

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1428/2013

ATAS/230/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 mars 2018**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine  
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) est née le \_\_\_\_\_ 1970 au Portugal, mariée et mère d'un enfant né en 2003. Elle a obtenu en 1993 un certificat de capacité à la suite d'un apprentissage d'assistante d'hôtel à l'École hôtelière de Montana. Elle a ensuite travaillé, de 1993 à 1996, comme gouvernante d'étages, puis assistante gouvernante générale à l'Hôtel B\_\_\_\_\_ et, de 1996 à 2000, comme assistante gouvernante générale à la Clinique C\_\_\_\_\_ (ci-après la clinique C\_\_\_\_\_). Elle a été au chômage entre 2000 et 2001, puis a travaillé chez D\_\_\_\_\_ (guichet, vente) en 2002. En 2003, elle a été en congé maternité et au chômage. Dans le cadre du chômage, elle a brièvement travaillé en occupation temporaire comme dame de cafétéria dans un collège genevois, en 2004.
2. L'Hôtel B\_\_\_\_\_ a certifié, le 20 novembre 1996, que l'assurée possédait de très bonnes connaissances théoriques et pratiques pour le poste de responsable dans le département des étages d'un hôtel de classe internationale. Durant plus de trois ans, elle avait effectué un très bon travail de gouvernante d'étages puis d'assistante gouvernante. Son travail et sa conduite avaient donné entière satisfaction.
3. La clinique C\_\_\_\_\_ a certifié, le 31 décembre 2000, que l'assurée avait travaillé dans cet établissement, du 1<sup>er</sup> décembre 1996 au 31 décembre 2000, en qualité de gouvernante, sous la responsabilité de leur responsable de l'hôtellerie. Dans le cadre de sa fonction, elle était chargée d'une partie de la planification du travail des différents secteurs hôteliers, de l'élaboration des plans hebdomadaires du personnel ainsi que du contrôle et de la mise en place des banquets et autres manifestations. Elle s'était également occupée de la gestion des fournitures administratives et avait participé à l'établissement des inventaires annuels. Elle remplaçait sa responsable en son absence. Son caractère et son comportement agréables avaient été appréciés. C'était avec regret que la clinique était dans l'obligation de mettre un terme à son contrat de travail à la suite d'une longue maladie.
4. Le 26 juin 2002, la clinique C\_\_\_\_\_ a indiqué dans un questionnaire adressé à l'OAI que l'assurée avait été licenciée à la suite d'une réorganisation de l'encadrement hôtelier. Elle avait été absente du 13 mars au 2 juillet 2000 et avait travaillé les 4 et 5 juillet avant de rechuter le 5 juillet. Elle exerçait la profession d'aide-soignante. Sans atteinte à la santé, elle gagnerait par année depuis 2002 CHF 70'318.40 (5'116.80 x 13 + 150 x 12).
5. Selon un rapport établi le 29 juin 2002 par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin généraliste, l'assurée n'avait pas d'antécédent notable jusqu'en mars 2000, date de leur rencontre. À cette date, elle était suivie par une psychologue en raison de troubles de l'adaptation dans un contexte de mobbing de la part de son chef hiérarchique et de difficultés conjugales s'inscrivant dans un contexte de difficultés financières liées à un important endettement du couple. L'anamnèse de la patiente faisait toutefois rapidement apparaître un trouble plus complexe, qui avait été diagnostiqué comme un état anxio-dépressif majeur sur lequel se greffaient des

---

troubles alimentaires de type boulimie. Depuis 2001, soit depuis la résolution du syndrome carpien, mais surtout du conflit sur son ancienne place de travail et du conflit conjugal, l'état de santé de la patiente s'était progressivement amélioré. Elle avait recommencé à chercher du travail et accepté de repousser une demande d'assurance-invalidité qui avait été initiée par son ancien employeur. Elle était, depuis le 1<sup>er</sup> février 2002, à nouveau en capacité de travail à 100%, sans restriction médicale. Le risque de rechute était toutefois bien réel tant que la thérapie psychiatrique n'aurait pas été menée à bien, ce d'autant plus que la patiente avait toujours beaucoup de peine à payer ses factures et donc, probablement, une certaine difficulté à respecter ses obligations. Un risque d'invalidité prématurée lui semblait cependant raisonnablement écarté.

6. Par convention signée en juillet 2002, l'assurée et la D\_\_\_\_\_ ont convenu que leurs rapports de travail prendraient fin le 30 septembre 2002. Il en ressort que l'assurée avait été engagée, le 6 mai 2002, pour suivre une formation d'assistante postale, sous réserve d'une décision médicale d'aptitude, laquelle avait été négative.
7. L'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en décembre 2001, en raison d'un état dépressif et d'une intervention au niveau du canal carpien des deux mains.
8. Elle a été victime, le 17 août 2004, d'un accident de la voie publique (choc frontal voiture contre voiture) ayant entraîné une fracture-luxation du Lisfranc à droite, opérée quatre fois, soit les 30 août 2004, 15 mars, 11 mai 2006 et 18 mars 2010.
9. L'accident ayant entraîné une incapacité totale de travailler, l'assurée a déposé, le 17 juillet 2005, une demande de prestations d'invalidité sous forme de mesures d'ordre professionnel auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
10. a. Sur le plan somatique, les médecins ont, dans un premier temps, posé les diagnostics de fracture multiple du pied suite à l'accident du 18 août 2004 (rapport du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale du 12 septembre 2005) et plus particulièrement ceux de status post fracture du Lisfranc (rapport du centre multidisciplinaire de la douleur du 6 juillet 2006) et fracture-luxation du Lisfranc (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2008). Par la suite, s'agissant du pied, le diagnostic d'arthrose douloureuse post-traumatique du Lisfranc a été mentionné par le docteur G\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) (rapport du 23 août 2009).  
  
b. Dès 2007, les médecins ont retenu, au niveau du rachis, les diagnostics de lombosciatalgies (rapport du 30 novembre 2007), de douleurs lombo-sacrées droites avec atteinte de la SI et du muscle pyramidal (rapport du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, du 3 octobre 2008), de discopathie L5-S1 (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2008) ou encore de tassements L4-L5 (rapports de la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et

---

psychothérapie des 1<sup>er</sup> avril, 23 juillet, 23 novembre 2009 et 24 avril 2011). Concernant l'épaule, ils ont diagnostiqué, dès 2011, une périarthrite scapulo-humérale et une tendinite du sus-épineux gauche (rapport du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, du 7 février 2011).

c. Sur le plan psychique, les médecins ont évoqué les diagnostics d'état de stress post-traumatique et d'état dépressif réactionnel depuis mai 2005 (rapports des 12 septembre 2005 et 30 novembre 2007 du Dr F\_\_\_\_\_, rapports des 5 septembre 2007, 10 avril 2006 et 5 septembre 2007 de la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie).

d. En raison de ces atteintes, les médecins ont considéré que l'assurée présentait les limitations fonctionnelles suivantes : impossibilité de maintenir les positions statiques assise ou debout prolongées, ou la marche sur des distances moyennes à longues, impossibilité de travailler sur des terrains instables et de monter/descendre des escaliers de manière répétitive (rapport final du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA du 2 février 2007; rapport du département de chirurgie de HUG du 16 mai 2007; rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 23 août 2009; rapports du Dr F\_\_\_\_\_ des 24 février et 19 juin 2009). L'activité adaptée ne devait pas non plus impliquer le port de charges lourdes (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 19 juin 2009).

e. Au vu desdites limitations, l'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée, impliquant la position assise essentiellement, la capacité de travail était comprise entre 50 et 100% (rapports du Dr F\_\_\_\_\_ des 12 septembre 2005, 24 février 2009 et 19 juin 2009; rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2005 et rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 5 septembre 2007).

f. En raison de douleurs persistantes notamment au niveau du rachis et de la cheville, l'assurée a été adressée au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie. S'agissant de la lombo-sacralgie, le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré que, vu les circonstances de l'accident, une transmission de l'énergie mécanique le long du membre inférieur tendu et une dispersion au niveau lombosacré étaient envisageables et pouvaient être responsables d'une lésion secondaire. Cette hypothèse avait été confirmée par une infiltration de l'articulation sacro-iliaque, laquelle avait nettement amélioré les composantes lombaire et inguinale avec l'irradiation jambière. Le bloc des branches médiales avait exclu une participation facettaire et l'IRM pratiquée avait rassuré sur l'intégrité des derniers disques lombaires (courrier du 16 novembre 2007). Les examens cliniques pratiqués suite à une recrudescence de la lombosciatalgie droite au printemps 2009 étaient compatibles avec une douleur discogénique. Les examens complémentaires effectués par le Dr J\_\_\_\_\_ avaient permis de considérer que la minime discopathie L5-S1 ne pouvait être tenue pour responsable de la lombosciatalgie, qui avait d'ailleurs bien répondu à l'infiltration articulaire sacro-iliaque effectuée le 12 mars 2008 (courrier du 9 avril 2008).

