
EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1973 en Angola, ressortissante de la République démocratique du Congo, est arrivée en Suisse en 1999. L'assurée, mariée avec Monsieur A_____, né le _____ 1966, ressortissant de la République démocratique du Congo, vit avec ce dernier, et quatre de ses enfants, B_____, né le _____ 1993, C_____, né le _____ 2000, D_____, née le _____ 2002, E_____, née le _____ 2008, tous de nationalité angolaise. Sans formation professionnelle particulière, elle est de langue maternelle lingala et parle couramment français, mais pas bien.
2. A compter du 6 mai 2002 et pour une durée indéterminée, elle a été engagée par la société F_____ SA, entreprise dans laquelle elle débutait, en qualité d'employée d'entretien dans la division hygiène industrielle, à temps partiel (taux d'activité de 50% selon son curriculum vitae). Les rapports de travail ont pris fin en juin 2004.
3. Dans un rapport médical du 22 mars 2004, le docteur G_____, Spécialiste FMH en radiologie, a fait état d'un examen d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) de la colonne lombaire du 15 mars 2004 dans les limites de la norme.
4. De juin 2004 à décembre 2005, l'assurée a perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage.
5. Du 16 janvier 2006 au 22 décembre 2006, l'assurée a été employée par le Centre d'intégration professionnelle en tant qu'ouvrière d'atelier, secteur Multiservices, sur le site des Ateliers adaptés, à temps complet, selon un contrat d'emploi temporaire, d'entente avec l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), Service des Mesures Cantonales.
6. De juillet à décembre 2010, l'assurée a travaillé pour la société H_____ (Suisse) SA, entreprise de nettoyage, en qualité de remplaçante, à mi-temps.
7. Du 1^{er} avril 2011 au 28 février 2014, l'assurée a été au service de la société I_____ Sàrl, en qualité de personnel d'entretien, à temps partiel (taux d'activité de 55%), en enchaînant d'abord des contrats de durée déterminée, puis par contrat de durée indéterminée.
8. Au cours de ces rapports de travail, l'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail à compter du 11 mars 2013. Elle a initialement été en traitement auprès du docteur N_____, de la Permanence de Chantepoulet, à Genève, médecin-traitant.
9. I_____ Sàrl a annoncé le cas à Generali assurances générales SA (ci-après : Generali), son assureur perte de gain en cas de maladie, qui a versé des indemnités journalières à compter du 25 mars 2013, après déduction du délai d'attente de quatorze jours.
10. Dans un rapport médical du 29 avril 2013, à la suite d'une radiographie de la colonne totale et des membres inférieurs, la doctoresse J_____ a indiqué, au niveau des membres inférieurs, une asymétrie de longueur avec minime bascule du

bassin vers la gauche, de moins de 1 cm. Au niveau du membre inférieur gauche, elle a mesuré une longueur de 77.5 cm avec un axe mécanique qui passait à 11 cm en dehors de l'axe physiologique. Au niveau du membre inférieur droit, elle a mesuré une longueur à environ 76 cm, ce qui faisait une différence d'environ 1.5 cm avec le membre inférieur gauche et l'axe mécanique passait à environ 9 mm en dehors de l'axe physiologique.

11. Dans un rapport médical du 2 mai 2013, le docteur K_____, spécialiste chirurgie orthopédique, à qui l'assurée était adressée par le médecin-traitant de cette dernière, le docteur L_____, a fait état de signes de dysplasie de la hanche droite avec une hanche couverte seulement à moitié, une déformation du fémur, avec un raccourcissement de trois cm. La patiente présentait des douleurs dorsales récidivantes sur un raccourcissement du membre inférieur droit et une amyotrophie probablement secondaire à une injection intramusculaire dans la fesse ayant causé des lésions du nerf sciatique ou également compatible avec des séquelles de polyo. Il a prescrit une compensation de longueur partielle. Il a également évoqué une intervention visant un allongement du tendon d'Achille en raison du pied droit en équin, mais dont le résultat n'était pas garanti.
12. Dans un rapport médical initial à l'attention de Generali de juillet 2013, le Dr L_____ a retenu le diagnostic de dysplasie de la hanche droite et de déformation et raccourcissement de 3 cm du membre inférieur droit, avec des premiers symptômes en février 2013 sous la forme de douleurs à la mobilisation.
13. Dans un rapport médical intermédiaire à l'attention de Generali du 22 août 2013, le Dr L_____ a confirmé son diagnostic, avec une évolution stationnaire.
14. Dans un rapport médical intermédiaire à l'attention de Generali du 23 septembre 2013, le Dr K_____ a posé le diagnostic de lombalgie sur inégalité de longueur de trois cm du membre inférieur droit, secondaire à une dysplasie de la hanche droite.
15. Generali a fait procéder à une évaluation médicale par le docteur M_____, médecine générale FMH, à Genève.
16. Le Dr M_____ a établi l'appréciation médicale en date du 15 novembre 2013, à la suite de sa consultation avec l'assurée du 6 novembre 2013. Dans son anamnèse, il a exposé une vraisemblable dysplasie congénitale de la hanche droite et une symptomatologie de douleurs lombaires inférieures depuis les années 90 s'étant exacerbée sans événement déclenchant aigu, raison pour laquelle l'assurée avait consulté la permanence de Chantepoulet, puis le Dr L_____ et enfin le Dr K_____, qui gérait vraisemblablement ses arrêts de travail. Le quotidien de l'assurée se résumait par un lever vers 8h00, quand elle faisait le ménage, puis les courses pour ses enfants et son mari. Elle partageait le repas de midi avec son fils qui était au Cycle d'orientation. Elle faisait une sieste de 13h00 à 15h00, puis elle préparait le repas du soir et se couchait vers 22h00. Le Dr M_____ a constaté que l'assurée se déplaçait en boitant par rotation externe du membre inférieur droit. Il

existait un raccourcissement du membre inférieur droit, avec amyotrophie globale de la cuisse et du mollet, associé à un blocage de l'extension de la cheville à droite. La mesure des membres à partir de l'Épine Iliaque Antéro Supérieure (EIAS) était de quatre-vingt-deux cm à droite et de quatre-vingt-cinq cm à gauche ; à partir de l'ombélic, nonante et un cm à droite et nonante trois cm à gauche. Au niveau des hanches, la flexion à gauche était de 140°, la rotation intérieure et extérieure à gauche était de 15/0/40 ; la flexion à droite était de 110°, la rotation intérieure et extérieure était de 45/0/40. Il existait en outre un flexum du genou de 5°. Le praticien a conclu que la symptomatologie de douleurs lombaires s'inscrivait vraisemblablement dans un contexte dysplasique et post-traumatique (accident de la circulation en 1992, avec fracture de la jambe droite et de la cheville, traitée conservativement en Angola). Néanmoins, il a considéré que la capacité de gain ne pouvait pas être considérée comme nulle, car l'assurée pouvait travailler dans un secteur qui lui permettait d'alterner les positions debout et assise (caissière dans une grande surface, par exemple, ou ouvrière d'usine dans le domaine de la micromécanique,...) à 50% dès le 1^{er} décembre 2013, et qu'une démarche auprès de l'assurance-invalidité pour évaluation et une éventuelle réorientation professionnelle devait être mise sur pied rapidement.

