

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2218/2018

ATAS/326/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 avril 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHATELAINE, représentée par
PROCAP pour personnes avec handicap

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1961, de nationalité portugaise, titulaire d'un permis C, mariée, mère de deux enfants nés en 1984 et en 1992, a exercé une activité d'employée d'entretien pour B_____ S.A. depuis le 1^{er} janvier 2011, à 100 %.
2. Dès le 1^{er} novembre 2012, elle a été en arrêt de travail, certifié par le docteur C_____, FMH médecine générale, en raison de lombalgie sur hernie et atteinte lombaire dégénérative. L'assurée a bénéficié d'une indemnité journalière perte de gain maladie versée par l'ALLIANZ Suisse société d'assurance S.A. (ci-après : l'Allianz).
3. Les 16 janvier et 6 février 2013, le docteur D_____, FMH neurochirurgie, a attesté de traitements conservateurs très partiellement efficaces ; l'assurée présentait un status lombo-discarthrosique lombaire multi étagé couplé à des protrusions foraminale gauches expliquant bien la symptomatologie. Un geste chirurgical était à discuter.
4. Le 8 avril 2013, l'assurée a déposé une demande de prestation d'invalidité.
5. A la demande de l'Allianz, le CEMed (docteur E_____, FMH rhumatologie) a rendu une expertise le 18 avril 2013.

L'assurée se plaignait de douleurs lombaires médianes diffuses ; elle présentait une lombo-discarthrose étagée de L2-L3 à L4-L5, avec des débords foraminaux à tous les étages prédominant à gauche, sans net conflit radiculaire, ainsi qu'une discopathie inflammatoire au niveau L2-L3 et dans une moindre mesure en L4-L5 et une arthrose des facettes articulaires. La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité ; il était possible d'envisager une activité adaptée, principalement en position assise avec possibilité d'alterner les positions assise/debout, sans port de charge et sans position contraignante pour le dos.

6. Le 23 avril 2013, l'Allianz a informé l'assurée qu'elle cesserait le versement de l'indemnité journalière au 22 août 2013.
7. Le 26 avril 2013, la Doctoresse F_____, FMH médecine interne, maladie rhumatismales, a rempli un rapport médical AI attestant de rachialgies, lombocuralgies gauche (troubles de la statique et dégénératifs) ; elle suivait l'assurée depuis novembre 2012 ; l'activité exercée n'était plus exigible ; un bilan d'ergothérapie était justifié pour déterminer dans quel type d'activité elle pourrait être réadaptée.
8. Le 13 mai 2013, le Dr C_____ a attesté de symptôme résistant aux traitements ; la capacité de travail comme nettoyeuse était nulle depuis le 1^{er} novembre 2012 et à évaluer avec un avis neurochirurgical dans une activité adaptée.

