle était erronée en ce qu'elle retenait qu'elle répondait durant la journée aux locataires de l'immeuble à la place de sa fille, qui tenait la conciergerie. La personne qui avait sonné ce jour-là cherchait à savoir si sa fille était chez elle, comme cela était souvent le cas, ce que certains voisins savaient. Les locataires des immeubles disposaient du téléphone de sa fille et la contactaient par ce biais s'ils en avaient besoin et non par son intermédiaire. Sous la rubrique des moyens auxiliaires, la planche de douche, dont elle bénéficiait de très longue date et sans laquelle elle ne pouvait pas se doucher, n'avait pas été mentionnée.

Ses filles l'avaient toujours assistée dans le ménage, raison pour laquelle l'aide de l'IMAD n'avait longtemps pas été nécessaire. Contrairement à ce qui avait été retenu, elle ne pouvait pas passer la poussière. C'était la femme de ménage qui s'en chargeait.

En ce qui concernait les courses, elle se limitait à choisir les fruits et les légumes. C'était sa fille qui mettait les autres achats dans le caddy. À la maison, elle rangeait uniquement les petits ingrédients. S'agissant de l'entretien du logement, elle ne faisait rien à part son lit le matin et nettoyer le lavabo. Tout le reste était effectué par une femme de ménage et sa fille. Un empêchement complet aurait dû être retenu. Il fallait également rappeler que les médecins confirmaient qu'elle présentait une incapacité complète de travail dans son activité habituelle de femme de ménage au vu de ses limitations fonctionnelles et physiques.

S'agissant des emplettes et des courses, elle n'avait aucune autonomie dans ce domaine. Elle ne pouvait pas se rendre seule au magasin, charger un caddy ou

porter un sac de courses. Sa participation était avant tout symbolique. L'empêchement aurait dû être évalué à 100%.

Elle ne pouvait concrètement pas s'occuper de ses petits-enfants, comme elle l'aurait fait en bonne santé. Elle ne pouvait pas les porter, courir, ramasser des jouets, s'accroupir pour jouer avec eux, se pencher, leur faire à manger, les mettre au lit ou les surveiller à l'extérieur. Elle n'avait en conséquence aucune capacité pour s'occuper des enfants et un empêchement total aurait dû être retenu à cet égard. Enfin, elle ne faisait plus aucun travail de crochet en raison de ses douleurs et n'avait aucune autre activité. Elle pouvait uniquement nourrir un animal, mais pas changer sa litière. Un empêchement de 40% aurait dû être retenu dans la rubrique divers.

S'agissant de l'exigibilité retenue pour son mari, il fallait rappeler qu'il était âgé de 57 ans et qu'il travaillait à 100% dans un métier très physique. L'exigibilité retenue de 15,5% du temps ménager était ainsi trop élevée. Seule une participation de 10% au total pouvait lui être raisonnablement imputée. En conséquence, l'empêchement ménager pondéré avec exigibilité devait être fixé à 60% au moins.

S'agissant du calcul de l'invalidité, la recourante ne contestait pas le revenu sans invalidité pris en compte, mais l'abattement de 10%, car elle devait respecter un grand nombre de limitations fonctionnelles et ne pouvait exercer qu'une activité légère, n'ayant travaillé que dans le domaine du nettoyage. De plus elle était éloignée du marché de l'emploi depuis plus de quatorze ans et âgée de 57 ans. L'abattement maximal de 25% aurait donc dû être pris en compte.

Elle concluait, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à ce qu'un droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 15 novembre 2004.

34. Par réponse du 25 juin 2018, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours. L'écriture du conseil de la recourante du 9 avril 2018 ne satisfaisait pas à l'exigence de motivation, car elle ne contenait aucun exposé des faits ou des motifs invoqués. L'assurée avait été dûment invitée à compléter son recours par la chambre de céans dans les délais convenables, le 13 avril 2018. Cette invitation était restée sans réponse et le vice n'avait ainsi pas été réparé dans le délai imparti. Si le recours devait être déclaré recevable, les conclusions sur le fond étaient réservées.
35. Le 26 juin 2018, la chambre des assurances sociales a informé l'intimé qu'elle restait dans l'attente de sa détermination sur le fond, relevant que le courrier de la recourante du 22 juin 2018 s'était probablement croisé avec sa réponse du 25 juin 2018.
36. Le 12 juillet 2018, l'intimé a indiqué avoir procédé à un nouveau calcul selon la méthode mixte, en application des dispositions en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, et avoir ainsi obtenu un taux d'invalidité de 51%. Il concluait donc à l'octroi d'une demi-rente à la recourante dès janvier 2018. Il considérait que le rapport d'expertise

---

du SMEX et l'enquête ménagère devaient se voir reconnaître pleine valeur probante.