17. Par courrier du 13 décembre 2013, Generali a informé l'assurée du fait que le Dr M_____ avait retenu que l'état de santé ne permettait plus à cette dernière de poursuivre normalement son activité professionnelle et a préconisé une orientation dans un autre environnement professionnel où il serait possible à l'assurée d'alterner les positions debout et assise comme, par exemple, caissière dans une grande surface ou ouvrière d'usine dans le domaine de la micromécanique. Une capacité résiduelle de travail à 50% était exigible dès le 1^{er} décembre 2013 auprès d'un autre employeur. Dès lors, elle verserait ses prestations d'assurance maladie au plus tard jusqu'au 28 février 2014.
18. Se référant à cette détermination de l'assureur, l'employeur a mis fin aux rapports de travail, par résiliation ordinaire, avec effet au 28 février 2014.
19. Le 4 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une atteinte à la santé causée par une maladie, à savoir une atteinte poliomyélitique avec séquelle traumatique de la jambe droite existant depuis 1992.
20. Le 5 mars 2014, l'assurée s'est inscrite au chômage, recherchant un placement avec un taux d'activité de 50%, en raison d'une aptitude à l'emploi de 50%, étant précisé qu'un dossier d'assurance-invalidité était en cours.
21. En réponse au questionnaire pour l'employeur à l'attention de l'OAI, I_____ Sàrl a, en date du 28 mars 2014, indiqué qu'elle avait résilié les rapports de travail pour une « incapacité de travail dû à un handicap au niveau de la jambe », étant entendu qu'il n'y avait pas de possibilité de placement au sein de l'entreprise. Jusqu'au 10 mars 2013, veille de son arrêt de travail, l'assurée avait été en charge du nettoyage

des sanitaires dans un centre commercial, activité se composant de quatre tâches caractéristiques, c'est-à-dire le nettoyage des sanitaires (34% à 66% du temps de travail), le ramassage des poubelles (6% à 33% du temps de travail), le nettoyage des sols (6% à 33% du temps de travail) et le fait de devoir supporter le comportement du public (6% à 33% du temps de travail). L'activité comportait des exigences physiques sous la forme de devoir marcher (34% à 66% du temps de travail), de devoir rester debout (34% à 66% du temps de travail), de devoir soulever ou porter des charges légères (0-10 kg, pour 6% à 33% du temps de travail), de devoir soulever ou porter des charges moyennes (10-25kg, pour 6% à 33% du temps de travail), ainsi que des grandes exigences intellectuelles en termes d'endurance et de soin. L'assurée avait accompli cette activité à hauteur de 4.5 heures de travail par jour (22.5 heures par semaine) depuis le mois de janvier 2013, étant précisé que son salaire correspondait à son rendement. Le salaire horaire total était de CHF 22.55. Elle n'avait plus exercé d'activité au sein de l'entreprise depuis le 11 mars 2013. L'employeur a en outre observé : « Madame A_____ a fait de son mieux, s'imaginant que le travail l'aiderait moralement et financièrement alors que depuis 2012, nous lui avons conseillé d'arrêter. Ce travail était très pénible pour elle. » Selon l'employeur, l'assurée pourrait accomplir un travail de bureau en position assise. Elle n'était pas assurée pour la prévoyance professionnelle.

22. Dans son rapport du 12 mars 2014 à l'attention de l'OAI, le Dr N_____ a indiqué une incapacité de travail pour cause d'accident. Il avait suivi l'assurée jusqu'en septembre 2013, avec un dernier contrôle le 14 janvier 2013. Il avait constaté une dysplasie congénitale de la hanche droite, ainsi qu'une atrophie et un raccourcissement du membre inférieur droit, avec boiterie, lombalgie et difficulté dans la flexion du tronc. Le pronostic était mauvais. Le traitement comportait des semelles de compensation, des anti-inflammatoires (Brufen et Dafalgan) et de la physiothérapie. L'assurée ne pouvait plus travailler comme nettoyeuse, activité qui n'était plus exigible d'un point de vue médical. L'assurée devait éviter de fléchir le tronc et de porter ou soulever des charges lourdes. Les restrictions ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales. Il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Il fallait tester une reconversion. Dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap, pouvaient encore être exigées de l'assurée des activités uniquement en position assises, des activités en différentes positions, ainsi que de travailler avec des bras au-dessus de la tête. En revanche, étaient exclues des activités uniquement en position debout, des activités exercées principalement en marchant, de se pencher, de travailler accroupi, à genoux, en rotation en position assise ou en position debout, de soulever ou de porter, de monter sur une échelle ou sur un échafaudage, de monter les escaliers. Ces limitations devaient être testées. L'assurée avait besoin de semelles orthopédiques de compensation de 2.5 cm.