9. Le 17 mai 2013, la consultation ambulatoire du Service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) a prescrit des investigations radiologiques.
10. L'assurée a été licenciée pour le 31 mai 2013.
11. L'OAI a proposé le 4 juin 2013 la prise en charge d'une mesure « deuil et résilience » et par la suite une orientation professionnelle.
12. Par communication du 18 juin 2013, l'OAI a pris en charge les frais d'un accompagnement/thérapie du lien.
13. Le 30 juin 2013, la Dr C_____ a écrit à l'Allianz que la situation n'était pas clarifiée au point de vue médical et que la capacité de travail n'était pas entière dans une activité adaptée, de sorte qu'il convenait de revoir la décision de mettre fin à l'indemnité journalière.
14. Le 31 juillet 2013, le Dr E_____ a écrit à l'Allianz que les constatations radio-cliniques des neurochirurgiens des HUG étaient globalement identiques à celles décrites dans l'expertise et qu'une activité adaptée à temps partiel pouvait être envisagée.
15. Le 27 août 2013, le Dr C_____ a indiqué qu'une activité adaptée n'était envisageable que si elle n'était pas délétère pour la région lombaire.
16. Le 27 août 2013, le docteur G_____, FMH neurochirurgie, a attesté de lombalgies chroniques avec exacerbation depuis un an, irradiation claudicative dans la cuisse gauche antéro latéralement, discopathies étagées L1-L2 à L4-L5, protrusives, avec rétrécissement canalaire, aspect inflammatoire aigu L2-L3 à gauche (IRM du 18 octobre 2012). Une intervention chirurgicale n'était pas exclue.
17. Le 3 octobre 2013, le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail totale depuis le 3 octobre 2013, dans une activité qui ne soit pas délétère pour la région lombaire.
18. Le 10 octobre 2013, la consultation du rachis complexe des HUG a attesté de persistance de lombalgie avec irradiation dans les deux cuisses, jusqu'aux genoux.
19. Selon une note de travail IP du 14 octobre 2013, l'assurée avait remis un certificat de reprise au chômage selon conseil « d'ALV » et, médicalement, elle allait rencontrer ses médecins pour une éventuelle intervention chirurgicale.
20. Le 8 novembre 2013, le Dr C_____ a attesté du fait que l'assurée pouvait effectuer une activité professionnelle pour autant qu'elle ne soit pas délétère pour la région lombaire (éviction de ports de charges et flexions antero-postérieures répétées) et que la capacité de travail était totale depuis le 3 octobre 2013.
21. Le 24 novembre 2013, la Dresse H_____ a attesté d'une aggravation des lombalgies depuis mai / juin 2013.

22. Par communication du 26 novembre 2013, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a constaté que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.
23. Par communication du 19 décembre 2013, l'OAI a pris en charge un cours de bureautique.
24. Le 7 janvier 2014, l'assurée s'est inscrite, sur proposition du 12 décembre 2013 du Service de rhumatologie des HUG, au programme de réhabilitation fonctionnel intensif PRODIGE des HUG.
25. Le 26 janvier 2014, le Dr C_____ a attesté d'un état de santé stationnaire, avec des lombalgies durables. La capacité de travail était nulle comme nettoyeuse et l'évaluation d'une capacité de travail dans une activité adaptée relevait d'une « question d'expertise ».
26. Le 20 mars 2014, le Dr C_____ a informé l'OAI que l'assurée avait gagné en force et musculairement avec le programme du dos mais présentait une exacerbation des douleurs lombaires.
27. Le 21 mars 2014, le docteur I_____, chef de clinique médecine physique et réadaptation, programme dos PRODIGE, a estimé que les objectifs fixés étaient atteints, sans toutefois d'amélioration des douleurs, et encouragé l'assurée à reprendre une activité de garde d'enfants à 50 %.
28. Le 31 mars 2014, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que l'IRM du 27 mars 2014 de la colonne lombaire montrait une nette aggravation, soit une forte péjoration du status par rapport à ce qui figurait sur l'examen IRM de la colonne lombaire réalisé le 18 octobre 2012, avec aggravation de la discarthrose L2-L3, ainsi que la réaction inflammatoire d'accompagnement qui intéressait la partie latérale gauche des corps vertébraux et qui s'étendait au canal de conjugaison et à la racine L2 gauche. En L4-L5, il existait une discarthrose, avec réaction inflammatoire modérée. Cette discarthrose était actuellement majeure de même que la réaction médiane, paramédiane foraminale et extra-foraminale droite exerçant une contrainte sur la racine L4 droite responsable de la symptomatologie de sciatalgies actuelles. L'œdème qui accompagnait cette discarthrose s'étendait de façon majeure au canal de conjugaison droit et aux parties molles qui circonscrivent le massif articulaire postérieur droit.
29. Le 31 mai 2014, la Dresse H_____ a attesté d'une aggravation de la discarthrose (clinique et radiologique) depuis début 2014 entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité.
30. Le 23 juin 2014, le Dr D_____ a attesté d'une péjoration substantielle des discopathies (selon IRM) justifiant une indication opératoire.
31. Le 6 juillet 2014, le Dr C_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis février 2014 avec l'exacerbation des lombalgies mécaniques.