Au niveau du membre inférieur droit (douleur de tout l'avant-pied et de la cheville, pied froid, parfois cyanosé et douleur inguinale irradiant sur la face interne de tout le membre inférieur), les examens cliniques effectués par le Dr J\_\_\_\_\_ ont permis de suspecter une hyperactivité sympathique secondaire, ce qui a été confirmé par le bloc de la chaîne sympathique lombaire droite, lequel a connu une amélioration ayant conduit à réaliser l'alcoolisation sympathique à hauteur de L4, ce qui a mené à un pied chaud et à une diminution de la douleur distale de l'ordre de 40% (courrier du 16 novembre 2007). Une nouvelle alcoolisation de la chaîne sympathique lombaire droite, effectuée le 27 novembre 2008, a notamment permis de réchauffer une nouvelle fois le pied et de diminuer les douleurs de 50% (courrier du Dr J\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2008). En revanche, plusieurs infiltrations intra-articulaires du pied et de la cheville effectuées par la suite n'ont pas permis de mettre en évidence de cause locale. Après une nouvelle alcoolisation de la chaîne sympathique lombaire, le médecin précité a procédé à une anesthésie intra-articulaire, corroborée par l'anesthésie des efférences postérieures L3-S3 droites, ce qui a confirmé une participation majeure de cette articulation à son syndrome. Fort de ces constatations, le Dr J\_\_\_\_\_ a procédé à une dénervation articulaire par thermocoagulation per-cutanée le 24 septembre 2010 pour le versant sacré et le 7 octobre 2010 pour le versant lombaire. Le résultat de cette dénervation était satisfaisant, la douleur à la cheville n'étant plus ressentie et l'assurée étant suite à cela capable de marcher sans claudication et sans l'aide de cannes, avec une autonomie de deux heures (courrier du 18 octobre 2010 du Dr J\_\_\_\_\_).

g. Sur le plan psychique, l'assurée a été essentiellement suivie par la Dresse I\_\_\_\_\_, laquelle a retenu, dans ses rapports des 1<sup>er</sup> avril, 23 juillet et 23 novembre 2009, les diagnostics de douleurs d'origine multiple, d'une part nociceptive vu l'absence de cartilage et le blocage de l'articulation du Lisfranc dû à l'arthrose progressive et, d'autre part, neurogène par atteinte directe des nerfs du pied lors de l'accident et des opérations y consécutives ainsi que par compression au niveau de la colonne lombaire à cause de tassements vertébraux survenus lors de l'accident, quand bien même ils n'avaient pas été diagnostiqués à l'époque, de pied droit bloqué en extension, de récurrence du syndrome du tunnel carpien bilatéral, de périarthrite scapulo-humérale (PSH) de l'épaule gauche et de tendinites au genou et à la hanche droite ainsi que, sur le plan psychique, d'un épisode dépressif fluctuant entre léger et moyen d'état de stress post-traumatique.

L'assurée était totalement incapable de travailler dans sa profession habituelle de gouvernante compte tenu de ses douleurs chroniques et de la fatigue engendrée. Une activité adaptée, respectant les changements fréquents de position et n'impliquant pas de grands déplacements et d'activité immobile plus longtemps que deux heures d'affilée, comme cela pouvait être le cas dans une activité d'employée de bureau, ne devait pas être exercée à plus de 50%.

h. Par ailleurs, parallèlement, les examens radiologiques suivants ont notamment été effectués :

- Le 19 octobre 2007, une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire n'a pas mis en évidence d'anomalie majeure, hormis une minime discopathie L5-S1 avec saillie discale et médiane modérée sans conflit disco-radicaire évident visible.
  - L'IRM lombaire du 21 décembre 2010 n'a pas mis en évidence de conflit disco-radicaire en particulier au niveau L5-S1, mais un début de surcharge articulaire postérieure prédominant à gauche en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une petite empreinte postéro-latérale droite sur le sac dural à hauteur de D10-D11 mais sans compression radicaire ou médullaire.
  - L'échographie de l'épaule gauche effectuée le 21 janvier 2011 a révélé un épaississement de la bourse sous-acromio-deltaïdienne dans le cadre d'un conflit sous-acromial chronique avec diminution très nette de l'espace sous-acromial mais sans rupture de la coiffe des rotateurs, une fibrose d'adaptation des tendons de la coiffe gauche et une calcification de l'insertion profonde proximale du sus-épineux ainsi qu'un épaississement réactionnel de la capsule articulaire gléno-humérale et de ses ligaments.
  - L'échographie du pli inguinal droit et de la hanche droite, également effectuée le 21 janvier 2011, a mis en évidence une ébauche de remodelage de type dégénératif de la tête fémorale droite et une sensibilité des muscles psoas iliaques droits.
  - La radiographie cervicale effectuée le 16 juin 2011 n'a pas mis en évidence de discopathie ni de tassement vertébral mais une attitude scoliothique à convexité droite avec une lordose physiologique légèrement diminuée.
  - Quant à la radiographie des mains, également effectuée le 16 juin 2011, elle a révélé un pincement modéré des articulations carpo-métacarpiennes ainsi qu'un pincement des articulations interphalangiennes distales à moindre degré proximales avec ébauche ostéophytaires surtout au niveau du 1<sup>er</sup> rayon ainsi qu'une ostéopénie. Ces images entraînent dans le cadre d'une arthrose sévère de la main.
  - La scintigraphie osseuse effectuée le même jour a mis en évidence une hypercaptation du genou droit et des os du tarse à droite pouvant entrer dans le cadre d'une algoneurodystrophie sub-aiguë ainsi qu'une hypercaptation des articulations acromio-claviculaires et inter-phalangiennes distales de la main droite évoquant des lésions dégénératives sévères.
11. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a mandaté les docteurs M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), pour expertiser l'assurée. Selon leur rapport du 14 septembre 2011, les diagnostics étaient : douleurs chroniques avec impotence fonctionnelle du pied droit – status après fracture luxation du Lisfranc ayant nécessité quatre opérations chirurgicales; dorsolombalgies mécaniques dans un

contexte de troubles statiques avec dysbalance musculaire et discopathie débutante en L5-S1 associées à une arthrose débutante inter-facettaire postérieure prédominant à gauche; omalgie bilatérale dans un contexte de syndrome de la coiffe des rotateurs avec tendinopathie et capsulite rétractile partielle à droite; douleurs avec déformation en éventail et nodules d'Herbeden des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> rayons de la main droite, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> rayons de la main gauche en relation avec une arthrose des mains sévère versus une polyarthrite rhumatoïde (avec répercussion sur la capacité de travail) et trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique; majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques; trouble panique; surcharge pondérale avec pré-obésité; déconditionnement musculaire avec dysbalance dans un contexte de troubles statiques post-traumatiques avec boiterie de décharge et utilisation d'une canne et status après cure de canal carpien bilatéral (sans répercussion sur la capacité de travail).

Les limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR étaient : douleurs chroniques de l'avant-pied droit à l'origine d'une boiterie de décharge interdisant les déplacements sur terrain instable, la montée ou la descente d'escaliers à répétition ou des activités en hauteur, diminution du périmètre de marche entre 15 et 20 minutes sans port de charges sur terrain plat. S'agissant des membres supérieurs et des mains : pas d'activité nécessitant un rendement imposé au niveau des deux mains (pas de période de frappe supérieure à une demi-heure sans possibilité de pauses d'une à deux heures entre chaque période de frappe), pas d'activité nécessitant une motricité fine et en force des deux mains, pas d'activité nécessitant un rendement imposé au niveau des deux mains, pas d'activité d'antépropulsion au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°. En outre, l'assurée devait éviter les positions statiques prolongées au-delà de trois quarts d'heure sans possibilité de varier les positions au moins une fois par heure, de préférence à sa guise. Il convenait également de privilégier les activités à caractère sédentaire permettant les variations des positions à la guise de l'assurée. Enfin, toute activité nécessitant des positions en genuflexion, accroupie, en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis étaient proscrites.

Compte tenu de ces différentes atteintes et des limitations fonctionnelles qu'elles impliquaient, l'assurée était incapable de travailler dans sa profession habituelle. En revanche, elle pouvait travailler à 60% dans une activité adaptée, ce qui correspondait concrètement, à une exigibilité de 100% avec une diminution de rendement de 40%.

12. Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 15 janvier 2007, il était proposé de prendre en charge un stage d'orientation professionnelle de trois mois pour l'assurée au centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) du 12 février au 3 mai 2007.
13. Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 4 avril 2007, le stage de l'assurée dans le tertiaire s'était très bien passé. Elle avait un très bon contact

relationnel (contact facile, fluidité verbale) et l'appréciait fortement. Elle avait besoin d'un soutien en informatique et en français pour pouvoir être optimale. Au niveau du stage en atelier, elle avait eu un peu plus de difficultés en raison de tremblements, dus à une période difficile psychologiquement et des difficultés à se trouver dans un endroit fermé. Les deux pistes étaient à envisager au niveau formation, même si l'assurée avait une préférence pour le tertiaire. La situation de son pied s'était aggravée. Le temps de travail avait donc été diminué à 50%.