23. Dans un note de travail du 16 avril 2014, l'OAI a considéré qu'au vu des mesures déjà proposées par l'OCE suite à l'inscription de l'assurée au chômage, c'est-à-dire la mise en place d'une mesure avec Intégration pour tous (IPT), il n'y avait pas de plus-value à une prise en charge en collaboration interinstitutionnelle avec des mesures d'intervention précoce.
24. Le 9 mai 2014, Generali a transmis à l'OAI une copie de son dossier. Y figuraient notamment le rapport médical du Dr G _____ du 22 mars 2004, le rapport médical du Dresse J _____ du 29 avril 2013, le rapport médical du Dr K _____ du 2 mai 2013, le rapport médical initial du Dr L _____ de juillet 2013, le rapport médical intermédiaire du Dr L _____ du 22 août 2013, le rapport médical intermédiaire du Dr K _____ du 23 septembre 2013, l'appréciation médicale du Dr M _____ du 15 novembre 2013. La caisse de prévoyance professionnelle de I _____ Sàrl était la CIEPP.
25. Dans une note de travail du 10 juin 2014, l'OAI a indiqué que l'OCE l'informait de la mise en place de la mesure chez IPT et que l'assurée était convoquée le 16 juin 2014 pour le démarrage.
26. Le 3 juillet 2014, en réponse à la demande de l'OAI, l'OCE a fourni des renseignements au sujet notamment du délai cadre d'indemnisation (du 5 mars 2014 au 4 mars 2016) et du taux d'activité (50%).
27. Le 29 septembre 2014, la doctoresse O _____ du SMR a estimé que l'assurée présentait des lombalgies suite à une maladie congénitale et des séquelles post-traumatiques du membre inférieur droit dans l'enfance et à l'âge adulte en Angola. L'activité habituelle de nettoyeuse n'était plus exigible. Une activité sédentaire et strictement limitée aux limitations fonctionnelles listées (pas d'activité en position debout, pas d'activité en marchant, pas de position penchée, pas de position accroupie, ni à genoux, pas de position en port à faux du tronc, pas de port de charge, pas de montée sur un échafaudage, pas de montée des escaliers) pouvait être effectuée au taux habituel de 50% dès le 11 mars 2013. Le praticien ne se prononçait pas sur la question de savoir si une enquête ménagère était nécessaire au vu du statut mixte de l'assurée. Au cas où l'assurée devait souhaiter augmenter son taux d'activité dans le futur, il convenait de réexaminer la survenance de l'incapacité de travail durable sur un temps complet ainsi que le taux de capacité de travail dans une activité adaptée.
28. Dans une note de travail du 14 octobre 2014, l'OAI a exposé que l'OCE l'informait du fait que l'assurée avait participé à un stage chez IPT du 2 juillet 2014 au 30 septembre 2014, mais qu'elle avait eu beaucoup d'absences durant la mesure. Depuis juin 2014, elle avait également manqué beaucoup de rendez-vous avec sa conseillère au placement à l'OCE.
29. Dans une note de travail du 26 janvier 2015, l'OAI a relaté que l'OCE lui communiquait que l'assurée avait été arrêtée de travailler du 13 novembre 2014 au 31 décembre 2014, sur certificat médical. Dès lors, la mesure prévue chez

EPIPHERE avait été abandonnée à la suite de l'incapacité de travail. Celle chez IPT avait également échoué à cause des nombreuses absences. Du fait de la situation, l'assurée était convoquée chez PRO entreprise sociale privée (ci-après : PRO) pour une évaluation en date du 26 janvier 2015.

30. Dans une note de travail du 10 avril 2015, l'OAI a indiqué recevoir le rapport de stage de PRO et qu'il informait l'OCE d'un mandat d'enquête ménagère en raison du statut mixte.
31. Dans un rapport d'évaluation du 16 mars 2015, le Centre d'évaluation professionnelle de PRO a exposé que selon ses observations lors du stage du 16 février 2015 au 13 mars 2015, l'assurée était éloignée du marché du travail.

Pendant le stage, elle avait, en position assise exclusivement, accompli des tâches de déconditionnement de produits cosmétiques (travail léger), désétiqeté et étiqeté des produits cosmétiques (travail simple sans précision), étiqeté des cartons. Elle avait totalisé sept absences justifiées pour cause de maladie. Le taux d'activité de 50% avait été ventilé sur quatre jours hebdomadaires à compter du 23 février 2015 pour que l'assurée dispose d'un temps de récupération dans la semaine, conformément au certificat médical du 28 janvier 2014 remis en début du stage.

L'assurée peinait à marcher, à monter ou à descendre les escaliers. Elle souffrait constamment de douleurs au dos et de crampes aux jambes se manifestant quand elle marchait. Tout au long du stage, son état de fatigue était significatif et l'inconfort dû aux douleurs était nettement visible à sa place de travail. La position assise était préférée mais l'assurée devait pouvoir faire une pause pour alterner la position au bout de deux heures. Comme elle était persévérante, il avait fallu intervenir à plusieurs reprises pour protéger sa santé, en interrompant la journée de travail ou en la conduisant à l'infirmerie pour qu'elle s'allonge.

La situation médicale était incompatible avec le premier marché. En effet, la capacité de l'assurée à exercer durablement une seule et même activité était inexistante ou très faible (notation de 1 sur 5), car elle était fortement limitée à des tâches très simples et sans précision, devant fréquemment les alterner, sans port de charge, ni mouvement de rotation ou de flexion. Aussi, son autonomie dans la réalisation d'une tâche était inexistante ou très faible (notation de 1 sur 5), parce qu'elle ne pouvait notamment pas se réapprovisionner de cartons ne pouvant pas se baisser pour les prendre ou se déplacer. Ont reçu une notation moyenne (3 sur 5) son habilité manuelle globale (un étiquetage précis sur un flacon était plus difficile pour l'assurée qu'un étiquetage de carton, la qualité baissait de 50%), les relations avec les collègues et les supérieurs (c'était une personne très réservée), sa capacité d'adaptation (son état physique ne permettait pas une adaptation à 100%). Les autres critères (assimilation des consignes orales, capacité à donner une réponse adéquate aux exigences de comportement formulées par la hiérarchie, concentration, collaboration, conscience professionnelle, persévérance, ponctualité,

engagement personnel) ont reçu la notation maximale. Il en est résulté une notation minimale (1 sur 5) pour les limitations physiques, dans la moyenne (3 sur 5) pour les aptitudes manuelles et sociales, bonne (4 sur 5) pour les aptitudes intellectuelles et quasi-maximale (4.7 sur 5) pour la motivation.

Pour un taux d'activité de 50%, le rendement de qualité était de 90% et le rendement en temps de 60%.

32. L'OAI a mis en oeuvre une enquête ménagère, qui s'est déroulée au domicile de l'assurée le 18 mai 2015. Un rapport a été établi le 19 mai 2015.

Sans handicap, l'assurée exercerait alors une activité lucrative, pour des raisons financières. Son mari travaillait comme aide-cuisinier à 100%, pour un revenu mensuel compris entre CHF 2'800 et CHF 2'900. La situation financière du couple était précaire. Le salaire de l'assurée était indispensable. Outre que par l'assurée et son mari, le ménage était composé par ses quatre enfants, dont l'ainé était en études et les trois autres allaient à l'école. Ils occupaient un appartement de six pièces, au premier étage d'un immeuble à plusieurs étages, avec ascenseur.

Les empêchements dans les divers travaux et activités ont été évalués au point 5 du rapport d'enquête en fonction de la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle de l'assurée.

Dans la conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle), champ d'activité pondéré à 5%, l'assurée gérait très bien son foyer avant l'atteinte et elle continuait à le faire après celle-ci, de sorte qu'il n'existait pas d'empêchement.