S'agissant de l'abattement, les éléments apportés par la recourante ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. Hormis les limitations fonctionnelles et, partant, le fait que seule une activité légère était possible, il n'y avait pas d'autres éléments déterminants justifiant une réduction supérieure du taux retenu. La recourante n'avait pas atteint les 60 ans, soit l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral admettait un âge avancé. Le fait qu'elle n'avait travaillé que dans un seul domaine sans autre expérience professionnelle et l'éloignement du marché du travail ne justifiaient pas un abattement supplémentaire.

37. Le 14 septembre 2018, la recourante a pris note avec satisfaction du fait que l'intimé avait admis que la nouvelle méthode mixte devait s'appliquer dès le mois de janvier 2018. Cela étant, elle ignorait comment les calculs avaient été effectués par l'OAI, puisqu'aucun élément n'avait été fourni à ce sujet. Elle maintenait en conséquence sa conclusion tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de janvier 2018. S'agissant de l'enquête ménagère, dans la mesure où elle souffrait de troubles psychiques, les constatations médicales devaient primer, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (9C\_925/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014). La recourante sollicitait l'audition de son médecin psychiatre traitant et confirmait ses précédentes écritures.

38. Lors d'une audience du 17 avril 2019, la recourante a déclaré à la chambre de céans : « J'ai arrêté de travailler il y a 15 ans à cause de mes problèmes de dos. J'ai eu deux opérations du dos qui ne m'ont pas soulagée. J'ai dû prendre beaucoup de médicaments. Chaque jour, c'est pire. Après j'ai eu des problèmes de genou, puis au pied. J'ai été opérée du genou droit il y a 2 ou 3 ans. J'ai toujours mal. J'ai fait des infiltrations après, mais cela ne m'a pas aidée. Les médicaments m'aident un peu, pendant 2 ou 3 heures et après il n'y a plus d'effet. Mes journées se passent mal. Si je bouge un peu, les douleurs remontent. Je dois changer de position sinon j'ai mal. Je ne fais pas grand-chose dans la journée. Je reste à la maison, je me promène un peu dans le quartier environ 10 à 15 minutes. À midi, je mange seule. Mon mari travaille toute la journée. Parfois ma fille S\_\_\_\_\_ vient me tenir compagnie à midi. Elle mange avec moi et reste 15 à 20 minutes et après elle part au travail. Elle travaille dans une pharmacie. Le jeudi elle a congé et elle reste toute la journée avec moi. Elle m'aide à faire les commissions. Elle vient une ou deux fois par semaine manger à midi. Elle vient me voir le samedi soir car elle travaille la journée. Elle habite avec un compagnon et elle n'a pas d'enfants. Le jeudi, elle arrive vers 9h00 à la maison, ensuite on va faire les commissions puis nous mangeons ensemble à midi. L'après-midi, nous restons ensemble à parler et parfois nous allons nous promener, si je me sens bien.

J'ai une autre fille T\_\_\_\_\_ qui habitait avant dans la même allée que moi, maintenant elle habite dans l'allée d'à côté. Elle peut être en 2 minutes chez moi en cas de besoin. Elle fait la conciergerie de l'immeuble et elle travaille aussi dans un

centre médical. Elle a repris le travail que je faisais avant. Je la vois tous les jours. Elle passe à la maison quand elle rentre du travail vers 16h. Parfois elle travaille jusqu'à 21h et elle ne vient pas me voir. Elle m'aide aussi beaucoup à la maison. Elle va aussi en commission avec moi si j'en ai besoin. Pour le ménage, j'ai une femme de ménage depuis que S\_\_\_\_\_ a quitté la maison, depuis quelques années maintenant. T\_\_\_\_\_ a deux enfants, une fille et un garçon de 9 et 4 ans. Je les vois avec leur mère régulièrement aussi. Des fois la grande, U\_\_\_\_\_, vient toute seule pour me rendre visite. V\_\_\_\_\_ est trop petit pour venir tout seul. Il vient avec sa mère. V\_\_\_\_\_ va à la crèche et U\_\_\_\_\_ va à l'école. Parfois, T\_\_\_\_\_ amène à manger pour sa fille et moi à midi et elle dit à sa fille de l'appeler en cas de problème et de rester pour me tenir compagnie. U\_\_\_\_\_ vient parfois se promener avec moi.

