RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1264/2021 **ATAS/1223/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, GENÈVE recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1967, originaire de Turquie, genevoise depuis 2002, mariée, a exercé depuis 1985 comme femme de chambre, employée de maison et, en dernier lieu, comme agente d'entretien, pour G_____ SA (l'employeuse), à un taux de 50%, du 10 mai 2006 au 31 août 2010.

b. Le 4 décembre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité, en raison d'une incapacité de travail totale depuis 2015. Elle était au bénéfice de l'Hospice Général depuis le 1er août 2016.

c. Le docteur B_____, FMH médecine générale, a attesté, le 5 mars 2019, d'asthénie, anhédonie et manque d'élan vital chez l'assurée et la doctoresse C_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté, le 6 mars 2019, de trouble dépressif récurrent, syndrome douloureux somatoforme persistant et personnalité dépendante, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 15 septembre 2017 (fragilité et vulnérabilité au stress avec difficulté à gérer ses émotions, difficulté de concentration, d'attention, trouble de la mémoire, culpabilité, crises d'angoisse, appréhension, mauvaise image et estime de soi, fatigue, ruminations morbides, humeur triste, découragement, désespoir et douleurs).

d. A la demande de l'OAI, le D_____ SA (D_____) a rendu, le 18 décembre 2020, après un examen de l'assurée du 4 septembre 2020, un rapport d'expertise rhumatologique (docteur E_____, FHM médecine physique et réhabilitation) et psychiatrique (docteur F_____, FMH psychiatrie et psychothérapie) concluant au diagnostic de trouble mixte de la personnalité (F 61.0), non incapacitant, et un syndrome lombo-vertébral chronique sur troubles statiques avec spondylolisthésis de L4 sur L5 et spondylarthrose débutante, fibromyalgie, entraînant des limitations fonctionnelles de port de charge de plus de 15 kg, de mouvement de flexion antérieure extrême du rachis, de position en porte-à-faux du rachis et de port de charge asymétrique prolongé. La capacité de travail était de 80% dans l'ancienne activité depuis le 4 septembre 2020 et de 100% dans une activité adaptée. Il n'y avait pas d'élément objectif pouvant attester d'une atteinte rhumatologique antérieurement à l'examen radiographique (rachis lombaire) de l'expertise.

e. Le SMR a conclu, le 18 janvier 2021, sur la base de l'expertise du D_____ SA, à une capacité de travail totale de l'assurée dans une activité adaptée et de 80% dans l'activité habituelle depuis le début de l'incapacité de travail en 2015.

f. Par décision du 2 mars 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en retenant un statut mixte de 50% active et 50% ménagère et un degré d'invalidité nul, tant dans la sphère professionnelle que dans la sphère ménagère.

B. **a.** Le 12 avril 2021, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant, principalement, à son annulation et à la reconnaissance d'une invalidité et, subsidiairement, à l'ordonnance d'une expertise indépendante. Elle fait valoir une

discordance entre les conclusions de l'expertise du D_____ SA et celles de ses médecins-traitants.

b. Le 5 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

c. La recourante n'a pas répliqué dans le délai imparti.

d. Le 20 septembre 2021, la chambre de céans a entendu la recourante en audience. Elle a notamment indiqué qu'elle n'était pas capable de travailler et qu'en bonne santé elle aurait travaillé à un taux de 100%.

e. A la demande de la chambre de céans, les Drs C_____ et B_____ ont donné des renseignements médicaux, après avoir pris connaissance de l'expertise du D_____ SA.

ea. Le Dr B_____ a indiqué, le 25 octobre 2021, qu'il suivait l'assurée depuis 2012 pour un syndrome anxio-dépressif, des lombalgies chroniques, une surcharge pondérale, une fibromyalgie, une HTA et une cardiopathie ischémique ; les limitations fonctionnelles étaient une importante fatigabilité dans les lombaires ; il était d'accord avec les conclusions du rapport du D_____ SA.

