

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1903/2012

ATAS/541/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 avril 2014

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o B_____, au GRAND-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PONCET
CARNICE Isabelle

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), est née en 1957. Elle est de nationalité portugaise, mariée à un compatriote né en 1940, et mère de 2 filles, nées en 1979 et 1989. Elle n'a pas de formation professionnelle et après la scolarité obligatoire, elle a aidé ses parents aux travaux des champs au Portugal.
2. Elle est arrivée en Suisse en 1984 et elle a travaillé depuis lors en qualité de nettoyeuse pour l'entreprise C_____ SA à temps partiel. Elle y travaillait 15 heures/semaine depuis décembre 2008, pour un salaire horaire de 29 fr. soit de 1'885 fr./mois. Depuis février 2008, elle travaillait aussi 12 heures/semaine auprès d'un particulier en tant que femme de ménage, pour un salaire horaire de 25 fr. soit de 1'300 fr./mois en moyenne.
3. Selon l'extrait de son compte individuel AVS elle a réalisé auprès de C_____ SA un salaire annuel brut de 24'090 fr. en 2004, 24'095 fr. en 2005, 23'453 fr. en 2006, 18'734 fr. en 2007 et 23'461 fr. en 2008 et, pour son travail de femme de ménage, de 14'400 fr. du 1er février au 31 décembre 2008.
4. L'assurée est totalement incapable de travailler depuis le 5 octobre 2009. En décembre 2009, l'assurée, son époux et leur fille cadette emménagent chez la fille aînée du couple, car celui-ci ne parvient plus à payer son loyer.
5. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 8 février 2010 en raison de lombalgies, d'arthrose à l'épaule et de coxarthrose.
6. Les pièces médicales réunies par l'OAI sont les suivantes:
 - a) le rapport du 3 mars 2010 de la Dresse D_____, généraliste de l'assurée depuis 1989 qui diagnostique des lombalgies depuis 1995 et une coxarthrose, une arthrose de l'épaule gauche et une dépression depuis 2007, ainsi qu'une obésité morbide depuis toujours. Les symptômes sont des douleurs diffuses rachidiennes et poly-articulaires, une perte de motivation, d'énergie, de la tristesse, un épuisement physique et psychique. L'assurée est totalement incapable de travailler depuis le 5 octobre 2009 et les mesures de réadaptation sont limitées par les douleurs et l'état dépressif.
 - b) le rapport du 13 novembre 2009 du Département de chirurgie des HUG, où l'assurée a séjourné du 21 au 30 octobre 2009, pour une réadaptation orthopédique, suite à une coxarthrose droite traitée par arthroplastie totale le 6 octobre 2009. A l'issue de la réadaptation, la patiente est totalement autonome pour sa toilette, l'habillement et la gestion de ses médicaments. Elle est en arrêt de travail total.
 - c) le rapport de radiographie de la colonne lombaire ainsi que des hanches, du 27 septembre 2007, qui conclut à des remaniements dégénératifs disco-vertébraux étagés prédominants en D12-L1, L1-L2 et L2-L3.
 - d) le rapport du 14 avril 2010 du Dr E_____, du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, qui diagnostique une coxarthrose droite depuis de

nombreuses années, précise que lors de la consultation du 14 avril 2010, six mois après la mise en place de la prothèse totale de la hanche droite, l'évolution est favorable du point de vue des douleurs, la patiente présentant encore quelques douleurs lombaires basses ainsi qu'une boiterie persistante, qui était plus importante en préopératoire. L'activité habituelle n'est plus exigible, en raison des restrictions physiques. Peuvent être exercées les activités en position assise limitée à 30 minutes, debout à 15 minutes, mais le travail accroupi, à genoux, en hauteur est exclu. Il ne mentionne pas le taux de capacité de travail.

e) le rapport du 3 mai 2010 du Dr F_____, spécialiste en anesthésiologie et traitement de la douleur, qui mentionne des dorso-lombalgies, des troubles dégénératifs étagés et une discopathie étagée, qu'il a traités de février 2008 à avril 2010, par anti-douleurs et infiltrations. Le pronostic est bon, la capacité de travail dans l'activité exercée est de 50% et il estime qu'une amélioration de la capacité de travail devrait être possible, sans se prononcer à partir de quand et à quel taux.

f) le rapport du 23 septembre 2010 de la Dresse D_____, qui mentionne une obésité chronique, la patiente pesant 90 kg en 1978 et 132 kg après le deuxième accouchement en 1989. Elle souffre de lombalgies depuis 1998, d'une hypothyroïdie traitée en 2002, de lombosciatalgies depuis 2007. Elle a bénéficié d'un by-pass en juillet 2007, qui lui a permis de perdre 27 kg dans les quinze mois suivants, mais, en raison d'une arthrose limitant sa mobilité, elle a progressivement repris du poids en 2010. Au cours des années, les traitements ont été de Siprolex®, Ponstan®, Dafalgan®, Mydocalm® et Nexium®.

7. Le Bureau romand expertise médicale (BREM) a été mandaté le 3 décembre 2010 par l'OAI pour procéder à une expertise rhumato-psychiatrique de l'assurée, confiée à la Dresse G_____, rhumatologue, et au Dr H_____, psychiatre.
8. Le rapport d'expertise du BREM du 13 septembre 2011 contient un résumé des pièces médicales du dossier et une anamnèse très détaillée. S'agissant des plaintes de l'assurée, elles concernent des douleurs de la hanche droite, depuis 2002, persistant malgré l'opération d'octobre 2009. Elle signale un fibrome utérin en 1999, sans mentionner de séquelles, tout en estimant qu'il convient d'en tenir compte et l'opération de l'estomac pour maigrir, en 2007, suite à laquelle elle a perdu 32 kg, mais en a repris 15 kg. Elle indique ensuite qu'elle a oublié de signaler son mal de dos qui évolue depuis 2007, pour lequel elle bénéficie d'infiltrations chez le Dr F_____. Surtout, l'assurée évoque des douleurs à tout le corps toute la nuit, toute la journée, sans horaire particulier, plus marquées à droite, à une échelle de 10/10 en permanence, 24h./24h. Elle s'estime totalement incapable de travailler comme femme de ménage, et ne se verrait pas faire autre chose, en l'absence de formation. Du point de vue de l'humeur, l'assurée mentionne de brèves pertes de mémoire, une tristesse, sans différence du matin au soir, une fatigue excessive, un manque d'envie et de plaisir, un appétit et un sommeil conservé.