Je n'ai jamais eu de problèmes avec mon mari. Je n'ai rien dit aux experts qui aurait pu leur faire penser que j'en étais séparée. Il travaille de 7h30 à 17h00. À midi, je mange des restes ou du yogourt et des céréales. Le soir, je fais des choses faciles et mon mari m'aide. On fait à manger les deux ensemble. Il aime bien faire à manger. Il lui arrive de faire à manger tout seul.

Je vois surtout ma famille proche. Je n'ai pas d'amies ni de voisines que je vois régulièrement. J'ai encore de la famille au Portugal mais cela fait deux ans que je n'y suis pas retournée. Je vois de temps en temps mon frère qui habite à Genève, environ une fois par mois. Avant son divorce, on se voyait tous les weekends. Cela fait 8 ans ou plus qu'il a divorcé. Il habite un peu plus loin (à Champel).

Parfois je me sens enfermée à la maison et triste avec mes douleurs et il est difficile de vivre avec seulement le salaire de mon mari. Je suis limitée pour acheter des habits et pour aller au Portugal dans ma famille. Je me prive de beaucoup de choses. Quand je suis seule, je reste au lit, à pleurer. Je regarde un peu la télé et c'est tout. Depuis un an, j'ai mal à l'œil gauche et je ne peux pas lire longtemps. Je lis environ 15 minutes le soir mais après j'ai mal au dos. Avant mon opération du dos, je lisais plus. C'était différent. Je faisais tout à l'époque, je travaillais, je me promenais.

J'ai beaucoup de rendez-vous de médecin et de physiothérapie, presque tous les jours. Mes filles m'emmènent parfois en voiture, mais j'y vais plus souvent seule en bus. Je ne vais jamais en ville pour m'y promener ou faire les magasins, sauf avec ma fille pour les courses quotidiennes.

Je vais à la piscine de Cressy par périodes sur bon médical, deux fois par semaine, et j'alterne avec des périodes où je vais chez le physiothérapeute sans piscine, une fois par semaine. Je ne vais pas à la piscine pour mon plaisir, car c'est trop cher.

Je n'ai pas envie de vivre. C'est difficile à cause des douleurs. Je ne peux rien faire. Je me demande pourquoi je vis. Je suis quand même contente d'avoir des petits-enfants, mais j'ai peu de plaisirs de manière générale.

Je ne fais pas du tout de ménage à la maison. Je m'occupe de la lessive. Mon mari m'amène le panier devant la machine et je m'en occupe durant la journée comme je peux, petit à petit.

Je vois le Dr I\_\_\_\_\_ une fois par semaine. Je vois aussi un orthopédiste régulièrement, deux fois par mois. Je vois un psychiatre la Dresse P\_\_\_\_\_, une fois par semaine, depuis trois ans, mais je ne me souviens pas exactement. Je parle avec elle. Elle ne peut pas me donner des médicaments car j'en ai déjà beaucoup pour la douleur. J'ai un antidépresseur, la Fluctine. Cela m'aide un peu. J'en prends deux par jour. Avant j'en prenais trois. C'était mieux, mais cela ne va pas avec les médicaments que je prends pour l'arthrose. Cela m'a fait du bien de voir le psychiatre, de pouvoir lui parler. Parfois je vois mon psychiatre deux fois par semaine, cela dépend des autres rendez-vous que j'ai. »

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

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai prévu par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA).

b. L'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours pour défaut de motivation, faisant valoir qu'il ne contenait aucun exposé des faits ou des motifs invoqués et que l'assurée n'avait pas complété son recours dans le délai imparti par la chambre des assurances sociales.

À teneur de l'art. 61 let. b LPGA, repris à l'art. 89B LPA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions, et il est écarté s'il n'est pas complété de façon à satisfaire à ces conditions dans le délai que le tribunal doit alors lui fixer, en l'avertissant de cette conséquence.

Le juge saisi d'un recours dans le domaine des assurances sociales ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte en question (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_805/2012 du 27 mars 2013 consid. 7 et les références). Il suffit que la motivation du recours laisse apparaître les raisons pour

lesquelles les faits constatés ou les dispositions appliquées par l'autorité inférieure sont contestés (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd. 2015, p. 811 n. 79).

Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie aux délais de recours (art. 60 al. 2 LPGA ).