14. Dans un rapport du 22 mai 2007, le CIP conclut, suite à la mesure d'orientation, que l'assurée pouvait effectuer des activités légères, sédentaires et privilégiant la position assise. Les orientations retenues étaient celles d'employée de bureau et d'aide-comptable. Au terme des formations proposées, un rendement de 70% (manque de polyvalence) sur un plein-temps était attendu (sous réserve des résultats des stages probatoires). Pour le reste, l'assurée avait de nombreuses compétences à faire valoir, en particulier sur le plan relationnel. Un passage dans les ateliers manuels n'avait pas permis de retenir une orientation dans le secteur industriel. Les capacités d'intégration sociale de l'assurée étaient compatibles avec un emploi dans le circuit économique ordinaire. Les qualités relationnelles de l'assurée lui permettaient d'avoir des contacts avec la clientèle et/ou de mener une petite équipe dans une activité d'accueil, de conseil ou d'organisation d'événements par exemple.
15. Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 17 décembre 2007, il était envisagé d'octroyer une mesure de reclassement professionnel à l'assurée sous forme d'une formation dans le domaine du secrétariat/commerce. Elle avait commencé par entreprendre une formation informatique du 2 au 20 juillet 2007, puis avait entamé une formation de cinq mois de secrétariat à l'Académie des langues et de commerce dès le 10 septembre 2007. Cette formation devait se terminer le 25 février 2008. Il s'agirait de déterminer, suite à cette formation, le taux d'activité exigible dans ce nouveau secteur professionnel, vu l'aggravation de l'état de santé de l'assurée. Son programme de formation avait été allégé pour en tenir compte. Elle avait de la peine à tenir en position assise prolongée un grand nombre d'heures de cours.
16. Il ressort d'un rapport de réadaptation professionnelle du 26 juin 2008 que l'assurée manquait beaucoup de cours de sa formation et que si elle continuait ainsi, elle n'aurait pas le certificat d'études de commerce. Elle expliquait toujours ses échecs par son atteinte à la santé ou ses médicaments, mais elle semblait peu travailler à la maison. Se posait la question de déterminer si la mesure devait être poursuivie au vu de cette situation. Une possibilité était de poursuivre et de certifier les acquis par des certificats individuels. Il était proposé de prendre en charge la poursuite du reclassement professionnel allégé. Au vu du profil de l'assurée, de sa motivation et de son engagement dans sa formation, il y avait lieu de poursuivre l'aménagement d'horaire afin de s'assurer qu'elle puisse terminer sa formation avec succès. Du 16 septembre 2008 au 26 février 2009, elle suivrait des cours intensifs de français, des cours Excel, Powerpoint et un module Salaire & Winway.

17. Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 23 mars 2009, l'assurée s'était toujours montrée très motivée et engagée dans sa formation malgré ses difficultés de santé. Il était proposé de prendre en charge la poursuite du reclassement professionnel du 13 mars au 17 mai 2009 à l'Académie de langues et de commerce.
18. Dans le cadre de sa formation, l'assurée a obtenu un certificat de correspondance commerciale française le 30 juin 2008, un diplôme de langue française (B2) le 28 février 2009, un certificat Powerpoint le 31 janvier 2009, un certificat bureautique (travaux de secrétariat, vitesse 20 mots par minute) et un certificat Excel de niveau I le 30 juin 2009.
19. Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 25 mai 2009, l'assurée s'était inscrite au chômage.
20. Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 24 juillet 2009, l'assurée pouvait être reclassée comme employée de bureau, mais il fallait encore statuer sur la capacité de travail.
21. Selon un rapport final établi par la fondation IPT (ci-après : IPT) le 14 avril 2011, un stage à 50% au nettoyage industriel en milieu protégé avait été mis sur pied. Dès le premier jour, l'entreprise avait fait part des difficultés physiques rencontrées par l'assurée. Cependant, devant la détermination et la motivation de celle-ci à effectuer ce stage, il avait été décidé de le poursuivre. Après deux jours de stage, l'assurée avait été en arrêt maladie. Elle avait repris son activité la semaine suivante. Mais après cinq jours d'activité, elle avait présenté à nouveau de grandes difficultés physiques et s'était retrouvée en arrêt maladie à 100%. Le stage avait été alors définitivement interrompu. La priorité devait être donnée à l'investigation médicale et à la stabilisation de la situation de santé afin que l'assurée puisse se tourner vers des projets concrets. IPT restait ouvert à la reprise d'une collaboration si la situation de l'assurée devait lui permettre de s'orienter vers le premier marché du travail.
22. Dans une note interne du 30 mars 2012 de l'OAI, il est mentionné que l'assurée avait déposé une première demande le 11 décembre 2001. Elle avait obtenu une rente de 100% du 13 mars 2001 au 28 février 2002. Le degré d'invalidité avait été ensuite de 0%. Elle avait déposé une seconde demande le 27 juillet 2005 suite à l'accident du 18 août 2004. Elle était alors au bénéfice des mesures cantonales de l'OCE en qualité d'employée polyvalente de cafétéria. Le service de réadaptation avait pris en charge des mesures professionnelles avec indemnités journalières du 12 février 2007 au 17 mai 2009 sans discontinuer. Selon l'avis SMR du 23 mars 2012, l'incapacité dans l'activité habituelle était totale dès le 18 août 2004. Depuis février 2007, la capacité de travail était de 100% avec une baisse de rendement de 40% dans une activité adaptée. Il était proposé d'octroyer la rente suivante :
  - 100% du 1<sup>er</sup> août 2005 au 30 avril 2007 (changement du degré de rente après trois mois selon l'art. 88a RAI) ;
  - 44% du 1<sup>er</sup> mai au 31 mai 2007, avant reclassement, et interruption de la rente après 90 jours d'indemnités journalières. Au terme du reclassement, le 18 mai

2009, le degré d'invalidité était de 29% et ne permettait pas la réouverture du droit à la rente selon l'art. 28 LAI.

23. Par projet de décision du 3 avril 2012, confirmé le 8 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée que, se fondant sur un rapport du SMR du 14 septembre 2011, il retenait que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle depuis le 18 août 2004. Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2005, la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 100%, sans baisse de rendement jusqu'en janvier 2007. Dès le mois de février 2007, la capacité de travail raisonnablement exigible était de 100% avec une diminution de rendement de 40%, hormis une incapacité travail totale dans toute activité du 18 mars au 2 mai 2010 due aux suites opératoires et d'avril à fin juin 2009 pour des raisons psychiatriques. Ces deux épisodes d'incapacité de travail à 100% ayant duré moins de trois mois ne pouvaient pas être pris en considération.

Depuis juillet 2009, l'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques était redevenue nulle et la capacité de travail dans une activité adaptée était donc, comme auparavant, de 100 % avec une diminution de rendement de 40%.

À la fin du délai d'attente, soit le 18 août 2005, étant donné qu'elle présentait une incapacité de travail de 100% dans toute activité et qu'à cette date aucune autre activité n'était encore exigible, la perte économique subie était de 100%.

Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2005, la capacité travail raisonnablement exigible sur le plan médical était de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le droit à une rente d'invalidité n'était plus ouvert, mais le droit à des mesures professionnelles l'était (20% minimum de perte de gain).

Il ressortait du rapport de réadaptation que l'OAI avait pris en charge un stage d'orientation professionnelle auprès du CIP du 12 février au 13 mai 2007.

Il avait pris en charge une première formation du 2 au 20 juillet 2007, puis une seconde, selon un horaire allégé, dans le domaine du secrétariat/commerce du 10 septembre 2007 au 17 mai 2009 (dont plusieurs prolongations liées aux échecs aux examens et avec allègement du programme de formation). À l'issue des mesures professionnelles, l'OAI n'avait pas pu statuer sur l'exigibilité et avait poursuivi l'instruction médicale. Le service de réadaptation avait pris en charge des mesures professionnelles avec indemnités journalières du 12 février 2007 au 17 mai 2009 sans discontinuer, avec des indemnités journalières d'attente entre chaque mesure.

Le degré d'invalidité avant reclassement a été déterminé de la façon suivante :

Le revenu avec invalidité était fixé en prenant en compte l'ESS 2006, tableau TA1, pour une femme, exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne Total, dans une activité de niveau 4, soit CHF 4'019.-, CHF 4'190.- en prenant en compte la durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures, CHF 50'278.- annuellement, CHF 51'047.- indexé à 2007, CHF 30'628.- avec une diminution de

rendement de 40%, sans réduction complémentaire, car l'assurée était jeune (41 ans), titulaire d'un permis C, elle pouvait travailler à 100% dans un poste adapté et il avait déjà été tenu compte des limitations fonctionnelles dans la baisse de rendement reconnue par le SMR. Les autres critères habituellement admis ne permettaient pas de réduction supplémentaire.

Le revenu annuel brut sans invalidité avait été basé sur l'ESS 2006, tableau TA7, ligne 37 (hôtellerie), niveau 2, soit CHF 4'333.-, CHF 54'205.80 annualisé et en prenant en compte la durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures et CHF 55'035.60 après indexation en 2007.

Le degré d'invalidité en pourcentage était de 44.35%.

Le degré d'invalidité après reclassement a été déterminé de la façon suivante :

Le revenu avec invalidité était fixé en prenant en compte l'ESS 2008, tableau TA7, pour une femme, exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne 23 (autres activités commerciales et répétitives), dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives), soit CHF 5'196.-, CHF 5'404.- en prenant en compte la durée normale hebdomadaire de travail de 41.6 heures, CHF 64'846.- annuellement, CHF 66'221.- indexé à 2009, CHF 39'733.- avec une diminution de rendement de 40%, sans réduction complémentaire, car l'assurée était jeune (41 ans), titulaire d'un permis C, elle pouvait travailler à 100% dans un poste adapté et il avait déjà été tenu compte des limitations fonctionnelles dans la baisse de rendement reconnue par le SMR. Les autres critères habituellement admis ne permettaient pas de réduction supplémentaire.