S'agissant des constatations objectives, la mobilité cervicale est complète, la mobilisation des sacro-iliaques est indolore, l'examen des membres inférieurs révèle une diminution de la rotation coxo-fémorale droite en flexion des hanches. Seuls 6 points sur 18 sont positifs à la douleur, soit un critère négatif pour la fibromyalgie. Toutefois, l'importance des handicaps décrits par l'assurée n'est pas plausible, selon l'examen clinique, le diagnostic et l'expérience générale. L'assurée répond positivement à toutes les questions dirigées de l'anamnèse sur le plan algique, y compris s'agissant de douleurs neuropathiques, alors que le test neurologique ne montre pas de déficit, ce qui n'est pas concordant. S'agissant du status psychiatrique, l'assurée est orientée dans le temps et dans l'espace, il n'y a pas de trouble de l'attention ou de la vigilance, ni franche tristesse, ni pleurs, l'assurée peut occasionnellement sourire. Il n'y a pas de signe d'anxiété, ni de signe psychotique.

Les examens radiologiques pratiqués le 8 mars 2011 mentionnent, s'agissant des épaules, des signes d'arthrose acromio-claviculaires à prédominance droite et des genoux, une ébauche ostéophytaire marginale et une épine tibiale externe acérée à gauche mais sans pincement significatif ainsi qu'un important signe d'arthrose fémoro-patellaire gauche sous forme de pincement, de sclérose de part et d'autre et ostéophytose, ainsi qu'une ébauche ostéophytaire de la partie supérieure de la rotule droite. S'agissant de la discussion et de l'appréciation, les experts relèvent que les plaintes procèdent d'un phénomène d'amplification selon Waddell, dans lesquelles on identifie un syndrome douloureux diffus prédominant à l'hémicorps droit. Observée à son insu, l'assurée garde une gestuelle fluide, non limitée et le seul élément reproductif tout au long du status est une insuffisance de la musculature fessière droite, assortie d'une tendinopathie douloureuse d'insertion, qui explique la discrète boiterie et est en lien avec le status après prothèse totale de la hanche, qui présente toutefois une mobilité variable, mais satisfaisante. Le dos présente des atteintes dégénératives étagées, mais il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral ni radiculaire. Il y a des signes de périarthropathies de l'épaule droite et d'une gonarthrose débutante, dont le pronostic n'est pas favorable au vu de l'obésité persistante, le genou gauche est actuellement le seul à être douloureux et limité en flexion, comme le genou droit. Comme l'admet l'expertisée, l'obésité ne l'a pas empêchée de travailler, mais depuis l'opération de la hanche droite, elle est associée à un état de sédentarité qui a impliqué un déconditionnement et l'assurée est gênée lors de la flexion du tronc par son abdomen. On ne peut pas classer l'obésité dans les diagnostics sans effet sur la capacité de travail, car son rachis est atteint d'arthrose, il existe un trouble statique de la ceinture pelvienne par insuffisance des muscles fessiers droits qui provoquent une boiterie à la marche, de sorte que l'abdomen contribue aux impotences fonctionnelles dans ce cas-là.

Dans une activité simple, légère, avec alternance des positions, évitant des longs déplacements, l'assurée garde une capacité de travail partielle, de 60%, soit légèrement plus que ce que retenait le Dr F_____, dès lors qu'un an après son

rapport, il s'avère qu'aucune atteinte neurologique n'a décompensé le rachis et que l'assurée a pu s'accoutumer à sa prothèse de hanche. Du point de vue psychiatrique, l'assurée a présenté des manifestations de dépression essentiellement subjectives et les éléments objectifs de la dépression (tristesse perceptible, ralentissement moteur vocal ou idéique) sont absents ou très peu prononcés. Le diagnostic du trouble dépressif qui correspond le mieux à ce tableau est celui de dysthymie (F34.1), qui est une forme de dépression chronique et modérée. Il existe par ailleurs des épisodes aigus avec dyspnée, arrière-gorge serrée, sensation d'évanouissement et peur de mourir, ils cèdent à la prise de Temesta et le diagnostic de trouble panique (F41.0) peut être retenu. Malgré une part importante de douleurs dépourvues de substrat organique, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas retenu, puisque ces douleurs se produisent dans le contexte d'un trouble dépressif, en l'occurrence la dysthymie, ce qui exclut ce diagnostic selon les critères de la CIM-10. Le trouble dépressif modéré n'occasionne pas d'incapacité de travail ou de diminution de rendement, et le trouble panique, correctement traité, non plus.

En résumé, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont une insuffisance du moyen fessier droit après pose d'une prothèse de hanche pour une coxarthrose (Z44.1), une spondylodiscarthrose sans myélopathie ni radiculopathie (M47.8), une gonarthrose gauche (M17.9), une arthrose acromio-claviculaire droite (M19.9) et une obésité massive (E66.9), la symptomatologie est aggravée linéairement depuis 2007. Les limitations sont les déplacements sur de longues distances ou fréquents, les terrains irréguliers, échelles, escabeaux, sols glissants, charges de plus de 5 kg, activité en porte-à-faux de rachis, station à genou et accroupie, activité des bras en hauteur de manière répétée et activité en flexion maximale du tronc. L'activité de femme de ménage à l'extérieur, sauf à titre occupationnel pour son ménage, qu'elle peut faire à son rythme, est exclue. D'éventuelles mesures de réadaptation seront mises en échec, car l'assurée n'a plus de motivation et met en avant ses empêchements physiques.