En relation avec l'alimentation (préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions), champ d'activité pondéré à 30%, avant l'atteinte, l'assurée cuisinait midi et soir, si ses horaires le permettaient, sinon son mari s'en chargeait. Elle s'occupait de la vaisselle et de tout l'entretien de la cuisine, aidée des enfants les plus âgés. Son mari donnait un coup de main pour les plus gros travaux. Après l'atteinte, la station debout lui faisait mal, de même que la station assise. Elle devait constamment alterner ses positions. Elle ne pouvait pas se pencher, ni lever trop les bras, ni porter des charges. Elle devait s'allonger régulièrement. Elle avait une importante boiterie, avec une jambe plus courte, qui occasionnait des douleurs dans le bas du dos. Désormais, elle cuisinait toujours avec son mari le soir, qui reprenait ensuite son travail d'aide-cuisinier. A midi, elle chauffait des pizzas déjà prêtes. Les enfants faisaient régulièrement la vaisselle, mettaient et débarrassaient la table. L'assurée faisait le ménage à sa hauteur. En revanche, le nettoyage des sols et les grands nettoyages ménagers (à-fonds) étaient effectués par son mari le week-end, ou par la femme de ménage qui avait été engagée à hauteur de trois heures du samedi depuis l'arrêt de travail de l'assurée. Dans ces circonstances, l'empêchement a été fixé à hauteur de 50%, avec une exigibilité de 30%.

S'agissant de l'entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits), champ d'activité pondéré à 20%, avant

l'atteinte, l'assurée s'en chargeait, ne bénéficiant que sporadiquement de l'aide des enfants et du mari. Après l'atteinte, l'assurée a engagé une femme de ménage à concurrence de trois heures du samedi, qui faisait tout le grand nettoyage, ainsi que le nettoyage des sols et des sanitaires. L'assurée ne pouvait s'occuper que du ménage à sa hauteur. Les vitres étaient nettoyés par son mari ou par son fils aîné. Son mari changeait les draps de lit. L'empêchement était apprécié à hauteur de 60% et l'exigibilité à hauteur de 30% (mais 25%, selon le tableau de calcul annexé au rapport d'enquête).

Pour les emplettes et les courses diverses (poste, assurances, services officiels), champ d'activité pondéré à 10%, avant l'atteinte, l'assurée « faisait les commissions et les portaient à la maison, avec les enfants si ils étaient là et parfois son mari le samedi. » En revanche, elle ne s'était jamais occupée des démarches administratives, mais elle pouvait aller à la poste pour retirer un recommandé ou de l'argent. Après l'atteinte, elle ne se chargeait plus seule des commissions, mais elle était accompagnée par son mari le samedi, qui portait les sacs. Elle pouvait ramener deux ou trois denrées légères si nécessaire. L'empêchement et l'exigibilité étaient évalués à concurrence de 70%.

Pour la lessive et l'entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures), champ d'activité pondéré à 20%, avant l'atteinte, l'assurée s'en chargeait seule, en utilisant la buanderie de l'immeuble pour la lessive. Après l'atteinte, elle ne pouvait plus porter le linge, de sorte que son mari et son fils aîné se partageaient cette tâche. Le fils aîné repassait également le linge qui le nécessitait, alors que l'assurée ne repassait presque plus, car la position debout devant la planche à repasser était trop douloureuse. La femme de ménage accomplissait parfois le repassage, mais elle avait souvent d'autres tâches à accomplir en premier. L'assurée pouvait plier et ranger les effets, sauf les grandes pièces. L'empêchement était fixé à 70% et l'exigibilité à 30% (mais 25%, selon le tableau de calcul annexé au rapport d'enquête).

Concernant les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, champ d'activité pondéré à 15%, avant l'atteinte, l'assurée s'occupait de ses quatre enfants durant son temps libre, car elle se sentait en forme et pleine d'énergie. Après l'atteinte, elle éprouvait de la difficulté à marcher à l'extérieur, ou alors elle marchait lentement. La fillette de 6 ans avait besoin de jouer à l'extérieur, d'aller sur les places de jeux. C'était généralement sa grande sœur de 12 ans qui l'y amenait. Son père l'amenait à l'école et allait la rechercher. Les activités extérieures du week-end pour les enfants plus grands étaient encadrées par le père ou alors les enfants s'y rendaient seuls. L'assurée pouvait assumer une présence et un soutien affectif à la maison. L'empêchement était apprécié à hauteur de 50% et l'exigibilité de 30%.

S'agissant des divers, il n'y avait rien à signaler.

En résumé, les travaux ménagers que l'assurée ne pouvait plus accomplir en raison de son invalidité étaient exécutés par son époux, ses enfants les plus âgés et une femme de ménage à raison de trois heures du samedi. Il en résultait un empêchement pondéré avec exigibilité dans les travaux usuels de 25%, après avoir retenu une exigibilité de 30.5% pour le mari et les deux enfants aînés.

L'on notera que le rapport d'enquête ménagère n'explicite ni les opinions convergentes, ni les opinions divergentes, des participants.

33. Figure au dossier OAI une fiche de détermination du degré d'invalidité datée du 17 mars 2015 (date antérieure au 10 avril 2015, moment auquel l'OAI a affirmé avoir reçu le rapport d'évaluation de PRO du 16 mars 2015). Le revenu sans invalidité y a été fixé à hauteur de CHF 26'383.-, avec un taux d'activité de 50%, sur la base des données fournies par l'employeur dans son rapport du 28 mars 2014 (CHF 22.55 de l'heure x 22.5 heures par semaine x 52 semaines par année). Le revenu avec invalidité a été estimé sur la base des données statistiques (ESS 2012, tableau TA1 pour femme, domaine d'activité total, dans des activités de niveau 4 simples et répétitives sans formation professionnelle au préalable). En travaillant à 100% dans une activité adaptée à son état de santé, sans diminution de rendement, l'assurée pouvait réaliser un revenu indexé de CHF 51'793.-. Après une réduction de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et l'application d'un taux d'activité de 50%, le revenu sans activité de l'assurée a été fixé à concurrence de CHF 23'307.-. Les autres critères admis par la jurisprudence, tels que l'âge, l'éventualité que seule une activité légère était possible, les années de service, le permis et le taux d'occupation ne permettaient pas de réduction supplémentaire en l'espèce.
34. Par projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles du 4 août 2015, l'OAI a exposé qu'il retenait que l'assurée avait travaillé pendant plusieurs années avec un taux de 50%, raison pour laquelle il appliquait le statut mixte d'une personne exerçant une activité professionnelle à 50% et se consacrant à ses travaux habituels pour les 50% restants. Les revenus sans et avec invalidité y ont été calculés comme dans la fiche de calcul datée du 17 mars 2015 et fixés respectivement à concurrence de CHF 26'383.- et de CHF 23'307.-. Néanmoins, dans le projet de décision, la réduction de 10% a été motivée tant par les limitations fonctionnelles que du fait que seule une activité légère était possible. Il en résultait une perte économique de 11.66%, n'ouvrant pas le droit à des mesures professionnelles. Compte tenu d'un empêchement dans la sphère ménagère fixé à hauteur de 30.50%, le degré d'invalidité était de 21.07% ($50\% \times 11.66\% + 50\% \times 30.50\%$), n'ouvrant pas le droit à une rente.
35. Dans un rapport médical du 13 août 2015, le Dr N_____ a affirmé s'opposer à la décision de l'OAI. La demande pour l'assurée avait été faite par différents médecins qui avaient posé le diagnostic clinique d'un handicap moteur. Il constatait que l'assurée n'avait jamais été en consultation auprès du médecin-conseil de l'OAI.