Le revenu annuel brut sans invalidité avait été basé sur l'ESS 2006, tableau TA7, ligne 37 (hôtellerie), niveau 2, soit CHF 54'205.80 (CHF 4'333.- x 12 / 40 x 41.7), soit CHF 56'280.50 après indexation en 2009. Il n'avait pas été tenu compte du dernier salaire à la clinique C\_\_\_\_\_ où l'assurée avait travaillé jusqu'en 2000, car cette période était trop ancienne et l'assurée était au chômage au moment de la nouvelle atteinte à la santé.

Au terme du reclassement, le degré d'invalidité en pourcentage était de 29.4%, ce qui ne permettait pas la réouverture du droit à la rente selon l'art. 28 LAI.

En conséquence, l'OAI mettait l'assurée au bénéfice d'une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> août 2005 au 30 avril 2007. Du 1<sup>er</sup> mai 2007 (interruption de la rente après 90 jours d'indemnités journalières) au 31 mai 2007, le droit à un quart de rente lui était reconnu (44%).

24. À teneur d'un extrait du compte individuel établi par la caisse cantonale genevoise de compensation, l'assurée a gagné :

- CHF 11'071.- en octobre et décembre 2002 ;
- CHF 10'232.- de février à mai 2002 ;
- CHF 23'833.- de mai à octobre 2002 (D\_\_\_\_\_);
- CHF 32'950.- de janvier à septembre 2003 ;

- 
- CHF 6'326.- en novembre et décembre 2003 ;
  - CHF 4'217.- en janvier 2004 ;
  - CHF 27'448.- de février à décembre 2004.
25. Par courrier du 17 avril 2012, le professeur O\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des HUG, a indiqué que l'assurée souffrait d'une spondylarthrite axiale et périphérique sévère, associée à une maladie de Crohn ainsi qu'à une polyarthrose digitale. En raison de ces atteintes, sa capacité de travail était nulle.
26. Au cours du mois d'août 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'il y avait des notions anamnestiques de la maladie de Crohn depuis octobre 2000. L'assurée se plaignait de douleurs abdominales sur probable colon irritable, douleurs qui n'entraînaient toutefois aucune limitation fonctionnelle.
27. Par recours du 6 mai 2013, complété le 11 juin 2013, l'assurée a, en substance, contesté les conclusions des médecins du SMR quant à l'évaluation de sa capacité de travail au regard de ses multiples atteintes à la santé et allégué une aggravation de son état de santé, aggravation dont l'intimé n'avait pas tenu compte. Elle soutenait que sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

La mesure de reclassement professionnel avait été un échec complet, compte tenu de l'aggravation de son état de santé en cours de mesure. Elle ne voyait pas en quoi consisterait une activité adaptée. Le secteur industriel n'était pas envisageable de même que le secteur de l'horlogerie. Seule une activité légère sédentaire et privilégiant la position assise avait pu être envisagée, soit une activité d'employée de bureau ou d'aide comptable, selon le rapport du CIP du 22 mai 2007. Toutefois, depuis lors, de nouvelles limitations fonctionnelles s'étaient ajoutées en particulier au niveau des membres supérieurs et des mains. L'on voyait assez mal quelle activité administrative ou de secrétariat ne nécessiterait pas de rendement imposé au niveau des mains, sans période de frappe supérieure à une demi-heure toutes les deux heures, ni motricité fine ou en force des deux mains, ni d'activités en antépulsion répétitive ou occasionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient si nombreuses qu'aucune activité n'était susceptible d'entrer en ligne de compte. En conséquence, l'incapacité de travail était complète dans toute activité. À défaut, il conviendrait de constater que l'OAI avait violé l'art. 43 LPGA en n'instruisant pas la question de l'existence d'une activité adaptée concrètement exigible.

S'agissant du calcul du taux d'invalidité, son revenu avant invalidité devait être fixé sur la base de celui versé par son ancien employeur, la clinique C\_\_\_\_\_, soit CHF 70'318.40, montant qui devait encore être réévalué. C'était à tort que l'OAI s'était fondé sur les statistiques ESS 2006 et avait retenu un revenu annuel sans invalidité réactualisé de CHF 55'036.-, respectivement CHF 56'281.-, au motif que la période correspondant à son ancien poste d'aide gouvernante était trop ancienne. Une telle manière de faire n'était pas conforme à la jurisprudence qui prévoyait que le revenu avant invalidité devait être évalué aussi concrètement que possible. Elle

---

avait travaillé un peu plus de quatre ans à la clinique C\_\_\_\_\_ dans un emploi qui correspondait à ses compétences et à son diplôme, de sorte que l'on ne pouvait y voir un emploi à caractère passager.

S'agissant du revenu après invalidité, la recourante considérait qu'il n'y avait pas lieu de distinguer les périodes avant ou après reclassement professionnel, ni de se fonder sur le tableau TA7 plutôt que le tableau TA1 des statistiques ESS. En effet, du fait de l'échec de la réadaptation professionnelle et de son incapacité à effectuer des tâches administratives ou de secrétariat en raison de la symptomatologie de ses mains, la distinction faite par l'OAI était insensée. C'était le tableau TA1 qui devait s'appliquer, sauf si le tableau TA7 permettait de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et si le secteur en question était adapté et exigible. En l'espèce, aucune condition particulière ne commandait l'utilisation du tableau TA7. La recourante estimait les critères d'exigibilité et de rendement retenus par l'OAI erronés. Il était particulièrement choquant que l'OAI n'ait tenu compte d'aucun abattement au sens de la jurisprudence. En effet, au vu du nombre de diagnostics retenus et du nombre et de l'importance de ses limitations fonctionnelles, à tous les niveaux (membres inférieurs et supérieurs, dos et psychique) ainsi que de son incapacité de travail à tout le moins de 50% (ou davantage même en tenant compte de la diminution de rendement de 40%), il était évident qu'elle se trouverait désavantagée par rapport à d'autres travailleurs, de sorte qu'il convenait de réduire le salaire statistique pris en compte. Un abattement maximal de 25% apparaissait comme étant un minimum dans son cas.

En annexe au recours figuraient les pièces suivantes :

- Un avis du Dr F\_\_\_\_\_ du 13 mai 2013, dans lequel ce médecin expliquait que le rapport d'expertise du SMR du 14 septembre 2012 ne tenait pas compte de la maladie rhumatismale et de son évolution. Il était d'accord avec les diagnostics à l'exception de ceux posés sur le plan psychique. Avant le diagnostic de la maladie rhumatismale, la capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée. Depuis l'apparition de la maladie rhumatismale, la capacité de travail était nulle dans toutes les activités.
- Un courrier de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 6 juin 2013, dans lequel elle contestait le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Vu l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde, elle considérait que la recourante était incapable de travailler à 100%.

28. Par réponse du 27 août 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant notamment à un avis du SMR du 24 juin 2013, selon lequel les nouveaux courriers des médecins traitants n'apportaient aucun élément nouveau. Il relevait que le revenu réalisé par la recourante en tant qu'aide gouvernante à la clinique C\_\_\_\_\_ n'était pas déterminant pour établir le revenu sans invalidité, car dans les faits, elle n'avait jamais réalisé un revenu tel que celui mentionné dans le questionnaire de

l'employeur ainsi que cela ressortait du rassemblement de ses cotisations. La recourante avait en effet été licenciée par la clinique C\_\_\_\_\_ le 31 décembre 2000 pour des motifs de restructuration, comme cela ressortait du questionnaire de l'employeur. Par ailleurs, au moment déterminant, soit le 18 août 2004, elle était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage. C'était donc à juste titre que l'OAI s'était fondé sur les ESS 2007, TA7, domaine 37 (hôtellerie), niveau 2, pour déterminer le revenu sans invalidité.

S'agissant des périodes avant et après reclassement, c'était également à bon droit que l'OAI avait procédé à deux calculs. En effet, la recourante avait bénéficié de mesures professionnelles sous la forme d'un reclassement dans le domaine du secrétariat/commerce de septembre 2007 à mai 2009. Dans cette mesure, elle disposait de connaissances lui permettant d'exercer une activité dans le domaine « autres activités commerciales et administratives » visé par la ligne 23 du TA7. Par ailleurs, il avait été tenu compte d'un niveau de qualification 4 du fait que la recourante n'avait pas complètement réussi sa formation.

S'agissant des activités adaptées, la ligne 23 du TA7 regroupait de nombreuses activités dont un certain nombre ne requérait pas de longues périodes de frappe ininterrompue sur un ordinateur. Des activités telles qu'employée de guichet ou réceptionniste pouvaient notamment être citées, étant relevé que la recourante disposait d'un CFC d'assistante d'hôtel et qu'elle pouvait transférer un certain nombre de compétences acquises au cours de sa formation initiale dans le cadre d'une activité adaptée. Il n'y avait pas lieu de tenir compte d'un abattement supplémentaire sur le revenu avec invalidité dans la mesure où les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte pour diminuer le rendement de 40%. Le nombre des diagnostics retenus ne constituait pas un critère propre à justifier un abattement. Une réduction supplémentaire ne se justifiait pas dans la mesure où la recourante était jeune, en Suisse depuis de nombreuses années, titulaire d'un permis C et apte à travailler à plein temps.