9. Selon l'enquête ménagère du 14 novembre 2011, toute la famille vit chez la fille aînée depuis décembre 2009. Le mari est à la retraite, la fille aînée est employée comme secrétaire à 25% et rentre parfois à midi. La fille cadette est employée dans un restaurant et ne rentre jamais à midi. L'appartement comporte une cuisine, deux chambres et un salon. Auparavant, l'assurée avait un appartement de 4 pièces aux Acacias, qu'elle a décidé de quitter en novembre et elle a effectivement déménagé en décembre 2009, après la fin du paiement de son salaire en tant que femme de ménage, soit une perte de revenu de 1'400 fr. dès octobre 2009. Le mari perçoit des rentes pour 2'000 fr. S'agissant des divers travaux ménagers, les empêchements sont les suivants :

	Pondération du champ d'activité	Empêchement	Invalidité
Conduite du ménage : pas d'empêchement.	3%	0%	0%

Alimentation : les travaux sont effectués à tour de rôle au sein de la famille. L'assurée ne peut pas nettoyer la cuisine, sauf le plan de travail. Le taux d'exigibilité des membres de la famille est de 27%.	47%	0%	0%
Entretien du logement : l'assurée peut passer la poussière, nettoyer le lavabo et les WC. Le week-end, les deux filles font le ménage de tout le logement. Le taux d'exigibilité de la famille est de 30%.	20%	37%	7,4%
Emplettes et courses diverses : l'assurée peut faire des emplettes à la COOP, mais n'en a pas très envie. Elle y va également avec ses filles.	10%	0%	0%
Lessive et entretien des vêtements : la fille de l'assurée met les machines en route et pend la lessive, chacun s'occupe de rechercher ses affaires. L'aide exigible est retenue à 30%.	20%	7%	1,4%
Soins aux enfants ou autres membres de la famille	0%	0%	0%
Divers	0%	0%	0%
Total	100%	-	8,8%

Ce sont les deux filles de l'assurée et, éventuellement, son mari qui effectuent les tâches que l'assurée ne fait plus. L'invalidité dans le ménage est de 8,8%.

10. Le degré d'invalidité a été déterminé sur les bases suivantes : revenu d'invalidé, selon ESS 2008, TA1, femme, niveau 4, pour 41.6 heures/semaine, soit 51'368 fr. Réévalué en 2010, à 60%, sans abattement supplémentaire, le revenu s'élève à 31'807 fr. Le revenu sans invalidité est fixé sur la base des rapports des employeurs, le revenu en 2008 s'élevait à 38'220 fr., pour un taux d'activité à 62% (34% chez C _____ et 28% chez des particuliers). Indexé à 2010, le salaire se monte à 38'624 fr. Sur la part professionnelle, l'empêchement est de 18% et dans la tenue du ménage de 8,8% de sorte que le taux d'invalidité est de 14,5%.
11. Par projet du 2 décembre 2011, l'OAI refuse toute prestation à l'assurée, le taux d'invalidité de 20% n'ouvrant aucun droit à un reclassement, l'assurée pouvant, sur demande écrite et motivée, bénéficier d'une aide au placement.

12. L'assurée s'est opposée le 22 décembre 2011 à ce projet, sur la base du rapport circonstancié de son médecin-traitant du 13 décembre 2011. Elle fait valoir que sa condition invalidante est permanente et son incapacité de travail est certaine et qu'il convient qu'un médecin de l'OAI rencontre son médecin-traitant.

Il ressort du rapport de la Dresse D_____ du 13 décembre 2011 que l'assurée souffre de douleurs séquellaires à l'intervention à la hanche, de lombosciatalgies sur discopathie étagées depuis 2007, invalidantes et péjorées par la boiterie due à la coxarthrose, ainsi que par un état dépressif. Il serait donc souhaitable de l'aider à trouver un travail, plutôt qu'une rente. Un second rapport, daté du 22 décembre 2011, est identique s'agissant des diagnostics et de leurs conséquences, mais la Dresse D_____ conclut que, dans son état actuel, il est impossible à l'assurée de travailler, tant les douleurs sont invalidantes.

13. L'assurée a encore produit des rapports d'IRM et d'autres examens mentionnant notamment une protrusion discale avec hernie discale postéro-médiane droite et petits fragments extrusifs venant au contact de la racine L5 droite, une consultation en neurochirurgie étant prévue.
14. La Dresse D_____ atteste d'une aggravation depuis septembre 2011, en raison de douleurs aiguës en coup de poignard, une impossibilité de marcher sur les pointes et les talons, une flexion dorsolombaire impossible (rapport du 13 février 2012). Le Dr I_____, neurologue aux HUG, mentionne le 16 février 2012 que la protrusion discale circonférentielle prédominant en paramédiane gauche est également présente en L4-L5, mais qu'elle est asymptomatique et que les douleurs doivent plutôt être mises sur le compte de la spondylarthrose thoraco-lombaire. Des séances d'infiltration facettaire n'ont qu'un effet mitigé, aucun traitement chirurgical ne peut être envisagé et il faut intensifier le traitement conservateur, physiothérapeutique. La force, les réflexes et la sensibilité sont normaux et la manœuvre de Lasègue est indolore.
15. Selon l'avis de la Dresse J_____, médecin auprès du SMR, du 8 mai 2010, aucune IRM antérieure à celle du 10 janvier 2012 ne permet une comparaison, mais les troubles dégénératifs disco-vertébraux étagés avaient déjà été relevés en 2007. L'examen du neurologue est tout à fait rassurant et l'absence d'indication neurochirurgicale confirme le manque de corrélation entre les plaintes et les images objectivées par l'IRM, car les douleurs ne trouvent pas leur origine dans cette discopathie qui est donc banalisée. Il n'y a donc aucun élément en faveur d'une aggravation manifeste de l'état de santé, l'assurée présente des douleurs chroniques prédominant dans l'étage dorsolombaire, le BREM ayant largement tenu compte des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires en retenant une capacité de travail de 60%.
16. Par décision du 21 mai 2012, l'OAI confirme son projet et refuse une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.