eb. La Dresse C_____ a répondu le 27 octobre 2021 qu'elle suivait l'assurée depuis 2017 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique et trouble mixe de la personnalité (personnalité anxieuse évitante et dépendante). Elle était pour l'instant incapable de travailler dans un emploi stressant et exigeant mentalement et physiquement, son état psychique n'étant pas assez stabilisé. Dans son activité de nettoyeuse, elle avait une capacité de travail de 20 ou 30% et dans une activité adaptée de 40 à 50%, dès décembre 2021.

f. Le 8 novembre 2021, le SMR a estimé que les rapports des Drs B_____ et C_____ n'amenaient pas d'élément permettant de modifier son appréciation initiale.

g. L'assurée n'a pas formé d'observations.

EN DROIT

1.

1.1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

3.

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

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

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

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

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

4.

4.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

4.2. Ainsi, en principe, 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).

4.3. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant

pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

4.5. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

5.

5.1. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une

activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

6. 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).

7.

7.1. En l'occurrence, l'intimé se fonde sur l'expertise du D_____ SA pour conclure à la présence chez la recourante de diagnostics incapacitants de syndrome lombo-vertébral chronique sur troubles statiques avec spondylolisthésis de L4 sur L5 et spondyloarthrose débutante, entrainant une capacité de travail limitée à 80% dans l'ancienne activité de nettoyeuse depuis 2015 et totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de 15 kg et asymétrique prolongé, de mouvement de flexion antérieure extrême du rachis et de position en porte-à-faux du rachis).

La recourante conteste les conclusions de cette expertise en faisant valoir l'avis de ses médecins-traitants lesquels attesteraient de son incapacité de travail ; par ailleurs, elle semble également contester le statut mixte de 50% active et 50% ménagère retenu par l'intimé, dès lors qu'elle a indiqué, lors de l'audience de comparution personnelle du 20 septembre 2021, que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à un taux de 100% et que le taux d'activité de 50% qu'elle avait exercé auprès de G_____ et de H_____ SA correspondait au maximum d'heures qui lui avaient été proposées, mais qu'elle aurait accepté, si cela avait été possible, un plus grand nombre d'heures.

7.2. S'agissant du statut de la recourante, l'intimé, dans une « note statut » du 19 janvier 2021, s'est limité à constater que la recourante avait indiqué dans sa demande qu'elle travaillait à 50%, ce qui était plausible au vu de ses CI, de sorte qu'un statut 50% active était retenu. Cette analyse est cependant manifestement insuffisante au regard des critères jurisprudentiels précités fixés pour l'évaluation du statut des assurés.

Quoi qu'il en soit, cette question peut rester ouverte en l'occurrence, étant donné que, même si un statut d'active était admis, la recourante n'aurait pas droit à une rente d'invalidité.

7.3. Fondé sur un examen de la recourante, comprenant une anamnèse complète, un descriptif d'une journée-type, une description des plaintes, des diagnostics clairs, ainsi que les limitations fonctionnelles qu'ils entrainent et leur impact sur la capacité de travail de la recourante, une motivation convaincante de celle-ci - après analyse des indicateurs jurisprudentiels déterminants - le rapport d'expertise bidisciplinaire du D_____ SA, du 18 décembre 2020, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une entière valeur probante.

7.3.1. S'agissant des avis des médecins-traitants de la recourante, il convient de constater que le Dr B_____ a indiqué qu'il était d'accord avec les conclusions de l'expertise du D_____ SA, précisant que les limitations fonctionnelles étaient

« une fatigabilité dans les lombaires » (avis du 25 octobre 2021). Son avis corrobore ainsi les conclusions de l'expertise administrative de l'intimé.