29. Par réplique du 11 septembre 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions, soutenant, notamment, que l'examen du SMR pris en compte était trop ancien et que le Prof. O\_\_\_\_\_ faisait état d'une nouvelle affection entraînant une incapacité de travail totale. L'OAI « inventait » désormais deux activités prétendument adaptées, à savoir employée de guichet ou réceptionniste. Celles-ci n'avaient toutefois pas été éprouvées dans le cadre du rapport du CIP. De telles activités n'étaient d'ailleurs pas adaptées à ses limitations fonctionnelles puisqu'elles n'étaient pas complètement sédentaires. D'ailleurs, si elles l'étaient, elles ne seraient pas adaptées aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR, à savoir qu'il convenait d'éviter les positions statiques prolongées au-delà de trois quarts d'heure. Dans tous les cas, l'OAI avait omis de compléter l'orientation professionnelle comme l'avait pourtant suggéré IPT.

S'agissant du calcul du revenu avant invalidité, la recourante faisait valoir qu'il ressortait du rassemblement de ses cotisations que la clinique C\_\_\_\_\_ avait

déclaré des revenus à hauteur de CHF 4'300.- en 1996 (elle avait été engagée au 1<sup>er</sup> décembre 1996), de CHF 52'228.- en 1997, de CHF 56'654.- en 1998, de CHF 55'687.- en 1999 et de CHF 21'648.- en 2000 (elle s'était trouvée en incapacité de travail complète dès le mois de mars 2000). Il n'y avait ainsi rien d'étonnant à ce que son employeur ait déclaré que, pour l'année 2002, elle aurait perçu un revenu de CHF 70'318.40. L'on ne pouvait inférer de son licenciement pour raisons économiques et de sa période de chômage qu'elle n'aurait pas retrouvé un travail identique. Au contraire, ce licenciement ne pouvait être pris en compte pour déterminer sa capacité travail dans un marché équilibré.

S'agissant du revenu après invalidité, il était erroné de prétendre que le tableau TA7 permettrait de fixer plus précisément le revenu d'invalidé, puisque la question de la détermination concrète de l'activité adaptée n'avait pas été instruite. Les activités de la ligne 23 du tableau TA7 n'étaient pas adaptées à ses limitations fonctionnelles. Il était erroné de prétendre que la diminution de rendement se confondait avec l'abattement sur le salaire statistique au sens de l'ATF 126 V 75. La diminution de rendement permettait de quantifier uniquement le fait qu'elle travaillerait moins vite dans l'activité que l'OAI tenait pour adaptée. Cela ne tenait pas compte du fait qu'il était plus difficile pour une personne présentant de nombreux diagnostics, des limitations fonctionnelles et un rendement très réduit de retrouver un travail à un niveau de salaire équivalant aux autres personnes. Ainsi, un abattement maximal se justifiait.

30. Le 8 octobre 2013, la recourante a transmis à la chambre de céans un avis du docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 2 octobre 2013, dont il ressort que l'atteinte aux mains était vraisemblablement d'origine mixte, formée d'une maladie rhumatologique de type spondylarthrite, entraînant une atteinte du squelette (axiale) et périphérique (mains et pieds) et des calcifications des tendons des deux épaules et des deux hanches, maladie qui s'ajoutait aux atteintes arthrosiques par surcharge mécanique de la jonction dorsolombaire et lombaire, avec des discopathies débutantes et une arthrose facettaire. Un syndrome douloureux de type fibromyalgique également présent entraînait des douleurs accrues et une fatigabilité réduisant le rendement théorique dans toute activité. Le rhumatisme inflammatoire et les atteintes articulaires confirmées montraient le bien-fondé des plaintes de la recourante quand bien même celles-ci pouvaient être majorées par un état dépressif fluctuant et un syndrome douloureux persistant. L'activité habituelle n'était plus exigible. Il en allait de même d'une activité adaptée, le rhumatisme inflammatoire n'étant pas suffisamment jugulé par les traitements administrés.

En annexe à ce courrier figurait, notamment, un courrier du Prof. O\_\_\_\_\_ du 17 avril 2012, dans lequel ce médecin posait les diagnostics de spondylarthrite axiale et périphérique associée à une maladie de Crohn, arthrose digitale débutante modérée, déficit en vitamine D et syndrome anxio-dépressif traité.

31. Lors d'une audience de comparution personnelle du 23 octobre 2013, la recourante a expliqué souffrir depuis deux ans d'une nouvelle poussée inflammatoire de l'affection rhumatoïde des deux mains, précisant que, selon le Prof. O\_\_\_\_\_, il ne s'agissait finalement pas d'une maladie de Crohn, sans qu'il puisse toutefois en définir la cause exacte. Sa situation s'était modifiée depuis l'examen du SMR de 2011. Son conseil a indiqué que, contrairement à ce qui figurait dans le rapport de l'employeur, le réel motif de la résiliation de travail était la dégradation de l'état de santé de la recourante. La baisse de salaire entre 1998 et 1999 s'expliquait par le fait qu'en 1999 elle était déjà à l'assurance et qu'elle avait touché 80% de son salaire.
32. Par ordonnance du 14 avril 2014, la chambre de céans a mandaté les docteurs Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertiser le cas de la recourante.
33. Les médecins précités ont examiné la recourante les 24 septembre et 8 octobre 2014 (Dr Q\_\_\_\_\_) et les 11 et 18 août, 22 et 29 octobre 2014 (Dr R\_\_\_\_\_). À la demande du Dr Q\_\_\_\_\_, des examens complémentaires ont été effectués en date des 23 octobre et 24 novembre 2014. Plusieurs échanges de courriels avec le Dr P\_\_\_\_\_ et un consilium (entretien et courriels) ont eu lieu les 19 décembre 2014, 17 et 23 février 2015. Forts de tous ces éléments, les experts ont établi un rapport daté du 19 février 2015.

Après avoir décrit les pièces médicales à leur disposition et détaillé l'anamnèse et l'histoire de la maladie telles que relatées par la recourante, les experts ont procédé à un examen clinique avant de poser les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, arthrose digitale, douleurs chroniques dans l'avant-pied droit dans le contexte d'un status après fracture-luxation du Lisfranc survenue lors de l'accident du 19 août 2004, status après arthrodèse du Lisfranc du pied droit le 30 août 2004, status après reprise de l'arthrodèse avec greffe osseuse en mars 2005, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2006, status après ostéotomie du 1<sup>er</sup> métatarsien droit en avril 2010, fibromyalgie et absence de spondylarthrite. Les lésions arthrosiques étaient progressivement devenues symptomatiques dès 2009. Quant aux symptômes douloureux liés à la fibromyalgie (douleurs diffuses au niveau des deux épaules et du rachis lombaire, avec des épisodes de chutes liées à une sensation de faiblesse du membre inférieur droit et douleurs du genou droit, sans tuméfaction ayant fait évoquer un diagnostic de tendinopathie), ils semblaient s'être installés progressivement depuis 2007. On pouvait parler d'aggravation des lésions arthrosiques depuis le 14 septembre 2014, car les nodules d'Heberden constatés actuellement au niveau de toutes les interphalangiennes distales étaient moins nombreux en 2011.

Les douleurs de la recourante au niveau de son pied droit étaient objectivables par le status post-traumatique. L'arthrose digitale ne faisait aucun doute, les déformations étant typiques. Auparavant, les critères de la fibromyalgie incluaient les douleurs à la pression des points de fibromyalgie, ce que le Dr Q\_\_\_\_\_ avait

vérifié lors de son examen clinique. Cependant, les critères actuels ne rendaient plus nécessaire ce type de douleur mais étaient essentiellement basés sur une anamnèse de douleurs persistantes, diurnes et nocturnes, peu liées à la mobilisation, à l'effort ou au repos, ce qui était le cas de la recourante. Le diagnostic de spondylarthrite ne pouvait être posé en raison de l'absence de critères suffisants. Sur le plan psychique, si en 2005, la recourante avait vraisemblablement souffert d'un état dépressif plus sévère, son degré de gravité fluctuait depuis lors entre moyen et léger.

Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert rhumatologue concernaient les positions orthostatiques et la marche en raison de l'atteinte à son pied droit, laquelle limitait également l'autonomie de marche à 500 m au maximum. La recourante était également limitée pour les gestes de préhension avec les doigts compte tenu de son arthrose digitale. Enfin, elle devait pouvoir changer de positions de temps en temps en raison de ses plaintes douloureuses au niveau du rachis. Sous réserve d'une comorbidité psychiatrique, la fibromyalgie en tant que telle n'engendrait pas de limitation fonctionnelle. Sur le plan psychique, les limitations fonctionnelles étaient mineures et se limitaient à la fatigabilité et la diminution de l'attention et de la concentration dans la durée, ce qui pouvait avoir pour conséquence une baisse de rendement.

En raison des limitations fonctionnelles du point de vue somatique, la capacité de travail de la recourante dans ses activités habituelles de gouvernante ou d'employée polyvalente dans une cafétéria était nulle. Elle était de 80% dans une activité adaptée depuis 2009, dans laquelle les douleurs diffuses diminuaient cependant le rendement de 20%, ce qui avait essentiellement pour conséquence la nécessité de prévoir des périodes de repos entre deux périodes d'activité adaptée.