36. Le 26 août 2015, l'assurée a adressé à l'OAI un courrier pour s'opposer au projet de refus de prestations. Elle soutenait qu'il n'avait pas été tenu compte du rapport d'évaluation de PRO dans l'analyse de son dossier. En outre, elle avait des difficultés à se déplacer justifiant l'examen de mesures. Il se justifiait enfin d'organiser une expertise auprès du médecin-conseil de l'OAI, qui ne l'avait jamais reçue en consultation. Deux documents étaient annexés au courrier : un rapport médical du Dr N_____ du 13 août 2015 et le rapport d'évaluation de PRO du 16 mars 2015.
37. Le 1^{er} septembre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'elle allait procéder à un nouvel examen du dossier pouvant nécessiter des mesures d'instruction complémentaires.
38. Le 22 octobre 2015, la Dresse O_____ du SMR a proposé d'effectuer un examen SMR ou une expertise rhumatologique.
39. Dans un rapport du 8 janvier 2016, à la suite d'un examen clinique rhumatologique du 3 décembre 2015, le docteur P_____ du SMR a, après avoir exposé l'anamnèse, le statut et le dossier radiologique, retenu plusieurs diagnostics, dont certains avec répercussion durable sur la capacité de travail : dysplasie de la hanche droite (Q 65.8), statut après traumatisme du membre inférieur droit, statut après probable lésion du nerf sciatique du membre inférieur droit par injection intramusculaire, lombalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis sur raccourcissement et atrophie du membre inférieur droit (M 54.5), suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien gauche. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a énoncé les diagnostics de suspicion clinique du syndrome du tunnel carpien gauche et de suspicion de masse abdominale sus-pubienne et aux deux fosses iliaques (diagnostic différentiel : côlon rempli de selles ou masse d'autre origine).

Dans l'appréciation du cas, il a exposé qu'alors que l'assurée avait travaillé en précedence pour le nettoyage de bureau, elle nettoyait, dans son dernier emploi, un grand centre commercial de Genève, en faisant également les toilettes, contexte dans lequel elle avait développé des lombalgies. Elle avait déjà présenté des douleurs lombaires auparavant, mais beaucoup moins intenses. Elle avait eu une injection intramusculaire en Angola, qui avait causé une lésion nerveuse, probablement du nerf sciatique et, depuis lors, elle boitait un peu. Un accident de la circulation de 1992 avait causé plusieurs fractures du membre inférieur droit, qui avaient été mal traitées conservativement en Angola, avec raccourcissement et atrophie du membre inférieur droit, ce qui avait notamment augmenté la boiterie. Elle ne savait pas si elle avait eu la poliomyélite. Les douleurs lombaires irradiaient un peu vers l'abdomen des deux côtés. Les rachialgies augmentaient à la toux et à la défécation, notamment en cas de constipation. La position assise était limitée à trente minutes et la position debout à quinze minutes par les lombalgies. Le périmètre de marche était limité à quelques pas, après lesquels l'assurée devait faire une pause. L'assurée signalait plusieurs réveils nocturnes par les douleurs et elle mettait alors un oreiller sous sa région lombaire. Elle signalait également un dérouillage matinal de dix minutes. Elle se plaignait de décharges électriques

derrière le genou droit, surtout aux mouvements. Depuis son dernier emploi, elle présentait des lâchages du membre inférieur droit, qui s'étaient déjà compliqués de chutes, dont l'une avait causé une lésion traumatique ayant nécessité le port d'une attelle. L'assurée présentait, par ailleurs, une manœuvre de Tinel positive au poignet gauche, laissant suspecter cliniquement la possibilité d'un syndrome du tunnel carpien gauche, à infirmer ou confirmer par la pratique d'un électromyogramme qu'aurait pu demander le Dr N_____. Le Dr P_____ notait des douleurs à la palpation de cinq points sur dix-huit typiques de la fibromyalgie. Ce nombre était insuffisant pour poser ce diagnostic selon les anciens critères de la fibromyalgie, mais ce diagnostic pouvait être posé selon les nouveaux critères. En tout état, au vu des diagnostics posés par le Dr P_____, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité de nettoyeuse. Cependant, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée et sédentaire, plutôt en position assise, permettant l'alternance des positions assise et debout et ne nécessitant pas le port de charges. Dans une telle activité, il n'y avait « aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure à 50%. » Par ailleurs, l'assurée ne parlait pas bien le français et éprouvait une grande difficulté à s'exprimer dans cette langue, qu'elle avait apprise en Suisse. Compte tenu de certains éléments contextuels, le praticien laissait le soin au médecin responsable du dossier SMR d'évaluer la nécessité d'un examen psychiatrique complémentaire, qui ne lui semblait cependant pas être utile, car l'assurée présentait probablement un léger état dépressif réactionnel à sa problématique somatique et gardait une bonne intégration sociale. Le traitement s'était fait selon les règles de l'art. Le mauvais rendement en temps chez PRO s'expliquait peut-être, comme l'avait relevé la Dresse O_____, par le fait que le taux d'activité de 50% avait été reparté sur quatre jours au lieu de cinq jours, ce qui représentait cinq heures de travail par jour au lieu de quatre heures par jour.

Le praticien a retenu plusieurs limitations fonctionnelles : nécessité de pouvoir alterner trois fois par heure la position assise et la position debout, voire possibilité d'alterner la position assise et la position debout à la guise de l'assurée, en privilégiant un travail en position assise, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant cinq kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations ; ainsi qu'au niveau des membres inférieurs, pas de genuflexion, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, éviter la pratique d'escaliers, pas de marche de plus de cinq minutes, pas de position debout de plus d'un quart d'heure.