32. Le 3 octobre 2014, l'assurée a été opérée aux HUG par les docteurs J_____, médecin adjoint agréé, et K_____, médecin interne (abord transmusculaire pour ablation d'hernie L4-L5 droite extra-foraminale).
33. Le 24 novembre 2014, le Dr J_____ a attesté d'une amélioration des douleurs.
34. Le 29 mars 2015, le Dr C_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé ; après une amélioration des lombalgies, post-opératoires, il y avait eu récurrence après de la physiothérapie de mobilisation depuis octobre 2014 ; il convenait de prévoir un stage d'évaluation / réadaptation, voire une expertise.
35. Le 27 avril 2015, le docteur L_____, FMH neurologie, a attesté d'une neuropathie bilatérale des nerfs médians dans le canal carpien et proposé un traitement correcteur.
36. Le 28 mai 2015, les Drs J_____ et K_____, médecin interne aux HUG, ont attesté de réapparition des douleurs radiculaires et pseudo-radiculaires à droite, plutôt au niveau du dermatome L4 non déficitaire, chez une patiente status post résection d'une hernie discale extra foraminale L4-L5 à droite au mois d'octobre 2014, compliquée d'une déhiscence de cicatrice lombaire traitée localement. Une option chirurgicale était proposée à l'assurée.
37. Le 24 août 2015, les Drs L_____, médecin adjoint, et M_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, ont proposé un traitement conservatoire au niveau des hanches (tendinopathie d'insertion des abducteurs des deux côtés).
38. Le 11 novembre 2015, les Drs N_____, médecin adjoint agréé, et O_____, médecin interne au service de rhumatologie des HUG, ont attesté de diagnostics de périarthrite à minima bilatérale et de syndrome douloureux fémoro-patellaire gauche. L'assurée souffrait d'une gonalgie gauche depuis trois mois, sans signes dégénératifs radiologiques. La clinique était compatible avec un syndrome fémoro-patellaire dont le traitement, outre l'antalgie à la demande, était basé sur un renforcement du quadriceps et les étirements des chaînes antérieures et postérieures des membres inférieurs. Malheureusement, depuis sa participation au programme PRODIGE, l'assurée n'avait plus eu de la physiothérapie active ayant eu une mauvaise expérience avec le travail actif. Il n'y avait pas d'argument clinique pour une périarthrite des hanches active à ce stade. Au cas où l'assurée en développait des symptômes suggestifs, il serait indiqué de prescrire une physiothérapie comprenant des massages profonds suivis d'étirements des fessiers.
39. Le 7 février 2016, le Dr C_____ a attesté d'un état de santé stationnaire du point de vue du dos et aggravé par une tendinite des hanches et un syndrome fémoro-patellaire gauche ; il était illusoire que l'assurée travaille actuellement.
40. Le 7 avril 2016, le docteur P_____ du SMR, a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et proposé une expertise multidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique.

-
41. Le 30 mai 2016, le Dr C_____ a fait état d'une polypectionie nasale qui majorait la fatigue, des lombalgies avec paresthésies à la jambe droite et un état dépressif.
 42. Le 3 octobre 2016, le docteur Q_____, FMH rhumatologie, a attesté d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale et une discrète arthrose fémoro-patellaire gauche.
 43. Le 9 février 2017, l'assurée a subi une intervention chirurgicale en raison d'un syndrome du tunnel carpien à droite.
 44. Le 9 mars 2017, le docteur R_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et Madame S_____, psychologue, ont attesté de diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec symptômes somatiques, épisode actuel moyen (F33.11). L'épisode précédent avait eu lieu en 2002, pendant environ deux ans. Le trouble actuel était présent depuis novembre 2012. Au second plan : Anxiété généralisée (F41.1). Ce trouble s'était développé au cours du 1^{er} semestre 2015.
 45. Le 22 janvier 2018, les Docteurs T_____, FMH médecine physique et réadaptation, et U_____, FMH psychiatrie, du SMR, ont rendu un rapport d'expertise. L'assurée se plaignait de douleurs lombaires, au pied droit, avec fourmillement, de brûlure aux fesses, de douleur du genou gauche jusqu'à la cheville, de douleur à la nuque, au genou gauche, de fourmillement des doigts et d'une sensation de fatigue permanente.