En guise de conclusion, les experts ont expliqué reconnaître une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle et une capacité résiduelle de 80% dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles précisées précédemment. L'état dépressif de degré léger n'entraînait pas de diminution de la capacité de travail, mais pouvait provoquer une baisse de rendement d'environ 20% selon les exigences de l'activité en termes de concentration et d'attention soutenue.

34. Par courrier du 20 avril 2015, l'intimé a considéré que le rapport d'expertise du 19 février 2015 répondait à tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les conclusions des experts venaient confirmer le bien-fondé de la décision querellée, qu'il convenait dès lors de confirmer.
35. Le 20 avril 2015, la recourante a demandé à la chambre de céans de requérir des précisions quant aux limitations liées à ses mains. Elle a en outre fait valoir que, compte tenu des limitations retenues, une activité adaptée paraissait difficile à imaginer, dès lors que l'ensemble des activités peu ou pas qualifiées étaient exclues. Partant, la recourante sollicitait la mise sur pied d'une observation

---

professionnelle afin de déterminer concrètement quelles activités étaient encore susceptibles d'entrer en ligne de compte. Le simple renvoi aux statistiques ESS apparaissait inapproprié lorsqu'il n'était pas possible de déterminer l'existence concrète d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il appartenait au conseiller en réadaptation et non pas au médecin d'indiquer quelles étaient les activités concrètes entrant en considération, sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Si la chambre de céans considérait qu'une activité adaptée était exigible, il conviendrait alors de retenir une capacité de travail de 80%, avec une diminution de rendement de 30% (selon l'orientation/observation professionnelle entamée sur mandat de l'OAI), et un abattement de 25% au vu de l'importance des limitations fonctionnelles, qui portaient tant sur les membres inférieurs que supérieurs et qui associées à la nécessité de travailler à temps partiel, avec une diminution de rendement, rendaient les chances de retrouver une activité difficiles.

36. Par ordonnance du 27 janvier 2016, la chambre de céans a ordonné un complément d'expertise aux Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_. Leur rapport du 19 février 2015 faisait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fondait sur des examens complets et prenait en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il était établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale étaient claires. Cela étant, les experts n'avaient pas évoqué certaines atteintes pourtant mentionnées par les médecins traitants et le SMR alors qu'ils avaient été invités à commenter et discuter les avis médicaux du SMR et des médecins traitants.

La chambre de céans a constaté également qu'alors même que les atteintes retenues étaient similaires, le Dr Q\_\_\_\_\_ avait retenu moins de limitations fonctionnelles au niveau des mains que le SMR. L'expert rhumatologue était donc invité à se prononcer sur celles retenues par le SMR.

Enfin, le rapport d'expertise mentionnait le diagnostic de fibromyalgie, sans examiner si les critères de Meyer-Blaser permettaient de retenir le caractère invalidant de la fibromyalgie. Au vu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux, applicable par analogie en matière de fibromyalgie, le Dr R\_\_\_\_\_ devait ainsi compléter son rapport.

37. Dans son rapport complémentaire du 19 septembre 2016, le Dr Q\_\_\_\_\_ a conclu – après avoir réexaminé l'assurée, décrit ses plaintes et pris en compte les pièces médicales du dossier – que, sur le plan rachidien, la patiente ne présentait pas de syndrome lombo-vertébral et pas d'imagerie en faveur d'une pathologie spécifique de son rachis. Les douleurs annoncées à ce niveau devaient être intégrées au contexte fibromyalgique, diagnostic retenu par l'expert et mentionné dans la liste des diagnostics rhumatologiques.

En ce qui concernait les douleurs annoncées au niveau des épaules, il n'y avait pas non plus de limitation fonctionnelle objective, mais des éléments en faveur d'un

conflit sous-acromial à droite. L'examen clinique ne permettait pas de retenir un diagnostic de capsulite rétractile partielle à droite, mais il convenait de retenir celui de tendinopathie de l'épaule droite, comme cela avait été évoqué également dans l'expertise du SMR du 14 septembre 2011. Il n'avait pas fait figurer ce diagnostic dans la liste des diagnostics rhumatologiques de la patiente, considérant qu'il n'entraînait pas d'incapacité de travail durable.

À la question de savoir dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées notamment dans le rapport d'expertise du 14 février 2015 limitaient les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien, l'expert a mentionné que l'assurée souffrait de douleurs du pied droit consécutives à l'accident survenu le 17 août 2004. Elle présentait, sur le plan anamnestique, des douleurs du pied droit, exacerbées par la marche qui s'en trouvait limitée à environ 500 m, les douleurs entraînant par ailleurs une boiterie qui avait été objectivée lors de l'examen clinique. Cette atteinte à la santé résultant de cet accident entraînait une limitation fonctionnelle, aussi bien pour une activité professionnelle que pour le quotidien, notamment pour les tâches nécessitant des stations debout prolongées ou de la marche au-delà de quelques centaines de mètres. Par ailleurs, l'assurée avait développé ces dernières années une arthrose digitale tout à fait évidente sous la forme d'une arthrose d'Herben, atteignant les interphalangiennes distales des doigts deux et cinq des deux mains. D'autres articulations des mains, notamment les interphalangiennes proximales et les métacarpo-phalangiennes, étaient également douloureuses à l'examen clinique. Cette atteinte dégénérative digitale entraînait des limitations fonctionnelles pour les gestes de préhension avec les doigts, notamment pour les efforts à répétition ou pour ceux nécessitant l'utilisation d'une force importante. En ce qui concernait les autres plaintes douloureuses annoncées à l'anamnèse, elles n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles dans la gestion du quotidien.

Il n'y avait pas d'exagération des symptômes ou constellations semblables.

L'expert ne pensait pas que les traitements avaient été négligés, mais comme déjà mentionné, sur les atteintes organiques dégénératives de la patiente, au niveau des doigts de ses deux mains et de son pied droit, l'effet soulageant n'était que partiel. En ce qui concernait les autres douleurs liées à la fibromyalgie, les effets des différents médicaments sur les douleurs étaient quasiment inexistantes.

Il était difficile d'évaluer les limitations du niveau d'activité sur le plan professionnel dans la mesure où l'assurée n'avait plus retravaillé depuis son accident, le 18 août 2004.

En ce qui concernait le niveau d'activité sur le plan personnel, selon l'anamnèse, l'expertisée arrivait à effectuer quelques tâches ménagères, mais pas la totalité de celles-ci, une partie d'entre elles étant effectuée par une aide, notamment le repassage, le lavage de la salle de bains et les vitres, à raison de deux heures par semaine. En ce qui concernait ses activités sociales, l'assurée mentionnait sortir

régulièrement pour promener sa chienne, faire de la marche, rencontrer ses amies et sortir le weekend avec l'un de ses frères.

En ce qui concernait les limitations fonctionnelles correspondant aux douleurs chroniques du pied droit, l'expertise du SMR de 2011 mentionnait l'interdiction de déplacements sur un terrain instable, la montée ou la descente des escaliers à répétition ou effectuer des activités en hauteur. Il y avait une diminution du périmètre de marche estimée entre 15 et 20 minutes, sans port de charges et sur un terrain plat. En ce qui le concernait, le Dr Q\_\_\_\_\_ avait également retenu une limitation fonctionnelle liée à cette atteinte organique du pied droit post-traumatique avec une limitation de l'autonomie de marche d'environ 500 m au maximum. Il avait mentionné ces limitations fonctionnelles en ce qui concernait les positions orthostatiques, ce qui rejoignait les limitations décrites par le SMR le 14 septembre 2011.

En ce qui concernait les limitations fonctionnelles des mains liées aux troubles dégénératifs, il avait estimé qu'il existait des limitations fonctionnelles pour les gestes de préhension avec les doigts, sans y ajouter plus de détails. Les experts du SMR mentionnaient l'incapacité d'activités nécessitant un rendement imposé au niveau des deux mains, notamment pas de période de frappe supérieure à une demi-heure sans possibilité de pause, pas d'activité nécessitant une motricité fine et en force des deux mains, pas d'activité nécessitant un rendement imposé au niveau des deux mains.

En comparant l'énoncé des limitations fonctionnelles entre l'expertise de septembre 2011 et celle de février 2015, le Dr Q\_\_\_\_\_ donnait moins de détails sur les limitations fonctionnelles, mais l'impact de celles-ci était détaillé aux points 8a et 8b de l'expertise de février 2015. Il avait ainsi considéré que, dans l'activité de gouvernante et d'employée polyvalente dans une cafétéria, l'assurée présentait une capacité de travail nulle du fait que ce type d'activité professionnelle nécessitait des positions orthostatiques prolongées, des déplacements à pied ainsi que des efforts de préhension pour les activités de manutention et de nettoyage en particulier. Dans une activité adaptée, il fallait privilégier une activité essentiellement effectuée en position assise, mais permettant des changements de position de temps en temps afin de soulager les plaintes douloureuses, notamment du rachis. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles des mains, il avait mentionné la nécessité d'éviter les efforts de préhension à répétition et on pouvait ajouter encore les efforts nécessitant des forces importantes générées par les mains. Sur le plan rhumatologique, il avait estimé une capacité de travail dans une activité adaptée de 80%, depuis 2009.