Selon 39 al. 1 LPGA, les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse. Selon l'art. 40 LPGA, le délai légal ne peut pas être prolongé (al.). Si l'assureur fixe un délai pour une action déterminée, il indique en même temps les conséquences d'un retard. Celui-ci ne peut avoir d'autres conséquences que celles mentionnées dans l'avertissement (al. 2). Le délai fixé par l'assureur, peut être prolongé pour des motifs pertinents si la partie en fait la demande (al. 3).

S'agissant du délai fixé en application de l'al. 2 précité, il ne s'agit pas d'un délai légal à proprement parler, lequel ne peut pas être prolongé (cf. art. 40 al. 1 et 60 al. 2 LPGA), mais d'un délai dont la durée est laissée à l'appréciation de l'autorité. Sur le principe, un tel délai est prolongeable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_479/2016 du 2 août 2017 consid. 6.4).

En l'espèce, le recours rédigé par le conseil de la recourante indique que la décision rendue par l'OAI le 26 février 2018 est contestée et demande des mesures d'instruction visant à démontrer que la recourante est totalement incapable de travailler dans toute activité. Le contenu du recours, certes minimal, satisfait néanmoins aux exigences des art. 61 let. b LPGA et l'art. 89B LPA permettant d'admettre sa recevabilité. Le délai octroyé par la chambre de céans pour compléter le recours visait notamment à permettre à la recourante de transmettre des informations médicales qu'elle n'avait pas encore reçues. Il s'agissait d'une prolongation de délai, au sens de l'art. 40 al. 2 LPGA, et non d'une prolongation du délai de recours, ni d'un délai accordé pour régulariser le recours, au sens de l'art. 89B al. 3 LPA. Un tel délai peut être prolongé et n'a pas de conséquence autre que celle annoncée. Or, en l'occurrence, il n'annonçait aucune conséquence en cas de non-respect.

c. Le recours est donc recevable.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante a une rente entière d'invalidité dès le 15 novembre 2004.
4. 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 vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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

5. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1)

Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

Il faut examiner, en premier lieu, le degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé. Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact.

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les

mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

Pour déterminer les ressources de l'assuré, il convient d'établir s'il y a des comorbidités psychiatriques et somatiques. Un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut être considéré comme une comorbidité psychiatrique.

La structure de la personnalité de l'assuré constitue un indicateur pour évaluer ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, mais également des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité).

Il faut prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il faut tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social.

Il convient encore d'examiner si les limitations sont uniformes dans tous les domaines de la vie et d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

La souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

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

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. 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).

En présence de troubles d'ordre psychique et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Pour une nettoyeuse professionnelle, elle s'évalue donc au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes,

---

l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1er LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

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).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la

---

simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
11. a. En l'espèce, l'expertise du SMEX se fonde sur l'étude approfondie du dossier médical de la recourante ainsi que sur des examens cliniques complets. Le rapport contient une anamnèse détaillée et les plaintes de l'expertisée. L'appréciation de la situation médicale est claire et chaque spécialiste a exposé ses constatations et justifié son point de vue. Les experts se sont déterminés individuellement, puis en consilium, sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. L'expert psychiatre a pris en compte les indicateurs développés par le Tribunal fédéral pour évaluer l'effet des troubles somatoformes douloureux sur la capacité de travail. Les conclusions des experts sont, dans l'ensemble, cohérentes et convaincantes, de sorte que leur rapport remplit a priori les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordé une pleine valeur probante.
- b. La recourante a fait valoir que l'expertise reposait sur des faits erronés. Il convient de relever à cet égard que les experts ont eux-mêmes fait état de différences dans les anamnèses, qui s'expliquaient, selon eux, par les réponses subjectives de l'expertisée, précisant que ces données étaient sans importance pour définir la capacité de travail de sorte qu'elles n'avaient pas fait l'objet de vérifications. Il apparaît ainsi possible que les divergences relevées par la

recourante soient dues à ses propres déclarations, qui ont pu varier selon les questions posées par chacun des experts.

Quoi qu'il en soit, même si, par hypothèse, il a été retenu à tort que la recourante faisait quotidiennement une promenade de trente minutes, cela ne lui aurait pas porté préjudice, puisqu'au final, il a été tenu compte du fait qu'elle ne pouvait pas beaucoup marcher dans ses limitations. S'agissant de l'expert psychiatre qui a mentionné que l'expertisée sortait régulièrement, cela n'apparaît pas faux, dès lors qu'elle a indiqué à la chambre de céans qu'elle sortait quotidiennement pour se rendre à ses rendez-vous médicaux et de physiothérapie et qu'elle faisait régulièrement de petites promenades.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'expert psychiatre n'a pas retenu qu'elle se rendait à la piscine pour des motifs récréatifs, dès lors qu'il a mentionné qu'elle se rendait souvent à la piscine dans une phrase qui concernait ses consultations médicales et ses séances de physiothérapie.