7.3.2. Quant à la Dresse C_____, elle a confirmé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité posés par le D_____ SA, tout en évoquant celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, en précisant que la recourante avait présenté une aggravation de son état psychique, avec des symptômes dépressifs, anxieux et neurovégétatifs totalement incapacitants, que son état psychique n'était pas stabilisé et qu'elle présentait une capacité de travail, dès décembre 2021, de 20-30% dans l'ancienne activité et de 40-50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (avis du 27 octobre 2021). Ce rapport fait ainsi état d'une aggravation de l'état psychique de la recourante, dont la survenance n'est pas spécifiée et qui semble être temporaire, puisque la psychiatre-traitante explique que la recourante, après la période d'incapacité de travail totale, aura recouvré une capacité de travail pouvant atteindre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelle, un taux de 40 à 50% dès décembre 2021. En somme, l'incapacité de travail totale alléguée par la psychiatre-traitante se rapporte à une période d'aggravation de l'état psychique de la recourante, laquelle n'apparait pas durable. Par ailleurs, tout en indiquant que les symptômes dépressifs, anxieux et neurovégétatifs empêchent la recourante de travailler pour l'instant, le psychiatre-traitant précise qu'un emploi stressant et exigeant mentalement et physiquement n'est pas exigible ; elle semble ainsi admettre qu'une capacité de travail existe dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles.

En outre, elle ne conteste pas les constatations et diagnostics posés par le D_____ SA en septembre 2020, mais constate « qu'actuellement » l'état psychique n'est pas suffisamment stabilisé pour qu'une exigibilité professionnelle soit admise, de sorte que ces constatations ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du D_____ SA émises à la suite de l'examen de la recourante de septembre 2020. Tout au plus, l'avis du Dr C_____ permettrait, au mieux, d'admettre que l'état psychique de la recourante se serait temporairement aggravé depuis le 4 septembre 2020, dans une mesure qui ne permet cependant pas d'exclure toute exigibilité professionnelle dans une activité adaptée aux limitations professionnelles de la recourante.

7.3.3. Les avis des médecins-traitants de la recourante ne sont ainsi pas à même de mettre en doute l'expertise du D_____ SA. Au demeurant, les conclusions de celle-ci peuvent être suivies dans le sens que la recourante présente une capacité de travail limitée à 80% dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

8.

8.1. S'agissant de la date de survenance de l'incapacité de travail, l'intimé a reconnu une incapacité de travail de la recourante de 20% depuis 2015 dans son activité habituelle. Cette conclusion peut être confirmée, nonobstant les considérations de l'expertise du D_____ SA, selon lesquelles l'incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle a débuté seulement au jour de l'expertise, soit au moment où la radiographie du rachis lombaire a objectivité les troubles rhumatologiques. En effet, compte tenu des plaintes de la recourante, soit des douleurs rachidiennes qui ont débuté en 2011 et se sont aggravées postérieurement (rapport d'expertise du D_____ SA, p. 135) ainsi que de l'incapacité de travail reconnue depuis 2015, il doit être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les limitations fonctionnelles rhumatologiques étaient déjà présentes en 2015.

8.2. S'agissant du calcul du gré d'invalidité, il convient de constater que la condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'est pas remplie, dès lors qu'au jour de la décision litigieuse, la recourante est incapable de travailler dans son ancienne activité, depuis 2015, à un taux de 20%, soit inférieur au seuil de 40% exigé par cet article.

Il en est de même s'agissant des activités ménagères, l'intimé ayant, à raison, constaté, sans qu'une enquête ménagère ne soit nécessaire, qu'un taux de 80% de capacité de travail dans l'activité de nettoyeuse n'entrainait pas d'empêchement ménager significatif, ce d'autant que, comme relevé dans l'expertise du D_____ SA, certaines tâches sont effectuées par l'époux et le fils de la recourante, aide dont il peut être tenu compte dans le cadre de l'exigibilité des proches.

Au demeurant, que le statut de la recourante soit celui d'active à 100% ou mixte 50% active et 50% ménagère, celle-ci ne remplit pas les conditions prévues par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, de sorte qu'un droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert.

9. Au vu de ce qui précède, le refus de l'intimé d'allouer une rente d'invalidité à la recourante ne peut qu'être confirmé.

Partant, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} a contrario LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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