Le Dr Q\_\_\_\_\_ estimait que l'appréciation consensuelle du cas à l'issue du premier rapport d'expertise restait valable.

38. Dans son rapport du 20 juin 2017, le Dr R\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, qu'il

avait retenu dans son rapport d'expertise du 19 février 2015. La recourante disposait de bonnes ressources psychiques qu'elle mobilisait pour faire face à ses douleurs physiques et leurs conséquences dans sa vie quotidienne. Elle accomplissait les tâches domestiques qui étaient à sa portée. Pour les plus pénibles, elle bénéficiait d'une aide-ménagère. Par ailleurs, sa fille l'aidait à préparer les repas et à faire les courses et elle se substituait à sa mère pour réaliser certains gestes que celle-ci ne pouvait plus faire en raison d'un manque de force et de douleurs dans les mains (ouvrir une bouteille ou d'autres récipients par exemple). Dans le passé, la recourante avait souvent donné la preuve de sa bonne volonté et de sa capacité à mobiliser ses ressources psychiques en s'engageant dans diverses formations. Sa motivation avait été soulignée. En bref, ses limitations fonctionnelles n'étaient pas dues à un manque de ressources psychiques, ni à l'épuisement de celles-ci.

S'agissant du contexte social, la recourante était divorcée et avait la garde de sa fille qu'elle élevait seule. Elle n'avait aucun soutien de ses proches. Son ex-mari ne contribuait pas à l'éducation de sa fille, qu'il n'avait pas vue pendant les deux années qui avaient suivi le divorce. La recourante n'avait aucun contact avec les membres de sa famille, qui ne lui avaient jamais offert le moindre soutien affectif ou matériel. Elle avait quelques amies fidèles qu'elle rencontrait régulièrement. Elle gérait seule les ressources financières que lui accordait l'Hospice général.

Elle reconnaissait pleinement ses troubles et s'était engagée avec constance et rigueur dans un traitement psychiatrique au long cours qui permettait de maintenir l'expression symptomatique du trouble de l'humeur à un niveau léger à moyen.

L'expert n'avait pas décelé d'incohérences ou de discordances dans le comportement et les propos de la recourante.

En conclusion, il maintenait l'appréciation consensuelle du cas telle qu'elle avait été formulée dans le rapport du 19 février 2015.

39. Le 13 juillet 2017, l'OAI, après avoir pris connaissance du complément d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ du 20 juin 2017, a persisté intégralement dans ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.
40. Le 17 juillet 2017, la recourante a également persisté dans ses précédentes écritures, en particulier sur celle du 20 avril 2015. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la recourante renvoyait à ses écritures des 11 juin et 11 septembre 2013. Pour les raisons déjà exposées et notamment en raison du fait qu'aucune activité susceptible d'entrer en ligne de compte à titre d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles n'avait été déterminée, le revenu après invalidité retenu par l'AI devait être écarté.

S'il ne l'était pas, il fallait tenir compte d'un revenu avec invalidité de CHF 64'846.- et déduire de ce montant une incapacité de travail de 20%, une baisse de rendement de 30% et un abattement sur le salaire statistique de 25%, soit un revenu après invalidité de CHF 27'235.- et un taux d'invalidité de plus de 60%, donnant droit à un trois quarts de rente. La recourante relevait encore que selon l'ESS 2004, la

---

ligne Total du tableau TA1, s'agissant d'une femme travaillant dans une activité simple et répétitive, laissait apparaître un revenu mensuel de CHF 3'893.-, soit CHF 46'716.- par an et CHF 48'584.- après prise en compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures. Compte tenu de l'incapacité de travail de 20%, de la baisse de rendement de 30% et de l'abattement statistique de 25%, le revenu après invalidité à retenir était de CHF 20'405.50, soit un degré d'invalidité de plus de 70%, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité.

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

### **EN DROIT**

1. La chambre de céans a admis sa compétence et constaté que le recours était recevable à la forme dans son ordonnance d'expertise du 14 avril 2014.
2. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2005 et à une mesure d'observation professionnelle pour déterminer s'il existe une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
3. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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).

4. 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 malade, 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
- b. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert

(psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

c. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

d. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

e. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes.

f. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il faut se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui

rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

5. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. 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).

c. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

d. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

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. 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; ATF 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).

8. 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 des ESS. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, lorsque celui-ci a cessé son activité depuis plusieurs années (ATF 129 V 222; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 636/02 du 15 avril 2003 consid. 4.1), lorsqu'il s'avère qu'il ne travaillerait plus dans l'entreprise de son conjoint même sans atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 641/05 du 21 décembre 2005 consid. 4.1) 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3; I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Si l'assuré a perdu son dernier emploi avant l'atteinte à la santé pour des motifs étrangers à l'invalidité, par exemple en cas d'un manque d'efforts fournis par l'assuré malgré un avertissement, on ne peut admettre que l'assuré aurait poursuivi son activité auprès du même employeur. Dans ce cas de figure, il n'y a pas lieu de fonder le revenu avant invalidité sur le salaire que l'intéressé aurait réalisé auprès du dernier employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1).

Il n'y a pas lieu de se fonder sur les valeurs statistiques de l'ESS pour déterminer le montant du revenu sans invalidité, lorsque l'assuré a travaillé pendant de très nombreuses années pour le même employeur et qu'il a obtenu dans cette activité un salaire nettement supérieur au salaire statistique pris en compte pour calculer le taux d'invalidité (dans le cas d'espèce, l'intéressé avait travaillé de 1986 à 2008 en qualité de magasinier et les salaires ressortant de l'extrait de compte individuel établi par la Caisse cantonale genevoise de compensation dépassaient ceux résultant de l'ESS pour une activité identique). Il y a lieu, dans ce cas, de prendre en compte

---

le dernier salaire effectivement touché et non le salaire statistique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.2).

9. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité ou une 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'invalidé 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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction

---

globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79).

Lorsque les limitations fonctionnelles ont été prises en compte par les experts judiciaires lors de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité professionnelle adaptée à sa santé, et que ceux-ci ont également pris en considération une limitation du rendement en mettant en relation la réduction de la capacité de travail et la nécessité de permettre des périodes de repos, l'OAI ne procède pas à une violation du droit ou d'un excès de son pouvoir d'appréciation en ne retenant pas à ce titre un abattement du revenu d'invalidé résultant des données ESS (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_40/2011 du 1<sup>er</sup> avril 2011 consid. 2.3.1). Le simple fait qu'il a été admis dans d'autres causes, parfois à titre exceptionnel, un taux d'abattement de 15% ou plus ne saurait établir que l'autorité précédente a commis un excès de son pouvoir d'appréciation ou qu'elle aurait abusé de celui-ci dans le cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 5).

Le fait qu'un homme ne peut travailler qu'à temps partiel est susceptible d'avoir une influence négative sur son salaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_728/2009 du 21 septembre 2010 consid. 4.3.2). En revanche, dans à peu près tous les cas de figure distingués en fonction du degré d'occupation et du niveau de qualification, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne gagnent souvent pas, d'après les statistiques, un revenu moins élevé que les personnes travaillant à plein temps (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_379/2011 du 26 août 2011 consid. 4.2, in SVR 2012 IV n° 17 p. 78 et résumé dans RSAS 2012 p. 71; 9C\_160/2014 du 30 juin 2014).

10. 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. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2).

Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_286/2015, op. cit, consid. 4.2).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). 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). En d'autres termes, il s'agit uniquement de savoir si, compte tenu de son état de santé, il est à même d'exercer une activité déterminée sans que l'on ait à rechercher s'il va trouver un employeur disposé à lui confier ce travail. Si l'on tenait compte des fluctuations de l'offre et de la demande sur le marché du travail, on aboutirait à ce résultat qu'un assuré serait tantôt admis à bénéficier de la rente et tantôt ne le serait pas suivant que les offres d'emploi seraient peu nombreuses ou au contraire abondantes. Les décisions de l'AI finiraient par être dépourvues de tout fondement objectif.

À la différence de simples fluctuations conjoncturelles, les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il faut tenir compte en matière d'assurance-invalidité. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou les nécessités de maîtriser les coûts salariaux pèsent sur les salariés qui doivent faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et montrer des facultés d'adaptation importantes. Dans ce contexte, des troubles importants de la personnalité peuvent constituer des obstacles irrémédiables à la reprise d'une

activité salariée (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2112 et 2113).

Le Tribunal fédéral a ainsi admis dans un arrêt 9C\_984/2008 du 4 mai 2009 (consid. 5.2 et 6.2) qu'un employeur ne prendrait pas le risque d'engager une personne souffrant d'un grave trouble de la personnalité et ne pouvant exercer d'activités qu'en milieu protégé, soit dans un environnement confiné et protégé, en dehors de tout stress professionnel et social.

Dans un arrêt 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 (consid. 3.3), le Tribunal fédéral a considéré que la jurisprudence précitée ne trouvait pas application s'agissant d'un cas dans lequel aucune réserve n'avait jamais été exprimée par les experts consultés au sujet de la capacité de la recourante à exercer une activité sur le marché équilibré de l'emploi. Une restriction de l'exigibilité ne pouvait découler de la simple diminution de la capacité de travail de l'intéressée. Par ailleurs, l'état dépressif de cette dernière, de degré moyen, n'empêchait pas une certaine activité professionnelle à dire d'experts. Les experts avaient pris en considération le retrait social et la difficulté de l'accessibilité thérapeutique, rendant réservé le pronostic global quant à la reprise d'une activité professionnelle quelconque dans le circuit économique, avant de conclure qu'une activité adaptée à 40-50% leur paraissait exigible de la part de la recourante.