Même si, par hypothèse, l'expert psychiatre a retenu à tort que la recourante lisait et regardait la télévision davantage que cela n'était effectivement le cas en réalité, ses conclusions n'apparaissent pas erronées. En effet, dans la mesure où la recourante a indiqué qu'elle regardait le téléjournal régulièrement, cela démontre à tout le moins une certaine capacité intellectuelle et une activité de loisir. Il s'agit là, quoi qu'il en soit, d'activités de loisirs restreintes dans un contexte d'activités physiques limitées que les experts ont à l'évidence pris en compte. Il faut encore relever à cet égard, que l'expert psychiatre a retenu une relative perte de l'élan vital et une diminution de certains intérêts. Par ailleurs, pour l'expert rhumatologue la question des loisirs de la recourante n'était pas vraiment pertinente pour son appréciation de son état de santé. Elle l'était en revanche davantage pour l'expert psychiatre dans le cadre de l'analyse des indicateurs en lien avec le trouble somatoforme douloureux.

L'on peut certes s'étonner du fait que l'expert psychiatre ait retenu que la recourante était séparée de son mari. La question de savoir s'il s'agit d'une erreur ou pas peut rester ouverte, dès lors que l'expert psychiatre n'a pas utilisé cet élément de fait dans son appréciation de la situation de la recourante, ni dans les indicateurs relatifs à la vie sociale.

L'expertise n'est ainsi pas fondée sur un état de fait manifestement erroné susceptible de remettre en cause sa valeur probante.

c. La recourante a encore relevé que l'anamnèse psychiatrique avait été réduite au strict nécessaire. À teneur du rapport d'expertise, il faut admettre que l'expert psychiatre aurait pu développer davantage l'anamnèse psychiatrique et prendre contact avec le psychiatre traitant. Cela ne suffit toutefois pas à faire sérieusement douter de ses conclusions. La recourante n'allègue pas de fait pertinent qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert psychiatre, ni n'a produit de rapport de son psychiatre traitant remettant en cause les conclusions de l'expertise. L'expert psychiatre a, à teneur du rapport d'expertise, pris en compte le traitement actuel de

l'expertisée, en mentionnant qu'elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique assez lâche et d'un traitement psychotrope, qui reposait essentiellement sur une prise d'antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine. Il a précisé dans ses observations et conclusions médicales que des troubles psychiques de l'assurée avaient été remarqués dès la fin de l'année 2004, à quelques semaines de l'intervention de décompression et de stabilisation L4-L5 et L5-S1. Il a commenté le traitement médicamenteux pris par la recourante et, en particulier, les antidépresseurs, sous la rubrique médication actuelle et sous l'analyse de l'indicateur relatif au succès du traitement, précisant que l'idée du recours à un traitement antidépresseur noradrénergique avait été évoquée lors de la consultation du centre de la douleur en 2013. Il en résulte que l'expert a analysé l'état de santé de l'assurée sur la base d'un dossier suffisamment complet.

d. La recourante fait valoir que l'expert a retenu à tort que le décalage entre ses activités sociales, intellectuelles et ménagères et l'importance des troubles relatés était frappant, car elle n'avait aucune activité sociale en dehors des contacts avec sa fille, qui venait l'aider pour ses tâches quotidiennes. Elle n'avait pas d'activités intellectuelles particulières et ses tâches ménagères étaient réduites au strict minimum et effectuées à grand peine.

Il faut constater à cet égard que la recourante a sorti la phrase précitée de son contexte. L'expert a en effet commencé par dire qu'il n'y avait pas d'élément dans le dossier ni dans le discours de l'expertisée, lors de l'expertise, qui laissait penser à une incohérence, même si le décalage entre les activités sociales, intellectuelles et ménagères de l'assurée et l'importance des troubles relatés était frappant, ce qui relativise la portée de la phrase contestée. De plus, il s'agit là d'une appréciation de l'expert qui n'apparaît pas dénuée de tout fondement, puisqu'il a précisé, dans l'examen des indicateurs en lien avec le contexte social, qu'il y avait un léger désinvestissement social qui était directement en rapport avec ses difficultés de mobilité et d'autonomie et qu'au niveau familial, la recourante entretenait des relations régulières avec ses enfants et sa famille au Portugal. La recourante a elle-même indiqué lors de l'enquête ménagère du 17 octobre 2017 et lors de son audition par la chambre de céans, qu'elle voyait quotidiennement ses filles et ses petits-enfants qui habitaient près de chez elle, ce qui démontre une activité sociale soutenue, quand bien même elle est limitée à la famille proche.