17. Par acte du 21 juin 2012, l'assurée, représentée par un avocat, forme recours contre la décision et conclut, préalablement, à la comparution personnelle des parties, l'audition de son médecin-traitant et à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Principalement, elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité de 82%, subsidiairement à une demi-rente et plus subsidiairement à un quart de rente. Elle fait valoir, en substance, que les rapports de la Dresse D_____ montrent que les douleurs ressenties sont très invalidantes. Les rapports médicaux postérieurs à l'expertise, ainsi que celui du Dr I_____ contiennent des éléments nouveaux dont le BREM n'avait pas connaissance. En ne mentionnant pas les raisons pour lesquelles l'OAI n'a pas tenu compte dans sa décision des rapports médicaux du médecin-traitant et n'a pas admis d'abattement supplémentaire, la décision viole le droit d'être entendu de la recourante, en l'absence de motivation. S'agissant des empêchements dans le ménage, l'OAI ne pouvait pas tenir compte des filles majeures du couple, dès lors que la famille vit sous le même toit de façon provisoire, en raison de problèmes financiers. S'agissant des empêchements, le poste alimentation doit être pondéré à 50%, avec un empêchement de 50%, soit un taux d'invalidité de 23,5%. S'agissant de l'entretien du logement, la pondération de 20% n'est pas contestée, mais l'empêchement est de 95%, ce qui implique un taux d'invalidité de 19%. Pour la lessive, la pondération de 20% est admise, l'empêchement est de 50%, soit un taux d'invalidité de 10%. Globalement donc, l'empêchement de la recourante dans l'accomplissement de ses tâches ménagères est de 52,5%. L'empêchement professionnel étant de 100% sur une part de 62% et l'empêchement ménager de 52,5% sur une part de 38%, c'est un taux d'invalidité global de 82% qui doit être retenu. Subsidiairement, en retenant une capacité de travail de 50%, sur la base du tableau T1 des ESS, avec un abattement supplémentaire de 25%, le taux d'invalidité est de 51%, ou de 45%, sur la base d'un taux d'activité de 60%.
18. Par pli du 16 juillet 2012, l'OAI conclut au rejet du recours, à défaut de violation du droit d'être entendu, la motivation d'une décision pouvant être implicite et en raison du fait que l'avis de l'expert est convaincant, celui du médecin-traitant devant être écarté eu égard à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral en la matière. Aucun abattement ne se justifie, aucune formation ou expérience particulière n'étant exigées dans les secteurs de la production et des services qui proposent un large éventail d'activités simples et répétitives. Au demeurant, l'enquête ménagère est probante et la recourante ne conteste pas la description faite dans le rapport, ni la pondération des différents champs d'activité, mais se contente de remettre en question l'évaluation des empêchements. Quant à l'exigibilité des membres de la famille, de 30%, elle participe à l'obligation de réduire le dommage et est raisonnable, compte tenu du fait que la famille partage le même appartement. Finalement, les résultats de l'enquête ménagère concordent avec les conclusions des experts du BREM. S'agissant du revenu sans invalidité, c'est le TA1, et non pas le T1 de l'ESS 2010 qui doit être pris en compte.

19. Dans le délai fixé au 28 août 2012 pour consulter les pièces et se déterminer, l'assurée n'a pas déposé d'observations.
20. Lors de l'audience de comparution personnelle du 30 octobre 2012, l'assurée a indiqué qu'elle n'est pas suivie régulièrement par un psychiatre, ayant vu précédemment le Dr K_____ avec lequel elle entend reprendre rendez-vous, de sorte que c'est sa généraliste, la Dresse D_____, qui lui prescrit les antidépresseurs. Avant d'être malade, et alors qu'elle travaillait seulement pour C_____, ses deux filles vivaient à la maison et aidaient le couple à payer le loyer. L'aînée a quitté la maison en juillet 2008. Le mari de l'assurée était alors déjà à la retraite, après avoir été à l'AI. Lorsqu'elle a perdu son emploi auprès des particuliers, en raison de son état de santé, le couple n'a plus été en mesure d'assumer le loyer, son salaire de C_____, les rentes de son mari et le salaire d'apprentie de la cadette n'y suffisant pas, l'assurée ne pouvant pas indiquer le montant du loyer car elle ne parvient plus à se souvenir de ce genre de choses. Le couple a alors emménagé chez sa fille aînée, dans un appartement comportant un grand salon, une cuisine, deux chambres à coucher et un grand hall. Chaque fille a une chambre et le couple dort au salon. La cadette travaille à 100 % dans un restaurant comme aide de cuisine et l'aînée est, selon ce que croit l'assurée, au chômage et en partie salariée à un taux d'activité inconnu mais en tout cas pas à 100 %.

Sans avoir concrètement cherché un logement, l'assurée indique qu'elle souhaiterait pouvoir vivre seule avec mon mari, dont la rente AVS s'élève à 1'400 fr. et la rente LPP à 900 fr.. Ce sont effectivement ses filles qui font l'essentiel du ménage et de la lessive. Sa fille aînée fait les grandes courses en voiture le week-end et l'assurée effectue les petites courses avec son mari durant la semaine. S'agissant de la lessive, c'est sa fille aînée qui met en route les machines et chacun s'occupe de plier ses affaires. S'agissant de la cuisine, l'assurée ne peut pas rester longtemps dans la même position, mais si elle peut bouger, elle est capable de laver les légumes, de les éplucher et de cuisiner. L'assurée précise qu'elle souffre encore plus qu'avant l'opération et estime être totalement incapable de travailler, même dans une activité légère. Il est donc inutile de tenter d'obtenir une orientation, voire un stage ou une aide au placement.

A l'issue de l'audience, un délai a été fixé à l'OAI pour sa détermination s'agissant d'un abattement sur le salaire compte tenu de l'âge de l'assurée, de la durée de l'activité comme nettoyeuse et des autres facteurs de la jurisprudence, pour produire le calcul du taux d'invalidité (pièce 61 illisible) et des explications complémentaires s'agissant de la prise en compte de l'aide exigible des membres de la famille dans le cadre de l'enquête ménagère.

21. Les derniers rapports médicaux des Dr D_____, I_____ et du SMR ont été soumis à la Dresse G_____, qui a indiqué le 15 novembre 2012 qu'il ne lui apparaissait pas d'aggravation significative par rapport à ce qui était connu, lors de l'expertise du 13 septembre 2011, l'assurée ayant déjà été soignée pour ses

discopathies. L'expert partage l'avis du SMR du 8 mai 2012, car elle a en effet déjà tenu compte des limitations fonctionnelles prenant en compte une problématique rachidienne telle que celle qui a été réévaluée par l'IRM lombaire du 10 janvier 2012. Les lésions de Modic au stade II-III confirment une atteinte ancienne, non congestive actuellement.