Ils ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombopyalgies bilatérales chroniques dans le cadre de discarthrose prédominant en L2-L3, L3-L4 et L4-L5, arthrose étagée des articulations postérieures, scoliose, séquelles de maladie de Scheuermann (M54.5), et sans répercussion sur la capacité de travail de disco –uncarthrose C5-C6, C6-C7 peu symptomatique, status post-cure de hernie discale L4-L5 droite, tendinopathie a minima du moyen et du petit fessier du côté gauche, status après fracture spontanée du 3^{ème} métatarsien du pied gauche, traitée conservativement, status post-cure de tunnel carpien du côté gauche, discrète anxiété généralisée (F41.1).

Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était nulle dans toute activité dès le 1^{er} novembre 2012, puis dans une activité adaptée, de 100 % du 3 octobre 2013 au 19 janvier 2014, nulle du 20 janvier 2014 au 13 mars 2014, de 50 % du 14 mars 2014 au 14 avril 2014, nulle du 15 avril 2014 au 9 novembre 2015 et de 50 % dès le 10 novembre 2015.

Sur le plan psychiatrique, il existait un trouble dépressif récurrent limitant la capacité de travail à 50 % dès le 19 mai 2016, début de la prise en charge spécialisée par le Dr R_____.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Colonne lombaire : port de charges au-delà de 5 kg, position assise au-delà d'une heure, position debout au-delà de trente minutes, marche au-delà de trente minutes, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de rotation ou flexion-extension lombaire.

Pouces : travaux de force de serrage ou mouvements répétitifs des pouces. Genou gauche : activité en zones basses à genou ou accroupie, montée / descente fréquentes d'escaliers. Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles résultaient du diagnostic incapacitant retenu : il s'agissait d'une fragilité psychique et d'une diminution des ressources disponibles.

Concernant la capacité de travail exigible, elle était déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance aux contraintes mécaniques des pouces dans le cadre d'une rhizarthrose et des genoux dans le cadre d'une arthrose débutante avec syndrome fémoro-patellaire. L'atteinte dégénérative et les séquelles de la maladie de Scheuermann au niveau cervical, dorsal ; la tendinopathie du moyen et petit fessier gauche et le status après fracture du 3^{ème} métatarsien du pied gauche n'avaient pas un degré de gravité justifiant une incapacité de travail durable. Toutefois, l'ensemble des atteintes ostéoarticulaires dégénératives associées à la pathologie psychiatrique justifiaient une diminution de la capacité de travail de 50 % dans une activité légère.

L'aptitude à la réadaptation était fixée au 10 novembre 2015 sur le plan rhumatologique et immédiate sur le plan psychiatrique.

Des mesures professionnelles avaient peu de chance d'aboutir, l'assurée étant convaincue qu'elle ne pouvait plus travailler.

46. Le 29 janvier 2018, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 45,79 %, fondé sur un revenu sans invalidité, en 2015, de CHF 44'870.- et un revenu avec invalidité de CHF 24'325.- (selon l'ESS 2014, TA1, femme, niveau 1, pour 41,7 heures de travail hebdomadaire, indexé en 2015, pour un taux de travail de 50 %, avec une déduction de 10 % en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée).
47. Une note de travail de l'OAI du 7 février 2018 mentionne qu'il est renoncé à un mandat de réadaptation, les mesures n'étant ni simples ni adéquates et relève qu'« Au terme du délai d'attente d'une année, le 1^{er} novembre 2012, la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée et le degré d'invalidité de 0 % (selon CDR au dossier). En raison d'une aggravation, notre assurée est en incapacité de travail dans toutes activités dès le 20 janvier 2014. Un nouveau délai d'attente d'une année débute à ce moment-là. Au terme du délai de carence d'une année, le 20 janvier 2015, le taux moyen d'incapacité de travail est de 96 % ». Dès le 1^{er} mars 2016, le degré d'invalidité était de 46 %.
48. Par projet d'acceptation de rente du 9 février 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2015 et un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2016.
49. Le 9 mars 2018, l'assurée, représentée par PROCAP, a écrit à l'OAI que la capacité de travail retenue du 3 octobre 2013 au 19 janvier 2014 était erronée ; le Dr C_____ avait établi un certificat de reprise uniquement pour le chômage et le Dr E_____ avait préconisé une reprise à temps partiel ; il en était de même d'une capacité de travail de 50 % du 14 mars au 14 avril 2014, l'aggravation lombaire ayant été