L'appréciation de la capacité de la recourante à effectuer des travaux ménagers par l'expert doit être distinguée de celle de cette dernière. L'expert rhumatologue a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis mai 2016, dans une activité légère (port de charge jusqu'à 10 kg, en position alternée, sédentaire ou semi-sédentaire, en étant majoritairement assise). Ces limitations permettent à la recourante de faire un bon nombre d'activités ménagères légères dans un cadre hors professionnel, où elle peut travailler à son rythme en tenant compte de ses limitations. Le rapport d'enquête ménagère confirme d'ailleurs que la recourante est capable d'effectuer certains travaux ménagers légers.

e. Le fait que l'expert rhumatologue ait décrit, sous la description détaillée de sa journée, que la recourante avait adopté un comportement d'invalidé, qu'elle ne faisait pratiquement rien à la maison et qu'elle se faisait aider par ses enfants et son mari, correspond à son analyse de sa situation. Son objectivité ne saurait être mise en doute du seul fait que la recourante n'est pas d'accord avec cette appréciation. Le fait que l'expert rhumatologue ait constaté que l'assurée ne faisait rien de ses journées alors que le psychiatre a retenu qu'elle avait certaines activités s'explique par le fait qu'elle n'a pas tenu le même discours aux deux experts et que l'expert psychiatre lui a sans doute posé davantage de questions sur ses activités de loisirs, pour analyser son état psychique. Il sera encore relevé que les différences d'appréciation entre les experts ne sont pas fondamentales, dès lors que les seules activités de loisirs retenues par l'expert psychiatre sont la lecture, la télévision et les rencontres avec les membres de la famille, ce qui n'entre pas en contradiction avec le fait que l'assurée ne faisait pas grand-chose à la maison, selon l'expert rhumatologue.

f. Le diagnostic posé par l'expert psychiatre repose sur l'examen de l'expertisée et le status psychiatrique, dans lequel il explique pour quels motifs il a retenu le trouble anxieux et dépressif mixte d'intensité légère, en relevant notamment que l'expertisée était capable d'attention et de concentration et qu'en dépit d'une relative perte d'élan vital, elle conservait des activités sociales et intellectuelles. L'on ne peut dès lors considérer que l'expert psychiatre n'a pas motivé les diagnostics retenus.

g. L'expert a retenu une capacité de travail de 70% du point de vue psychiatrique, en retenant une baisse de rendement à cause des douleurs, des angoisses et des difficultés dépressives fluctuantes qui ralentissaient l'expertisée. Il a ainsi suffisamment motivé sa réponse qui s'inscrit dans un rapport complet et convaincant.

h. L'on doit admettre avec la recourante que l'on ne comprend pas bien, ce que l'expert rhumatologue a voulu dire en indiquant sous « Thérapie / traitement » que l'expertisée avait échappé à tout traitement médicamenteux, de physiothérapie et médical. L'on doit toutefois replacer cette phrase dans son contexte. À l'évidence, l'expert n'a pas voulu dire que la recourante n'était pas compliant, puisqu'il a détaillé les traitements suivis par celle-ci au paragraphe précédent. L'expert a sans doute voulu dire que les douleurs de l'assurée ont persisté malgré tous les traitements. Dans la mesure où l'expert psychiatre a retenu que l'assurée était compliant aux traitements proposés, dans l'analyse des indicateurs, les conclusions de l'expertise n'apparaissent pas fondées sur une appréciation erronée du suivi du traitement par la recourante.

i. Contrairement à ce que soutient cette dernière, l'on ne peut retenir qu'elle ne pouvait pratiquement rien faire comme activité professionnelle du fait que l'expert rhumatologue considérait qu'elle pouvait exercer qu'une activité légère à 50%, en positions alternées à un poste sédentaire ou semi-sédentaire où elle était majoritairement assise. En effet, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un

assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre.