22. L'OAI a précisé par pli du 20 novembre 2012 que le calcul initial du taux d'invalidité était erroné et a transmis un nouveau calcul du 2 novembre 2012. En effet, il convenait de tenir compte d'un abattement de 10% et non pas d'une diminution de rendement. Ainsi, le taux d'empêchement dans la sphère professionnelle est de 25,5%. Le revenu avec invalidité est fondé sur ESS 2010, TA1, femmes, total, niveau 4, pour 41.6 heures/semaine, pour un taux d'activité de 60%, (31'637 fr.) avec un abattement de 10%, soit 28'473 fr. Le revenu sans invalidité est de 38'220 fr. en 2008 selon les rapports des employeurs, sans réévaluation à 2010. S'agissant de l'enquête ménagère, le taux d'exigibilité est simplement déduit de l'empêchement retenu pour chaque activité. Ainsi, pour le poste "lessive et entretien", la pondération est de 20% et l'empêchement de 37%. Compte tenu de l'exigibilité de la famille à hauteur de 30%, l'empêchement est réduit à 7%. L'OAI précise qu'il convient de corriger le poste 6.3 (entretien du logement). La pondération est de 20%, l'empêchement de 71%, puis en tenant compte d'une exigibilité de la famille de 30%, le taux d'empêchement effectif est de 41%, et non pas de 37%, de sorte que le taux d'invalidité pour ce poste est de 8,2%. Le taux d'invalidité global pour le ménage est désormais de 9,6%. Ainsi, pour tenir compte de la pondération professionnelle et ménagère, le taux d'invalidité est de 19,5%, arrondi à 20%. En l'espèce, la recourante ne souhaite pas bénéficier de mesures d'ordre professionnel, ce qui a été relevé par l'expert et confirmé en audience, de sorte que de telles mesures professionnelles, voire une aide au placement, ne sont pas envisageables.
23. Le rapport de la Dresse G_____ et la détermination de l'OAI ont été transmises aux parties, pour détermination, celles-ci étant informées que la cause était gardée à juger le 20 décembre 2012.
24. Par mémoire du 20 décembre 2012, l'assurée s'est déterminée sur plusieurs points. En premier lieu, s'agissant de l'avis de la Dresse G_____, elle relève que cette dernière s'est contentée d'exclure une aggravation de l'état de santé physique, sa réponse étant par ailleurs incomplète, car elle ignore le rachis dégénératif, pourtant relevé par le Dr I_____ et que la Dresse D_____ a également relevé une aggravation de l'état dépressif, étant encore précisé que l'experte n'a vu la recourante qu'à une seule reprise, à la différence des autres médecins cités. L'OAI ne peut donc pas s'écarter des rapports et certificats médicaux des Drs D_____ et E_____ et se baser uniquement sur l'expertise du BREM qui est en contradiction avec ceux-ci. En deuxième lieu, l'assurée indique qu'elle ne conteste pas la méthode de calcul employée par l'OAI dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage. Elle fait valoir qu'elle souhaiterait pouvoir vivre seule avec son mari, un tel

déménagement étant impossible, dans la mesure où les revenus du couple ne le leur permettent pas, ce qui les contraint à dormir dans le salon de l'appartement de leur fille aînée. Cette situation n'est toutefois pas tenable, de sorte que l'exigibilité à hauteur de 30% retenue par l'OAI ne peut pas être admise, l'OAI n'explicitant par ailleurs pas ce pourcentage. En dernier lieu, s'agissant du taux d'empêchement dans la sphère professionnelle, l'OAI aurait dû retenir un abattement maximal de 25%, compte tenu de l'âge de l'assurée, du fait qu'elle n'a pas exercé d'activité depuis trois ans, qu'elle n'a aucune formation professionnelle et peut uniquement travailler à temps partiel, le critère des limitations fonctionnelles n'étant pas seul déterminant.

25. Par pli du 20 décembre 2012, l'OAI a relevé que l'experte confirmait que l'état de santé de l'assurée n'avait pas subi d'aggravation, de sorte que l'évaluation du SMR du 8 mai 2010 (recte 2012) était confirmée. S'agissant de l'exigibilité de la famille, elle était conforme à la jurisprudence, compte tenu du fait que l'une des filles était au chômage, que le mari était à la retraite, étant rappelé qu'il fallait se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle ne pouvait recevoir de prestations d'assurance.
26. Il ressort du registre de l'Office cantonal de la population que toute la famille a été domiciliée à la rue Caroline 28 depuis 1998. La fille aînée a quitté le domicile familial en juillet 2008 et après deux brefs séjours de 6 et 11 mois à deux adresses successives, chez des particuliers ou en sous-location, elle a emménagé le 1er novembre 2009 au chemin L_____, 1_____, rejointe par le reste de la famille le 15 décembre 2009.
27. Les parties ont été informées que la cause était gardée à juger le 3 janvier 2012.
28. L'assurée a encore indiqué le 8 janvier 2013 qu'elle avait été contrainte d'emménager chez sa fille, mais que cela était provisoire, de même que le chômage de l'une de ses filles de sorte que les critères retenus par l'OAI pour l'aide de la famille au ménage n'étaient pas pertinents.
29. Par arrêt du 5 février 2013, la Cour de céans a rejeté le recours. L'expertise était probante, de sorte qu'il était établi que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 60% dans une activité légère, le statut mixte n'étant pas contesté. Le taux d'invalidité du point de vue professionnel était de 34,4%. L'enquête sur le ménage était probante et avait tenu compte de façon généreuse des limitations. Au surplus, l'aide exigible retenue des membres de la famille tenait compte de la situation concrète de la famille de l'assurée et était conforme à la jurisprudence de sorte que l'empêchement ménager était de 9,6%. Au total donc, le taux d'invalidité de 24,98% n'ouvrait pas le droit à une rente et les mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, eu égard au fait que l'assurée s'estimait totalement incapable de travailler. Au surplus, si l'assurée ne faisait plus ménage commune avec ses deux filles à l'avenir, une demande de révision pouvait être déposée.
30. Saisi d'un recours de droit public le 11 mars 2013, le Tribunal fédéral a été informé par la Cour de céans le 15 mars 2013 de ce que l'un des assesseurs ayant siégé lors

de la délibération de l'arrêt cantonal du 5 février 2013 ne remplissait alors plus l'une des conditions d'éligibilité, à savoir l'exercice des droits politiques à Genève, puisqu'il était domicilié dans le canton de Vaud.