objectivée le 27 mars 2014 ; l'incapacité de travail était totale du 1^{er} novembre 2012 au 9 novembre 2015 ; il convenait de tenir compte, au-delà du 19 mai 2016, de l'interaction des pathologies psychiatrique et rhumatologique qui entraînait une diminution de rendement ; la lombosciatalgie L4 à droite et les symptômes au niveau du rachis cervical devaient être pris en compte, avec les limitations fonctionnelles qu'ils engendraient ; enfin, il n'existait pas suffisamment de poste de travail répondant à ses nombreuses limitations fonctionnelles ; son incapacité de travail était donc totale, de sorte qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2013.

Elle a communiqué :

- un rapport du Dr C_____ du 4 mars 2018 selon lequel, depuis janvier 2018, on notait une exacerbation de contractures cervicales et des trapèzes dans un contexte arthrosique significatif, comme en témoignait l'IRM cervicale de novembre 2017. Ceci restreignait la bonne flexion de la nuque n'excédant pas 45 degrés et il en était de même avec la flexion antéro-postérieure. Ces douleurs d'origine organiques avaient un impact négatif sur la thymie, du fait de la durabilité et de l'intensité des douleurs. L'assurée était en outre très limitée par ses douleurs lombaires. Du fait des conséquences douloureuses et des limitations fonctionnelles (durée de marche limitée, position statique prolongée restreinte, changements douloureux de positions et de mouvements du rachis), l'assurée avait bénéficié de plusieurs infiltrations sous scanner, notamment en juillet / août 2017, avec un résultat sur l'algie mitigé. De plus, l'équilibre précaire concourant à éviter l'excès de lombalgies avait été largement entravé par une fracture de stress (de fatigue) du 3^{ème} métatarsien du pied gauche, car générant pendant plusieurs semaines, dès octobre 2017, une boiterie qui avait exacerbé les lombalgies. Ceci avait certainement décompensé l'arthrose lombaire avec une péjoration des douleurs lombaires dont l'assurée peinait à récupérer. Elle souffrait du syndrome d'apnée du sommeil qui majorait la fatigue. Une réévaluation de l'utilisation du CPAP était en cours.

Si l'on tenait compte des paramètres physiques et psychiques, l'un influençant sur l'autre et modulant l'autre, leur impact global rendait compte d'un état général et fonctionnel aggravé. Selon l'état actuel de l'assurée, il était improbable que celle-ci puisse exercer une activité durablement. Les fluctuations thymiques, l'exacerbation des douleurs aux efforts dans un contexte lésionnel objectivé, et ceci était observé depuis au moins 2012, faisaient que, raisonnablement, on ne pouvait pas attendre que l'assurée puisse travailler valablement. En tenant compte d'une observation depuis plusieurs années, et en dehors de tout facteur économique et du marché de l'emploi et en observant, examinant l'assurée régulièrement, attendre de celle-ci une activité, même à 50% était illusoire. On pourrait envisager une activité dans un milieu protégé, à un taux n'excédant pas 50%, mais, à nouveau ceci n'avait pas de sens. Sur le plan symptomatique (psychologique et psychique), l'état s'était aggravé

progressivement ces dernières années et de façon objective, il n'y avait pas de raison que l'assurée ne puisse plus bénéficier de sa rente entière depuis le 28 février 2016; considérant que l'état de santé de l'assurée s'inscrivait dans une continuité lésionnelle et psychique, sans fluctuations positives et qui n'avait pas vu apparaître d'amélioration, au contraire.