j. La recourante a encore relevé que l'expert rhumatologue retenait une aggravation de son état de santé en raison d'une gonarthrose sévère à décembre 2015, date de l'opération, sans investiguer davantage l'état des genoux entre 2011 et 2015. Elle ne fait pas valoir quelle autre date aurait dû être prise en compte et ne remet ainsi pas sérieusement en cause les conclusions de l'expert à ce sujet. Celui-ci a retenu qu'en 2015, elle avait décompensé une gonarthrose droite, ce qui avait mené à la mise en place d'une prothèse du genou le 16 décembre 2015 aux HUG et que depuis cette opération, elle pouvait marcher mais présentait une boiterie d'appui à droite. Cette description du problème correspond aux indications subjectives de l'expertisée, qui avait mentionné que, depuis l'opération de la prothèse au genou droit, il y avait une limitation de la mobilité de ce genou ainsi qu'une boiterie d'appui à droite due à la persistance de douleurs au niveau du genou. De plus, il ressort du rapport d'enquête du 17 octobre 2017 que l'assurée avait mentionné à l'enquêtrice que depuis décembre 2015, date de son intervention aux genoux, les choses allaient de plus en plus mal et qu'elle ne pouvait plus rien faire du tout dans le ménage, ce qui confirme la date d'aggravation de son état de santé retenue par l'expert rhumatologue.

k. En conclusion, les critiques émises par la recourante contre le rapport d'expertise du SMEX ne remettent pas sérieusement en cause sa valeur probante, pas plus que les rapports de ses médecins traitants.

12. S'agissant de l'enquête sur le ménage, l'on ne saurait retenir comme erroné le fait qu'il y est mentionné que l'assurée répondait aux locataires de l'immeuble à la place de sa fille qui tenait la conciergerie, dès lors que l'enquêtrice a constaté que tel était le cas, à tout le moins lorsqu'elle était sur place. Quoi qu'il en soit, il n'a pas été tenu compte de ce fait dans le calcul de ses empêchements.

Le fait que l'enquête ne mentionne pas, dans la rubrique des moyens auxiliaires, la planche de douche dont l'assurée bénéficiait, est irrelevante du point de vue de ses empêchements dans les tâches ménagères.

La recourante a encore fait valoir qu'elle ne passait pas la poussière, qu'elle se limitait à choisir les fruits et les légumes pendant les courses, que c'était sa fille qui mettait les autres achats dans le caddy et qu'à la maison, elle aidait uniquement au rangement des petits ingrédients. Cela ne remet pas en cause les conclusions de l'enquêtrice, qui a tenu compte du fait que l'essentiel du ménage était pris en charge par une femme de ménage et que l'assurée pouvait faire un peu de rangement, à sa hauteur et sans port de charges.

S'agissant du taux d'exigibilité retenu par rapport à l'aide apportée par le mari, il est relativement limité, ce qui démontre que l'enquêtrice a tenu compte de la pénibilité de son travail. Il est par ailleurs établi que l'époux de la recourante participait activement aux activités ménagères, en faisant à manger le soir, en portant les courses et les paniers de linge et en vidant la caisse du chat. Le taux d'exigibilité retenu par l'intimé apparaît ainsi correct.

S'agissant du soin aux enfants, il a été tenu compte du fait que l'assurée ne pouvait concrètement s'occuper que de manière limitée de ses petits-enfants (empêchements 40%), comme elle l'aurait fait en bonne santé. L'appréciation de l'enquêtrice n'apparaît pas critiquable, étant relevé qu'il ne s'agit que des petits-enfants de la recourante qu'elle n'élève pas elle-même et que ses propres enfants sont adultes.

S'agissant de la rubrique divers, un empêchement de 20% n'apparaît pas critiquable, la recourante étant capable de nourrir son chat. Il n'y a pas lieu de tenir compte du fait qu'elle ne fait plus de crochet, cette activité n'entrant pas dans la définition des travaux ménagers.

Dès lors que ce sont les douleurs de l'assurée qui la limitent essentiellement dans ses activités ménagères et non directement des troubles psychiques, les conclusions de l'enquête à domicile sont pertinentes pour définir ses empêchements.