A la demande du Tribunal fédéral, la Cour de céans a déposé le 7 juin 2013 des observations concernant la régularité de la composition ayant statué.

31. Par arrêt du 18 février 2014, le Tribunal fédéral a admis le recours et renvoyé la cause à la Cour de céans afin qu'elle statue dans une composition conforme à la loi.
32. Un délai a été fixé aux parties pour se déterminer sur cette question.
 - a) Par pli du 11 mars 2014, l'OAI s'en est rapporté à justice.
 - b) Par pli du 18 mars 2014, l'assurée a conclu à ce que la procédure soit reprise *ab initio*, à l'administration de nouveaux moyens de preuve, en particulier une expertise complémentaire et la production de nouveaux certificats médicaux, vu le temps écoulé depuis l'arrêt du 5 février 2013 et à ce que l'ensemble des preuves administrées lors de la procédure ayant conduit à l'arrêt du 5 février 2013 soient écartées du dossier, puisqu'elles ont été administrées par une autorité qui n'était pas composée conformément à la loi.
33. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement

déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de la LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2008 et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le taux d'invalidité de l'assurée, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle, sur les empêchements ménagers et l'aide exigible de la famille.
6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

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

d) Il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

7. a) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part

respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

b) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

La tenue d'un ménage privé permet des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (ATF non publié du 13 avril 2005, I 593/03, consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également

le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1er LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées). Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, un empêchement ne peut être pris en compte que si la personne handicapée ne parvient plus à exécuter la tâche en question et si cette tâche doit être confiée à des tiers rétribués ou à des proches qui enregistrent de ce fait une perte de gain ou pour lesquels cela représente une charge disproportionnée (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Zurich 1997, p. 223).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle, 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 LPG; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

8. Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Le niveau 4 de qualification des ESS s'applique en principe à toutes les assurées 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'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il

recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF non publié 9C_444/2010 du 20 décembre 2010, consid. 2.3). On ajoutera enfin que le Tribunal fédéral a rendu une décision de principe, selon laquelle il convient de ne pas prendre en considération les données salariales régionales telles qu'elles ressortent de la table TA13 de l'ESS lors de la détermination du revenu hypothétique d'invalidité (GG 10111/05). Cette décision de principe vaut également pour les données issues des « salaires d'usage par branche dans 7 régions suisses » de l'USS (ATF non publié du 22 août 2006, I 424/05). On rappellera en outre qu'il est tenu compte des empêchements propres à la personne de l'invalidité dans le cadre d'une évaluation globale, pouvant aboutir à un abattement maximum de 25%, destinée à déterminer un revenu qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'assuré (ATF 126 V 75 consid. 5).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

9. 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). 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).
10. En l'espèce, l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte n'est à juste titre pas contestée, l'assurée ayant travaillé en dernier lieu à 62 %, de sorte qu'il convient d'examiner séparément les conséquences de l'atteinte à la santé sur l'activité professionnelle et ménagère, puis procéder à une comparaison des revenus sur le plan professionnel.

En premier lieu, la Cour retient que l'expertise pratiquée par les Drs G_____ et H_____ est probante. Elle est fondée sur l'ensemble des pièces du dossier, tient compte et relativise les plaintes de la patiente eu égard à l'absence de signe algique spontané et à la majoration des symptômes relevée par les deux experts, et procède à des constatations objectives somatiques et psychiatriques précises, tout en

commentant les imageries et leur évolution. Du point de vue somatique, l'experte relève l'absence de déficit neurologique et contrairement à ce que soutient l'assurée, elle a tenu compte de l'atteinte dégénérative du rachis. De même, le rapport du Dr I_____ confirme l'existence des atteintes dégénératives étagées du dos déjà relevées par l'experte et leurs deux avis se rejoignent sur l'absence de syndrome radiculaire, preuve en est que le Dr I_____ écarte l'éventualité d'une intervention, mais préconise seulement la poursuite du traitement conservateur. Le SMR relève ainsi à juste titre qu'il n'y a pas d'aggravation significative de l'état de santé, ce que l'experte a clairement confirmé, en particulier du point de vue lombaire. Pour le surplus, les conclusions des experts sont motivées et nuancées. Ils retiennent ainsi une totale incapacité de travail en tant que nettoyeuse, mais une capacité de travail de 60% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précisément décrites. A cet égard, l'avis du Dr F_____ de mai 2010 n'est pas divergent, dès lors qu'il retient une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle semble-t-il, donc a fortiori dans une activité adaptée, en relevant un potentiel d'amélioration de cette capacité. Quant au Dr E_____, il estime comme l'experte que l'activité habituelle n'est plus exigible, mais qu'une activité permettant l'alternance des positions est possible, sans se prononcer sur le taux de cette capacité de travail résiduelle. Les avis de la Dresse D_____ ne peuvent pas être pris en considération, ne serait-ce que parce que sur la base de constatations strictement identiques, elle préconise d'abord d'aider sa patiente à retrouver du travail (13 décembre 2011) puis affirme une totale et complète incapacité dans toute activité (22 décembre 2011), sans aucune motivation. De même, son appréciation de la capacité de travail de sa patiente et l'aggravation retenue sont uniquement fondées sur les plaintes de l'assurée, sans substrat organique, comme relevé par l'experte et le Dr I_____. Du point de vue psychiatrique, aucune atteinte invalidante n'a été retenue, l'assurée n'est d'ailleurs pas suivie et l'aggravation de la dépression relevée uniquement par la Dresse D_____ n'est pas documentée. Il est donc établi que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 60% dans une activité légère, adaptée à ses limitations.