Dès lors, le Dr P_____ a conclu à une capacité de travail exigible de 0% comme nettoyeuse, c'est-à-dire dans l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée, depuis le 11 mars 2013. Cette capacité de travail dans une activité adaptée devait être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

L'on notera encore que dans l'anamnèse scolaire et professionnelle, le Dr P_____ a notamment exposé que l'assurée avait suivi l'école primaire pendant quatre ans en

Angola. Elle savait lire, mais pas bien écrire en français, langue qu'elle avait apprise en Suisse. Dans son dernier emploi, elle travaillait debout et devait soulever des sceaux d'eaux qui pesaient plus de cinq kg. Dans son exposé de la vie quotidienne et du contexte psychosocial, il a retenu que l'assurée se levait à 8h00. Elle se déplaçait de la chambre au salon. Son mari ou la femme de ménage le samedi faisait le ménage. Son mari, la femme de ménage ou son fils de 22 ans passait l'aspirateur. Son fils ou son mari faisait la lessive. Son mari faisait le repassage. Souvent, c'était le mari qui préparait les repas. L'assurée faisait les commissions avec sa fille de 13 ans ou son fils de 15 ans, qui poussait le chariot. Elle s'occupait de ses enfants moins bien qu'auparavant et c'était son mari qui allait chercher ces derniers à l'école. Elle se couchait entre 20h00 et 21h00.

40. Le 21 janvier 2016, la Dresse O_____ du SMR a adhéré à l'examen rhumatologique du Dr P_____, dont elle a notamment repris les diagnostics et les limitations fonctionnelles. La capacité de travail exigible était de 0% comme nettoyeuse, qui était l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée, depuis le 11 mars 2013, à traduire en termes métier par un spécialiste en réadaptation. Elle a également rappelé l'avis selon lequel il n'y avait pas de raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure à 50%. L'examen du Dr P_____ était convaincant et permettait de retenir que les conclusions du rapport final SMR du 29 septembre 2014 étaient valables. Il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé. Comme le Dr P_____, la Dresse O_____ ne pensait pas qu'un examen psychiatrique complémentaire était nécessaire.
41. Par décision du 13 mars 2016, l'OAI a refusé le droit à une rente de l'assurance-invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. Il retenait notamment que dans son avis du 21 janvier 2016, le SMR l'avait informé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux permettant de remettre en question la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée.
42. Le 2 mai 2016, l'assurée, représentée par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (ci-après : APAS) a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI précitée.

Elle contestait le rapport du Dr M_____ du 15 novembre 2013, car ce dernier n'avait pas de spécialité en orthopédie/rhumatologie et il avait réalisé son rapport sans disposer de documents médicaux (IRM, scanner, etc.).

En revanche, elle ne contestait pas l'application de la méthode mixte, consistant à retenir une activité professionnelle à 50% et la réalisation de travaux habituels pour le 50% restant.

Etaient également contestés les résultats et conclusions de l'enquête économique sur le ménage. Concernant l'alimentation, à tout le moins, un taux de 80% d'empêchement aurait dû être retenu. A propos de l'entretien du logement, comme l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité professionnelle de

nettoyeuse et qu'elle ne pouvait effectuer que le ménage à sa hauteur, un empêchement de 90% à tout le moins aurait dû être retenu. S'agissant des emplettes et courses diverses, de la lessive et de l'entretien des vêtements, ainsi que des soins aux enfants et aux autres membres de la famille, l'assurée n'était plus en mesure d'accomplir de telles tâches, de sorte qu'un empêchement de 100% aurait dû être retenu. Le devoir d'assistance de sa famille devait être limité à concurrence de 20%, étant précisé que son mari travaillait à 100% et ses enfants, hormis le plus âgé, étaient jeunes.

Le rapport médical du Dr P_____ était contesté, car ce dernier s'était prononcé sans disposer d'examen radiologiques, mais uniquement des rapports établis à la suite de ces derniers. Aussi, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr P_____, l'on ne décelait pas quel pouvait être le type d'activité que la recourante pouvait effectuer. Il n'appartenait pas au praticien de définir une telle activité, parce que la question de l'exigibilité était une question de droit. Mais une personne à tel point limitée d'un point de vue fonctionnel était incapable de travailler dans toute activité.

En tant que de besoin, le recourante sollicitait qu'une expertise judiciaire soit confiée à un médecin indépendant pour qu'il évalue sa capacité de travail dans son activité professionnelle. Il appartenait à l'OAI de définir l'activité adaptée à l'état de santé de la recourante et, dans cette optique, il résultait du rapport de PRO qu'il n'existait pas d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Dès lors, l'OAI aurait dû retenir un taux d'invalidité de 100%. Quant à l'enquête économique sur le ménage, les taux d'empêchement et le pourcentage de l'exigibilité devaient être corrigés. Elle concluait à l'annulation de la décision prononcée par l'OAI en date du 15 mars 2016 et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} mars 2014, avec suite de frais et dépens.

43. Le 26 mai 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

En l'occurrence, la recourante n'amenait aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré à l'occasion de l'examen clinique, susceptible de mettre en doute les conclusions de l'examen clinique opéré en procédure administrative. En ce qui concernait les empêchements retenus dans l'enquête ménagère, il convenait de les mettre en lien avec les limitations fonctionnelles admises. Celles-ci empêchaient les travaux lourds (pas de soulèvement ou de port de charges supérieurs à cinq kg, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle), mais pas l'essentiel des tâches ménagères quotidiennes.

44. Un délai au 24 juin 2016 a été fixé à la recourante pour consulter les pièces du dossier et exposer ses éventuelles observations. La recourante ne s'est pas déterminée.
45. Sur quoi, 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^{er} 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 teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. De même, les modifications du RAVS du 24 septembre 2010, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2011 ont entraîné la modification de plusieurs dispositions légales dans le domaine de l'assurance-vieillesse et survivant, et par conséquent de l'assurance-invalidité, lorsque la LAI y renvoie.

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). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

5. 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). En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou 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. 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 1er janvier 2008).

6. a) 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.

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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

b) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau

clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

8. a) 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).

b) 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 LPG), 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. A 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 125 V 351 consid. 3).

c) 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. 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).

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

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) 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. cc).

h) 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 oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs

médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

9. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 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).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références).

c) 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 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

10. 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 (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). En revanche, le choix de la méthode applicable d'évaluation de l'invalidité ne doit pas s'effectuer d'après des critères liés spécifiquement au sexe de l'assuré ou qui seraient incompatibles avec l'interdiction constitutionnelle de la discrimination (ATF du 17 février 2005 I 276/05, consid. 4.3). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3, ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).
11. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 29 consid. 1, 104 V 135 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).