L'administration n'a pas à démontrer l'existence d'offres de travail concrètes disponibles correspondant aux limitations de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016).

Le Tribunal fédéral a notamment jugé qu'un marché du travail équilibré est sans conteste en mesure d'offrir des postes que l'on peut occuper avec une seule main ou un seul bras ou suite à la perte fonctionnelle d'un œil. Par ailleurs, des emplois dits « de niche » – autrement dit des postes et des travaux pour lesquels les personnes atteintes dans leur santé peuvent s'attendre à une ouverture sociale de la part de l'employeur – ne sauraient conduire à nier l'existence d'opportunités correspondantes. Il en va de même de l'exercice d'un travail auxiliaire, ceci en principe indépendamment de l'âge de l'assuré (Michel VALTERIO, op. cit, n. 2114 et 2115; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 180/05 du 16 janvier 2006; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_95/2007 du 29 août 2007 consid. 4.3).

11. En l'espèce, les parties ne contestent pas la valeur probante des rapports complémentaires d'expertise établis par le Dr Q\_\_\_\_\_ le 19 septembre 2016 et par le Dr R\_\_\_\_\_ le 20 juin 2017. Les experts ont complété leur premier rapport du 25 février 2015 dans le sens requis par la chambre de céans le 27 janvier 2016, en motivant de façon convaincante les raisons pour lesquelles ils confirmaient leurs premières conclusions. Il y a donc lieu de retenir que l'expertise, ainsi complétée, revêt une pleine valeur probante, étant rappelé que la chambre de céans avait déjà considéré, dans son ordonnance du 27 janvier 2016, que le premier rapport des experts remplissait les conditions pour se voir reconnaître une telle valeur, sous

réserve des points faisant l'objet de l'ordonnance de complément d'expertise. Il en résulte qu'il doit être retenu, conformément aux conclusions des experts, que la recourante a une capacité de travail résiduelle de 80% depuis 2009 avec un rendement réduit de 20%.

12. La recourante conteste le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI et, en premier lieu, le salaire sans invalidité pris en compte. Lors de son accident, en août 2004, elle travaillait depuis peu comme dame de cafétéria en occupation temporaire dans le cadre du chômage. Il s'agit typiquement d'un cas de figure où il se justifie de se référer aux données statistiques, puisque le dernier salaire touché dans ce cadre ne correspondait pas à ce que la recourante aurait été capable de réaliser, selon toute vraisemblance, si elle était valide. Il n'y a pas lieu de se référer au salaire qu'elle aurait pu toucher à la clinique C\_\_\_\_\_, car elle n'y travaillait plus depuis la fin de l'année 2000, soit plus de trois ans. Elle a, en outre, entamé une nouvelle formation à la D\_\_\_\_\_, ce qui laisse penser qu'elle n'a pas recherché d'emploi en tant qu'assistante gouvernante générale similaire à celui qu'elle avait à la clinique C\_\_\_\_\_. De plus, il ressort de son compte individuel que les années précédant son accident de 2004, elle n'a pas touché un salaire plus élevé que le salaire statistique retenu par l'OAI. C'est donc à juste titre que ce dernier s'est référé aux données statistiques des ESS 2006, TA7, dans le domaine de l'hôtellerie, niveau 2, qui correspondaient à la formation et à l'expérience professionnelle de la recourante pour déterminer son revenu sans invalidité.
13. La recourante fait valoir qu'il n'existait pas d'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – en particulier pas celles d'employée de guichet ou de réceptionniste car ces activités n'étaient pas complètement sédentaires – et elle sollicite, en conséquence, une observation professionnelle pour déterminer s'il en existe une.

Selon l'OAI, la ligne 23 du TA7 regroupe de nombreuses activités dont un certain nombre ne requiert pas de longues périodes de frappe ininterrompue sur un ordinateur. Des activités telles qu'employée de guichet ou réceptionniste pouvaient notamment être citées.

Selon les experts, la recourante est en mesure de travailler à 80% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles avec une baisse de rendement de 20% en raison de ses limitations fonctionnelles. Sur le plan rhumatologique, son autonomie à la marche est de 500 m, c'est donc à tort qu'elle prétend ne pouvoir exercer qu'une activité complètement sédentaire. Elle n'est pas dans l'incapacité totale d'effectuer des tâches administratives ou de secrétariat en raison de la symptomatologie de ses mains. En effet, l'expert rhumatologue a précisé dans son complément d'expertise que l'atteinte dégénérative digitale dont elle souffre entraînait des limitations fonctionnelles pour les gestes de préhension avec les doigts, notamment pour les efforts à répétition ou pour ceux nécessitant l'utilisation d'une force importante ; la recourante peut donc encore utiliser partiellement ses mains. La nature et l'importance de sa pathologie ne constituent pas des obstacles irrémédiables à la reprise d'un travail sur un marché qui offre un éventail suffisamment large

d'activités légères dont un nombre significatif est adapté à ses limitations fonctionnelles. On doit partir du postulat qu'il existe des emplois compatibles avec ses limitations sur un marché équilibré du travail qui offre un éventail d'activités les plus diverses, notamment sur le plan des exigences professionnelles, et proposant même des emplois de niche. Il n'y a pas lieu de se demander si, concrètement, la recourante trouvera un travail. L'on ne peut assimiler son cas à celui pour lequel le Tribunal fédéral a considéré que les troubles importants de la personnalité que l'assurée connaissait constituaient des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité salariée (9C\_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 5.2 et 6.2). Il n'apparaît en particulier pas que la recourante souffrait de troubles importants de la personnalité pouvant constituer des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité salariée. En conclusion, il faut retenir que la recourante pouvait mettre en œuvre sa capacité de travail résiduelle sur un marché équilibré dès 2009 et qu'une nouvelle mesure d'observation ne se justifie pas.

14. La recourante soutient encore qu'il n'y avait pas lieu de distinguer les périodes avant et après reclassement professionnel, du fait de l'échec de sa réadaptation et de son incapacité à effectuer des tâches administratives ou de secrétariat en raison de la symptomatologie de ses mains.

Comme cela a été relevé précédemment, il convient d'admettre que ses limitations fonctionnelles ne l'empêchaient pas de mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail dans le secteur précité. Elle a bénéficié d'un reclassement dans le domaine du secrétariat/commerce de septembre 2007 à mai 2009, qui lui a permis d'obtenir plusieurs certificats (en correspondance commerciale française, langue française, Powerpoint, Excel et bureautique). Dans cette mesure, elle disposait de connaissances lui permettant d'exercer une activité dans le domaine « autres activités commercial et administratif » correspondant à ligne 23 du TA7. C'est donc à juste titre que l'OAI a cité les activités d'employée de guichet ou de réceptionniste dont on peut légitimement penser qu'elles sont adaptées aux limitations fonctionnelles et qu'elles entrent dans les compétences de la recourante. L'on ne saurait retenir que la formation qu'elle a suivie s'est soldée par un échec total, parce qu'elle n'a pas réussi tous les examens – ce dont l'OAI a tenu compte en retenant un niveau de qualification 4 et non un niveau 3 – puisqu'elle a obtenu, par son biais, plusieurs certificats. De plus, comme l'a relevé à juste titre l'OAI, la recourante dispose d'un CFC d'assistante d'hôtel et d'une expérience professionnelle dans ce domaine qui lui ont permis d'acquérir des compétences utiles dans une activité commerciale et administrative. C'est donc à juste titre que l'OAI a fixé le revenu d'invalidé après réadaptation sur le tableau TA7 ligne 23, niveau de qualification 4 après le reclassement professionnel dont a bénéficié la recourante.

15. Enfin, c'est à tort que la recourante fait valoir que le revenu avec invalidité aurait encore dû être réduit de 25%, vu l'importance de ses limitations fonctionnelles, car, selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu d'en tenir compte à ce titre, lorsqu'il en a déjà été tenu compte pour fixer une capacité de travail et un rendement réduits, ce

qui est le cas en l'espèce. En effet, les experts ont conclu à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée depuis 2009, avec un rendement réduit de 20%, en raison des limitations fonctionnelles de la recourante du point de vue somatique et psychique. Comme l'a relevé à juste titre l'OAI, le nombre de diagnostics retenus ne constitue pas un critère propre à justifier un abattement. Les autres critères justifiant une réduction supplémentaire ne sont en outre pas remplis, la recourante étant relativement jeune, en Suisse depuis de nombreuses années et titulaire d'un permis C. La capacité de travail résiduelle à 80% ne justifie pas une réduction supplémentaire du revenu avec invalidité, dès lors que, selon la jurisprudence précitée, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne gagnent souvent pas, d'après les statistiques, un revenu moins élevé que les personnes travaillant à plein temps.

16. Au vu des considérations qui précèdent, la décision querellée doit être confirmée et le recours rejeté.
17. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**Au fond :**

1. Rejette le recours.
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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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