En deuxième lieu, la recourante ne conteste que le salaire avec invalidité. Celui sans invalidité correspond au salaire réalisé en 2008 (38'220 fr.) réévalué à 2010 (38'624 fr.), ce qui est à son avantage, car jusqu'en 2008, elle ne travaillait que pour C_____ SA pour un revenu de l'ordre de 24'000 fr. A cet égard, on ne discerne pas pourquoi l'OAI ne réévalue plus en 2010 le revenu 2008, dans son calcul du 2 novembre 2012, alors qu'il le faisait conformément à la jurisprudence constante, à l'appui de la décision litigieuse. Celui avec invalidité est fondé sur l'ESS 2008, TA1, général, niveau 4 réévalué à 2010, à 60% (31'637 fr), ce qui est aussi conforme à la jurisprudence, qui exclut le recours à des tables plus spécifiques. L'OAI a retenu un abattement de 10% dans son nouveau calcul du 2 novembre 2012. Compte tenu de l'âge de l'assurée lors de la décision (54 ans), du fait qu'elle exerce la même activité de nettoyeuse depuis 27 ans, de l'activité légère seule possible et des limitations fonctionnelles, critères retenus par l'OAI, un abattement de 20% et non pas seulement de 10% se justifie, de sorte que le revenu avec

invalidité est de 25'310 fr. Le taux d'invalidité du point de vue professionnel est donc de 34,4 %.

En troisième lieu, la Cour estime que l'enquête sur le ménage est également probante. L'enquêtrice a tenu compte des limitations de l'assurée dans tous les domaines concernés, de façon relativement généreuse, en conformité des constatations médicales. Après les correctifs apportés par l'OAI le 20 novembre 2012, il s'avère ainsi que des empêchements retenus sont de 71% pour le nettoyage, 37% pour la lessive et de 27% pour l'alimentation. La recourante n'expose pas en quoi ces constatations seraient inexactes, étant précisé que les limitations fonctionnelles médicalement retenues ne l'empêchent pas de passer la poussière et nettoyer les lavabo et toilettes (71% d'empêchement retenus correspondent à la majeure partie du ménage); étendre la lessive, la plier et la ranger (37% d'empêchement retenus sont suffisants pour remplir, vider la machine et repasser ce qui doit l'être); faire des courses légères, éplucher et couper les légumes, cuisiner, nettoyer la table et le plan de travail, remplir la machine, faire une vaisselle légère, soit l'essentiel de l'alimentation, seul le nettoyage de la cuisine étant exclu (27% d'empêchement retenus). Il apparaît ainsi que les empêchements ont été correctement évalués.

A cela s'ajoute que les explications complémentaires de l'OAI ont permis de déterminer précisément comment l'aide de la famille est calculée, ce qui est tout à fait cohérent. On retranche de l'empêchement de l'assurée, la part de l'activité que l'un ou l'autre des membres de la famille peut effectuer (71% - 30%; 37 %- 30% et 27% - 27%).

La recourante conteste l'aide exigible retenue pour les membres de la famille pour deux motifs. D'une part, elle fait valoir que la vie commune avec ses filles n'est que provisoire et liée à sa situation économique. Elle a indiqué que les deux filles aidaient déjà au paiement du loyer familial avant 2008 (CP de comparution personnelle) et il est possible que le salaire afférent au second emploi de l'assurée dès février 2008 ait permis - ou nécessité - le départ de l'aînée du domicile conjugal en juillet 2008. Sans remettre en cause les difficultés financières éprouvées lorsque le paiement du salaire de femme de ménage a pris fin (octobre 2009) et le souhait de l'assurée (et vraisemblablement de ses filles) de vivre indépendamment, il s'avère toutefois que le déménagement du reste de la famille (15 décembre 2009) a pratiquement été concomitant avec la date à laquelle l'aînée a trouvé un logement indépendant (novembre 2009), alors que la taille des deux logements est similaire et que la mémoire défaillante de l'assurée s'agissant du coût respectif des loyers et des revenus de ses filles est étonnante, car elle connaît précisément les revenus de son mari. Surtout, c'est la situation familiale concrète qui est déterminante et aussi longtemps que l'assurée et son époux vivent avec leurs deux filles, il est exigible de celles-ci qu'elle participent de façon étendue au ménage, conformément à la jurisprudence assez stricte à ce sujet. Ainsi, 30% d'exigibilité pour deux jeunes femmes, qui ne sont pas atteintes dans leur santé, est tout à fait raisonnable et ce

n'est que lorsqu'elles ne feront plus ménage commun avec leurs parents qu'une demande de révision pourra être déposée pour ce motif. D'autre part, l'assurée indique que le chômage de sa fille aînée est provisoire, de sorte que l'exigibilité sera ensuite moindre. Cela n'est pas établi, car les 30% retenus se répartissent entre les deux filles et l'époux de l'assurée, étant rappelé que ce sont essentiellement les travaux de ménage, une partie de la lessive et une partie de l'alimentation qui leur est dévolue, activités qui peuvent être effectuées le soir et le samedi, en alternance entre les membres de la famille et qui, même en l'absence de l'assurée qui occupe le salon, devraient être faites par les deux filles. La Cour retiendra ainsi le taux d'invalidité ménager admis par l'enquête tel que corrigé par l'OAI de 9,6%.

Au total donc le taux d'invalidité se calcule ainsi :

- part professionnelle : $62\% \times 34,4\% =$	21,33%,
- part ménagère : $38\% \times 9,6\% =$	3,65%,
- total :	24,98%.

Au vu de ce taux d'invalidité, l'assurée pourrait théoriquement prétendre à une mesure de reclassement, voire à une autre mesure professionnelle, mais il n'est pas nécessaire d'examiner si les autres conditions en sont réalisées, dès lors que l'assurée s'estime totalement incapable de toute activité et qu'elle a refusé la proposition faite par la Cour de tenter une orientation et une aide au placement lors de la comparution personnelle.

Pour le surplus, ce taux d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

11. a) L'art. 30 al. 1 Cst. garantit à toute personne dont la cause doit être jugée dans une procédure judiciaire que sa cause soit portée devant un tribunal établi par la loi, compétent, indépendant et impartial. Les tribunaux d'exception sont interdits. Il découle de l'art. 30 al. 1 Cst. et 6 § 1 CEDH, un droit à une composition correcte de l'autorité judiciaire (ATF 127 I 128 consid. 3c ; 125 V 499 consid. 2a ; 117 Ia 166 consid. 5a).