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

c) 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'ESS (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).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum 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). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des

employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

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 (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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 pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en

valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

e) Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

12. a) En l'espèce, le rapport médical du Dr P_____ remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Le grief formulé à son encontre par la recourante selon lequel ce praticien s'est prononcé sans disposer d'examens radiologiques mais uniquement sur la base des rapports établis à la suite de ces derniers n'est pas fondé. Tant l'analyse que les diagnostics et les limitations fonctionnelles que le Dr P_____ a retenus sont convaincants et, somme toute, comparables à ceux des médecins ayant suivi la recourante pour la prise en charge des problèmes de santé de cette dernière. L'autorité intimée a justement relevé que, dans son recours, la recourante n'a apporté aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré à l'occasion de l'examen clinique. Dès lors, la chambre de céans retiendra plusieurs diagnostics avec une répercussion durable sur la capacité de travail, c'est-à-dire dysplasie de la hanche droite (Q 65.8), statut après traumatisme du membre inférieur droit, statut après probable lésion du nerf sciatique du membre inférieur droit par injection intramusculaire, lombalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis sur raccourcissement et atrophie du membre inférieur droit (M 54.5), suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien gauche. De même, elle retiendra plusieurs limitations fonctionnelles : nécessité de pouvoir alterner trois fois par heure la position assise et la position debout, voire possibilité d'alterner la position assise et la position debout à la guise de l'assurée, en privilégiant un travail en position assise, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédent cinq kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations ; ainsi qu'au niveau des membres inférieurs, pas de genuflexion, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, éviter la pratique d'escaliers, pas de marche de plus de cinq minutes, pas de position debout de plus d'un quart d'heure. L'instruction de l'autorité intimée à cet égard doit être approuvée.

De manière convaincante, le Dr P_____ a également conclu que la recourante avait une capacité de travail de 0% dans son activité professionnelle habituelle de nettoyeuse, dès le 11 mars 2013. En revanche, dès cette date, dans une activité adaptée, devant être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation, la recourante avait une capacité de travail réduite à 50%, car, selon les termes du praticien, il n'existait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure à 50%. Approuvé par la Dresse O_____, l'avis du Dr P_____ aboutit à admettre une incapacité de travail définitive de 50%, dans toute activité. La chambre de céans retiendra ces appréciations, parfaitement convaincantes au regard de l'ensemble du dossier de la cause ainsi que des diagnostics et des limitations fonctionnelles qui ont été établies.

b) Au vu de la capacité de travail réduite de 50%, il importe d'analyser s'il faut reconnaître à la recourante un statut d'active ou un statut mixte, car, en l'état du droit suisse, l'incapacité de travail définitive de 50% de la recourante n'a pas la même portée selon la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il convient d'appliquer. En l'occurrence, la réponse à cette question est moins évidente que ce qu'elle peut le paraître à première vue.

En effet, il résulte du dossier qu'une part significative des diagnostics ayant une répercussion durable sur la capacité de travail de la recourante est ancienne et même antérieure à l'arrivée de la recourante en Suisse. A tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante, qui suffit, tel est le cas de la dysplasie de la hanche droite, que les Drs N_____ et M_____ ont décrite comme congénitale (le second de ces praticiens ayant utilisé l'adjectif « vraisemblable », mais pas le premier, qui n'a pas tempéré sa constatation médicale), sans qu'aucun des autres médecins s'étant exprimés n'ait contesté l'origine congénitale ou ait décrit d'autres causes. Tel est aussi le cas pour les statuts après traumatisme du membre inférieur droit et après lésion probable du nerf sciatique du membre inférieur droit, que tant le Dr P_____ que les autres praticiens ont rattaché à des événements antérieurs à l'arrivée de la recourante en Suisse. S'agissant des lombalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis sur raccourcissement et atrophie du membre inférieur droit, le Dr P_____ a retenu que la recourante présentait des douleurs lombaires déjà avant l'incapacité de travail ayant débuté le 11 mars 2013, mais moins intenses. Avant lui, le Dr M_____ avait déjà décrit une symptomatologie de douleurs lombaires inférieures depuis les années 90 qui s'était exacerbée sans événement déclenchant aigu.

Dans ce contexte, où les problématiques de santé sont anciennes, l'on peut se demander si l'activité professionnelle à temps partiel de la recourante n'est pas déjà la conséquence des atteintes antérieures dans la santé physique de cette dernière. Le rapport de l'enquête ménagère indique que, sans handicap, la recourante exercerait une activité lucrative pour des raisons financières, car le revenu de son mari était modeste et que le salaire de la recourante était indispensable (le dernier employeur de la recourante a également fait référence à une double motivation, à la fois morale

et financière, pour expliquer la persévérance de la recourante dans son activité, malgré la pénibilité du travail). Le rapport ne précise toutefois pas le taux d'activité auquel elle serait active si elle n'était pas atteinte dans sa santé physique. Pour sa part, la recourante n'a pas contesté l'application de la méthode mixte dans son recours. Dès lors, au degré certes de la vraisemblance prépondérante, il n'apparaît pas qu'étant valide, la recourante aurait exercé une activité lucrative à temps complet, mais plutôt qu'elle aurait partagé son temps entre une activité lucrative à temps partiel et la tenue de son foyer familial, ce qui correspond à l'historique effectif du dossier. Il n'est pas établi que cet historique, notamment la succession de périodes de travail à temps partiel, aurait été causé par les atteintes dans la santé physique de la recourante, plutôt que par les choix de vie de cette dernière. La chambre de céans reconnaîtra à la recourante un statut mixte, consistant à retenir une activité professionnelle à 50% et la réalisation de travaux habituels pour le 50% restant. Si la recourante devait souhaiter augmenter son taux d'activité dans le futur, ce qui est fréquemment le cas des mères lorsque les enfants grandissent, il conviendra de modifier la méthode d'évaluation de l'invalidité, ce qui aura pour effet d'accorder une importance différente à l'incapacité de travail définitive à 50% dans toute activité, aspect dont la Dresse O_____ était consciente dans son rapport du 29 septembre 2014.

c) La recourante conteste les résultats et conclusions de l'enquête économique sur le ménage effectuée à son domicile en date du 18 mai 2015.

Il est vrai qu'à cet égard, la lecture du dossier fait apparaître des discordances entre le rapport d'enquête et le tableau de calcul qui y est annexé s'agissant de l'exigibilité de l'époux et des deux enfants aînés. Le premier indique une exigibilité de 30% pour l'entretien du logement ainsi que la lessive et l'entretien des vêtements, alors que le deuxième ne mentionne qu'une exigibilité de 25% pour ces critères.