- Un rapport du Dr R_____ du 14 mars 2018 selon lequel l'état de santé de l'assurée s'était globalement péjoré, en raison de ses douleurs physiques persistantes; il en résultait une dégradation de la situation : isolement, repli sur soi, fatigue physique émotionnelle et psychique rendant l'accomplissement des actes de la vie quotidienne de plus en plus difficile.
50. Le 27 mars 2018, le Dr V_____ du SMR a estimé que les Drs C_____ et R_____ n'apportaient aucun élément médical nouveau et intégraient des facteurs psychosociaux dans leur évaluation.
51. Par décision du 28 mai 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité, de CHF 1'326.- mensuelle, du 1^{er} janvier 2015 au 29 février 2016 et un quart de rente d'invalidité, de CHF 332.- mensuel, dès le 1^{er} mars 2016. Les limitations fonctionnelles retenues ne diminuaient pas de manière déterminante les possibilités générales de valorisation de la capacité résiduelle de travail. Le manque de formation professionnelle était un facteur étranger à l'invalidité. Il apparaissait des expertises médicales au dossier que l'assurée ne remplissait pas la condition subjective à des mesures d'observation professionnelle. En outre, d'autres mesures probatoires de ce type ne seraient pas de nature à modifier l'appréciation de l'OAI.
52. Le 28 juin 2018, la recourante, représentée par PROCAP, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 28 mai 2018, en concluant à l'octroi d'une rente depuis novembre 2013, à ce qu'il soit dit qu'il n'était pas exigible qu'elle exploite sa capacité de travail et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La capacité de travail de 100 % du 3 octobre 2013 au 19 janvier 2014 et de 50 % du 14 mars au 14 avril 2014 était contestée. Le 24 novembre 2013, la Dresse F_____ avait attesté d'une aggravation de son état de santé et d'une incapacité de travail totale ; plusieurs rapports des HUG (10 octobre 2013, 12 décembre 2013, 21 mars 2014, IRM du 27 mars 2014) attestaient de l'échec des traitements, de la persistance des douleurs et une péjoration du status. Le rapport du Dr C_____, établi pour lui permettre de s'inscrire au chômage, ne reflétait pas une amélioration effective de son état de santé ; l'interaction entre les atteintes psychiatrique et rhumatologique n'avait pas été prise en compte. La capacité de travail était inférieure à 50 %, vu la diminution de rendement à prendre en compte et la limitation des ressources psychiques. Enfin, le choix des activités possibles était particulièrement restreint et il était improbable qu'elle dispose des ressources nécessaires pour changer d'activité. En conséquence, il n'existait pas d'activité adaptée à son état de santé, sur le marché du travail, même équilibré.