En conclusion, le rapport d'enquête sur le ménage du 17 octobre 2017 doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

13. Il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire de la recourante, les faits de la cause étant suffisamment établis par les pièces au dossier, et, en particulier, le rapport d'expertise et l'enquête ménagère.
14. a. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule

---

donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5).

b. Par modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018, du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), le Conseil fédéral a introduit un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, de façon à renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle dans le respect des exigences de la CourEDH (art. 27 et 27bis al. 2 à 4 RAI). Le nouveau mode de calcul accorde un poids égal aux conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels; dans le domaine professionnel, la détermination du taux d'invalidité se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps; de même, en ce qui concerne les travaux habituels, le calcul est aussi effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps ; les tâches ménagères et familiales sont ainsi mieux prises en compte (Rapport explicatif du Conseil fédéral dans son communiqué de presse du 1er décembre 2017 – <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services>).

Les rentes en cours octroyées jusqu'au 31 décembre 2017 en application de la méthode mixte doivent être soumises à une révision, à initier avant fin 2018 (al. 1 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1er décembre 2017). Au cours de ces révisions, les faits déterminants devront être fondamentalement réévalués d'un point de vue médical et économique et une nouvelle enquête sera généralement nécessaire (cf. Lettre circulaire AI n° 372 du 9 janvier 2018).

En vertu des dispositions transitoires de la modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017, lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017 du RAI parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27<sup>bis</sup>, al. 2 à 4, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 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; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

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

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

16. a. La recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité pris en compte, mais estime qu'un abattement de 10% était insuffisant et que l'intimé aurait dû retenir un abattement de 25%, car elle devait respecter un grand nombre de limitations fonctionnelles, qu'elle ne pouvait exercer qu'une activité légère et qu'elle n'avait travaillé que dans le domaine du nettoyage et n'avait aucune autre expérience professionnelle. De plus, elle était éloignée du marché de l'emploi depuis plus de quatorze ans et âgée de 57 ans.
- b. Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par

conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79).

L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 137 V 71 consid. 5.1 p. 72).

Dans un arrêt 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail.

Dans un arrêt 8C\_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. L'assuré avait été en mesure de changer d'entreprise et de se plier à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, les premiers juges ont rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé.

Dans un arrêt 8C\_655/2016 du 4 août 2017, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15% retenant que les limitations fonctionnelles en cause ne présentaient pas de spécificités telles qu'elles étaient susceptibles d'induire, à elles seules, une réduction importante des perspectives salariales de l'assuré, compte tenu de la palette d'activités compatibles avec celles-ci, contrairement à son âge (58 ans au moment de la naissance de la rente) qui constituait un plus grand inconvénient, et au fait qu'il perdait l'avantage de compter quinze années de service chez un employeur public.

---

Il n'y a pas lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles au titre d'un abattement supplémentaire lorsqu'elles ont déjà conduit un médecin à réduire la capacité de travail d'un assuré, car cela reviendrait à prendre en compte deux fois le même critères (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_637/2014 du 6 mai 2015).

L'absence d'expérience dans certains domaines d'activités n'a que peu d'influence sur la rémunération perçue pour l'accomplissement de tâches simples et répétitives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_467/2012 du 25 février 2013).

Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25 % [ATF 126 V 75]) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 p. 73).

c. En l'espèce, il convient de relever en premier lieu qu'il résulte du détail de son calcul du revenu avec invalidité du 25 octobre 2017, que l'intimé a tenu compte d'un abattement de 20% et non de 10%, contrairement à ce qu'il a indiqué par erreur sous les précisions relatives à ce calcul à la fin de la note du 25 octobre 2017.

Un abattement de 20% tient suffisamment compte du fait que seule une activité légère est possible, des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante et un abattement supplémentaire ne se justifie pas.

Il en résulte que le calcul d'invalidité fait par l'intimé était correct et que sa décision du 26 février doit être confirmée en tant qu'elle concerne le droit à une rente d'invalidité de la recourante jusqu'au 31 décembre 2017.

17. Vu l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions sur le calcul selon la méthode mixte, le calcul de l'invalidité de la recourante doit, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, être fait en tenant compte d'un revenu sans invalidité à 100%. Le revenu sans invalidité retenu par l'intimé n'a pas été contesté par la recourante et il était de CHF 33'190.-, fondé sur l'activité de la recourante en tant que concierge à mi-temps auprès de B\_\_\_\_\_ pour un salaire annuel de CHF 29'233.- en 2006. En tenant compte d'un salaire sans invalidité de 100%, le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle atteint 67%, soit 33% après pondération et le taux d'invalidité global atteint 50%, ce qui ouvre à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

La décision sera ainsi réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et confirmée pour le surplus.

18. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

19. Un émoulement de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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 rendue par l'intimé le 26 février 2018 en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.
4. Confirme la décision pour le surplus.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'000.- pour ses dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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