Cette disposition interdit la mise en œuvre de juges ad hoc ou ad personam et exige dès lors, en vue d'empêcher toute manipulation et afin de garantir l'indépendance nécessaire, une organisation judiciaire et une procédure déterminées par un texte légal (ATF 131 I 31 consid. 2.1.2.1 ; 123 I 49 consid. 2b). De manière constante, le TF admet que la composition irrégulière d'une autorité de recours constitue une cause d'annulabilité du jugement qui a été rendu. Tel est le cas lorsqu'un juge participe à une décision, alors que sa nomination n'est pas valable faute d'une condition d'éligibilité (exigence du domicile dans le canton), car la composition du collège des juges n'est pas conforme aux dispositions légales, dès lors qu'y siège un juge non valablement élu selon la loi (ATF 136 I 207 consid. 5.6, JdT 2011 II 435).

A Genève, les juges assesseurs sont des magistrats de l'ordre judiciaire au sens de l'art. 132 de la Constitution de la République et canton de Genève du 24 mai 1847 (Cst-GE - A 2 00) (ATF 130 I 106 consid. 2.1). Ils doivent remplir les conditions

d'éligibilité prévues par l'art. 5 al. 1 LOJ, sauf celles de la titularité du brevet d'avocat et des 3 ans de pratique professionnelle utile au poste (art. 5 al. 2 LOJ). Tout juge assesseur doit donc, pour être éligible, avoir l'exercice des droits politiques dans le canton de Genève (art. 5 al. 1 let. b LOJ) et être domicilié dans le canton de Genève (art. 5 al. 1 let. c LOJ). Lors de l'adoption de la LOJ, le 26 septembre 2010, le législateur a prévu que les magistrats déjà en fonction au moment de l'entrée en vigueur de la loi et ne remplissant pas la condition exigée par l'art. 5 al. 1 let. c LOJ n'y étaient pas soumis (art. 144 al. 8 LOJ).

b) L'art. 30 Cst. n'exige pas nécessairement que l'autorité judiciaire appelée à statuer soit composée des mêmes personnes tout au long de la procédure, notamment pour l'audition des témoins et pour le jugement (8C_383/2009 du 2 juillet 2009, consid. 2.2 ; ATF 117 Ia 133 consid. 1e ; 96 I 321 consid. 2a). La modification de la composition de l'autorité judiciaire en cours de procédure ne constitue donc pas en tant que telle une violation de l'art. 30 Cst. (4A_325/2007 du 15 novembre 2007 consid. 2.3; ATF 96 I 321 consid. 2a). Elle s'impose nécessairement lorsqu'un juge doit être remplacé par un autre ensuite de départ à la retraite, d'élection dans un autre tribunal, de décès ou en cas d'incapacité de travail de longue durée (arrêt 4A_325/2007 du 15 novembre 2007 consid. 2.3).

La LPA prévoit la possibilité de demander l'annulation des opérations auxquelles a participé une personne tenue de se récuser (au plus tard 5 jours après avoir eu connaissance du motif de récusation) et pour autant que la procédure ne soit pas clôturée (art. 15B al. 1 et 3 LPA), mais elle ne prévoit pas une telle possibilité pour les actes de procédure effectués par un tribunal composé irrégulièrement.

Qui plus est, il y a motif à révision d'une décision définitive lorsqu'il apparaît que « la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne [...] » (art. 80 let. e LPA). Par conséquent, le fait qu'un tribunal composé irrégulièrement ait uniquement procédé à des actes de procédure, n'est pas un motif de révision, ni un motif d'annulation du jugement, encore moins d'annulation des actes de procédure.

Enfin, suite à l'invalidation de l'élection des juges assesseurs, le TFA a constaté, dans plusieurs causes pendantes, que ces juges assesseurs avaient « participé à la procédure et à la décision ». Le TFA a annulé les jugements querellés et renvoyé les causes au TCAS, uniquement pour qu'il « statue à nouveau dans une composition conforme à la loi » (p. ex. I 810/03 du 2 avril 2004 ; I 144/04 du 11 mai 2004). Suite au renvoi du TFA, le Tribunal des assurances sociales a rendu des nouveaux jugements dans une composition conforme à la loi, sans renouveler les audiences d'instruction qui avaient été effectuées précédemment (p.ex. A/1518/2001 ; A/1453/2002 ; A/1429/2001).

12. En l'espèce, l'absence de domicile dans le canton de l'un des assesseurs qui a siégé lors de la délibération a eu pour conséquence que la Cour de céans a statué dans une composition irrégulière, ce qui a justifié l'annulation de l'arrêt du 5 février 2013. Il n'y a pas lieu d'y revenir. Par contre, l'absence de domicile dans le canton de l'un

des assesseurs lors de l'audience de comparution personnelle du 30 octobre 2012, seul acte d'instruction, n'entache le procès-verbal de l'audience d'aucun vice ou défaut formel qui exigerait que l'instruction soit reprise *ab initio* comme le soutient l'assurée. La situation pourrait être différente dans le cas d'un assesseur qui aurait dû se récuser, en raison de ses liens avec l'une des parties, voire très éventuellement dans celui d'un assesseur qui aurait siégé en étant dépourvu des qualifications professionnelles exigées pour cette fonction. Si le Tribunal fédéral (cf. notamment arrêt I 688/03 du 15 mars 2004) a jugé que, bien que l'assesseur puisse être élu ou réélu après le jugement, cela ne guérit pas l'informalité de sorte que seul un nouveau jugement rendu par un Tribunal correctement établi permet de rétablir une situation conforme au droit, il n'a jamais retenu que tel serait le cas de l'audience et du procès-verbal établi à cette occasion. Contrairement à ce que soutient l'assurée, trois juges ont ainsi valablement siégé et entendu les parties lors de l'audience de comparution.

Au surplus, il ne se justifie pas d'ordonner une nouvelle instruction médicale pour établir l'évolution de l'état de santé de l'assurée postérieurement à la décision de l'OAI du 21 mai 2012, dans la mesure où, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, de sorte que les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ainsi, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

Finalement, à nouveau domicilié dans le canton de Genève, l'assesseur en question a été réélu par le Grand Conseil en juin 2013 déjà et siège à nouveau régulièrement depuis lors au sein de la Chambre de céans.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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