Aussi, pour les emplettes et les courses diverses, une pondération de 10% est excessive, car la recourante ne s'est jamais occupée des démarches administratives. En outre, cette dernière habite au centre-ville, dans un quartier offrant de nombreux magasins de gros distributeurs ou commerces de proximité, de sorte que la tâche des commissions ne présente pas de difficultés particulières. Pour ce critère, la pondération doit être de 5%. Il se justifie d'augmenter d'autant le critère soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, au vu de la taille du foyer et du fait que la recourante s'occupait de ses enfants avant l'atteinte. La chambre de céans retiendra les taux de pondération comme il suit : 5% pour la conduite du ménage, 30% pour l'alimentation, 20% pour l'entretien du logement, 5% pour les emplettes et les courses diverses, 20% pour la lessive et l'entretien des vêtements, 20% pour le soin aux enfants ou aux autres membres de la famille.

S'agissant des taux d'empêchement, la recourante est convaincante lorsqu'elle critique les résultats de l'enquête ménagère. L'on rappellera à ce propos qu'il résulte de l'avis des Drs P_____ et O_____ une incapacité de travail définitive de 50% dans toute activité, une capacité de travail nulle comme nettoyeuse, et une capacité

de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, avec d'importantes limitations. Ainsi, un empêchement évalué à 60% pour l'entretien du logement, à savoir des tâches qui sont proches de celles d'une nettoyeuse, n'est pas congru avec ces appréciations médicales, dont il faut tenir compte. Dès lors, l'évaluation de l'empêchement doit être fixée à 90% pour ce critère, comme la recourante ne peut désormais effectuer que le ménage à sa hauteur à l'exclusion de toute autre tâche relevant de ce critère. Pour des raisons similaires, doivent également être corrigés les taux d'empêchement des autres critères, à l'exclusion des critères concernant la conduite du ménage ainsi que les emplettes et les courses diverses. La chambre de céans retiendra les taux d'empêchement suivants : 0% pour la conduite du ménage, 70% pour l'alimentation, 90% pour l'entretien du logement, 70% pour les emplettes et les courses diverses, 80% pour la lessive et l'entretien de vêtements, 70% pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille.

Concernant les taux d'exigibilité, il convient de les fixer à hauteur de 30%, sauf pour les tâches les plus exigeantes, c'est-à-dire l'entretien du logement ainsi que la lessive et l'entretien des vêtements, pour lesquelles la contribution des enfants de la recourante en plus bas âge est peu exigible. Pour ces critères, une exigibilité de 25% se justifie, ce qui correspond au demeurant aux taux mentionnés dans le tableau de calcul. En résumé, la chambre de céans retiendra les suivants taux d'exigibilité : 30% pour l'alimentation, 25% pour l'entretien du logement, 30% pour les emplettes et les courses diverses, 25% pour la lessive et l'entretien des vêtements, 30% pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille.

Il résulte de l'analyse qui précède un calcul pour le taux d'empêchement pondéré avec exigibilité dans les travaux usuels comme il suit : $0\% \times 5$ pour la conduite du ménage + $(70\% - 30\%) \times 30$ pour l'alimentation + $(90\% - 25\%) \times 20$ pour l'entretien du logement + $(70\% - 30\%) \times 5$ pour les emplettes et les courses diverses + $(80\% - 25\%) \times 20$ pour la lessive et l'entretien des vêtements + $(70\% - 30\%) \times 20$ pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille. Le taux d'empêchement pondéré est donc de 46% ($0\% + 12\% + 13\% + 2\% + 11\% + 8\%$).

d) La recourante conteste également sa perte économique dans le domaine professionnel. Elle soutient qu'elle est tellement limitée d'un point de vue fonctionnel qu'elle est incapable de travailler dans toute activité.

Avec raison, la recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité, fixé à hauteur de CHF 26'383.-.

Concernant le revenu avec invalidité, l'autorité intimée n'a pas traduit l'activité adaptée en termes de métier, ce qui était pourtant préconisé par les Drs P_____ et O_____. En outre, les limitations fonctionnelles sont importantes. Néanmoins, la recourante a une capacité de travail résiduelle de 50%. Il ne se justifie donc pas de considérer qu'elle serait incapable de travailler dans toute activité. L'importance des limitations fonctionnelles doit être prise en considération sous l'angle d'une réduction du salaire ressortant des statistiques. A cet égard, la fiche de

détermination du degré d'invalidité du 17 mars 2015 tient compte des limitations fonctionnelles pour aboutir à une réduction de 10%. Quant à lui, le projet de décision du 4 août 2015 affirme, avec raison, tenir en outre compte du fait que seule une activité légère soit possible, mais sans que cette circonstance ne comporte de réduction supplémentaire, car celle-ci est restée fixée à 10%, ce qui n'est pas cohérent. Il convient encore de retenir que la recourante n'a aucune ancienneté dans un domaine autre que celui du nettoyage, activité qu'elle ne peut plus pratiquer. Elle est de nationalité étrangère et elle ne parle pas bien le français, langue dans laquelle elle éprouve une grande difficulté à s'exprimer et qu'elle ne sait pas bien écrire, selon le Dr P_____. En outre, l'état de santé de la recourante n'est compatible qu'avec un taux d'occupation à temps partiel, au maximum à 50%. Enfin, il résulte du rapport d'évaluation de PRO, pour qui la situation médicale de la recourante était incompatible avec le premier marché, que le rendement de qualité de la recourante est légèrement diminué (90%) et le rendement en temps sensiblement diminué (60%). Dans la mesure où, pendant l'évaluation chez PRO, la ventilation du taux d'activité de 50% sur quatre jours hebdomadaires a été indiquée par certificat médical afin que la recourante puisse disposer d'un jour de récupération dans la semaine, la thèse d'une surcharge journalière selon la Dresse O_____, reprise par le Dr P_____, pour expliquer la diminution de rendement ne convainc pas. Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, il se justifie d'appliquer une déduction de 25% sur le salaire statistique. Le revenu sans invalidité de la recourante doit être fixé à concurrence de CHF 19'422.- (75% x 50% x CHF 51'793.-).

Il en résulte une perte économique de CHF 6'961.- (CHF 26'383.- - CHF 19'422.-), soit de 26.38%.

e) Compte tenu d'un empêchement dans la sphère ménagère fixé à hauteur de 46%, le degré d'invalidité est de 36.19% (50% x 26.38% + 50% x 46%), arrondi à 36%, de sorte que la recourante n'a pas de droit à une rente d'invalidité.

13. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

Un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
2. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Irene PONCET

Giuseppe DONATIELLO

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