53. Le 18 juillet 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Dès le 3 octobre 2013, l'assurée avait recouvré une capacité de travail totale, au vu des rapports de l'expert du 28 mars 2013 et du Dr C_____ des 8 novembre 2013 et 28 février 2014. Elle était ensuite de 50 % du 14 mars au 14 avril 2014 et de 50 % dès le 10 novembre 2015 ; cette appréciation n'était pas contestable, ce d'autant qu'une appréciation consensuelle du cas avait été pratiquée par les experts ; le SMR avait souligné que les ressources de la recourante n'étaient pas inexistantes ; enfin des activités simples étaient exigibles de la recourante.
54. Le 21 août 2018, la recourante a répliqué en soulignant que, contrairement à ce qu'indiquait l'OAI, aucun médecin n'attestait d'une capacité de travail de 100 % à partir du 3 octobre 2013, à part le Dr C_____ lequel l'avait fait par une simple attestation non motivée et clairement destinée à rendre possible l'inscription au chômage. Tel que détaillé dans le recours, tous les autres rapports médicaux dans le dossier démontraient une incapacité de travail totale ou partielle ininterrompue depuis le 1^{er} novembre 2012. Un médecin du SMR n'était pas un expert. Les médecins du SMR n'avaient pas examiné dans leur appréciation consensuelle la question de l'interaction des pathologies et de celle du rendement. L'OAI n'apportait aucune précision quant aux activités concrètes possibles.
55. Le 5 novembre 2018, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Après mon intervention de 2014 mes douleurs ont diminué de 50 % durant six mois et sont revenues ensuite et ont augmenté. J'ai également développé d'autres douleurs aux genoux, aux mains. En particulier les brûlures aux fesses que j'avais déjà avant l'intervention sont plus fortes. On m'a proposé une nouvelle intervention mais le Dr C_____ m'a déconseillé de la faire. Il pense qu'on a déjà tout essayé. J'ai suivi un traitement à base de piqure de cortisone depuis le mois de juin 2018. Cela a un peu amélioré la situation. Je suis également tout le temps fatiguée en raison des douleurs.

Je reste la plupart du temps chez moi. Je ne sors que pour voir ma psychologue. Je fais quelques petites choses à la maison mais c'est principalement mon mari qui s'occupe du ménage et qui fait à manger.

J'ai un traitement pour la thyroïde et je prends tous les jours entre dix et douze pastilles pour un traitement antidouleur.

J'ai été vue au SMR. L'expertise s'est bien passée, j'ai vu un rhumatologue et un psychiatre.

J'estime que je suis totalement incapable de travailler car je n'arrive déjà pas à sortir de la maison et à faire grand-chose.

Je ne souhaite pas de mesure de réadaptation de la part de l'OAI car j'estime que je suis totalement incapable de travailler.

Je vois ma psychologue à raison d'une fois par semaine ».

L'avocate de la recourante a déclaré : « Nous contestons la capacité de travail de 50 % évoquée dans l'expertise car les médecins traitants de la recourante la considèrent totalement incapable de travailler. En particulier l'interaction des pathologies rhumatologique et psychiatrique n'a pas été prise en compte de manière suffisante ».

56. Le 26 novembre 2018, le Dr W_____ du SMR a rendu un avis médical rappelant les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus par les experts, ainsi que l'évolution de la capacité de travail depuis le 1^{er} novembre 2012.
57. Le 21 décembre 2018, l'OAI a observé que l'aptitude à la réadaptation fixée le 3 octobre 2013 ne pouvait être retenue comme raisonnablement exigible et qu'elle devait être admise dès le 10 novembre 2015. En conséquence, dès le 1^{er} novembre 2013, la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité, jusqu'au 29 février 2016, puis à un quart de rente dès le 1^{er} mars 2016. L'abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité tenait suffisamment compte de l'âge et des limitations fonctionnelles de la recourante.
58. Le 13 février 2019, la recourante a observé que l'OAI ne s'était pas prononcé sur l'interaction entre les atteintes, ce d'autant que l'atteinte psychiatrique n'était pas légère dès lors qu'elle entraînait une incapacité de travail de 50 % et que l'abattement de 10 % était insuffisant, compte tenu des nombreuses limitations liées au handicap, de son âge avancé, de la perte des années de service, de l'absence de nationalité Suisse, du changement d'activité exigé et du taux d'occupation réduit.
59. Le 21 février 2019, la recourant a produit le résumé chiffré de l'activité déployée par PROCAP, soit un montant de CHF 2'987.50.
60. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 28 février 2016, étant constaté que l'intimé a admis en cours de procédure un droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2013 au 28 février 2016.
5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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).

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

6. Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165

consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

e. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C 542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi,

en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C 341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

f. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C 973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C 369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 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).

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

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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 parfois 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'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

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

les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C 337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

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

11. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C 279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), 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 LPG, 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 LPG) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 286/2015, op. cit, consid. 4.2 et 9C 602/2015, op. cit., consid. 6.1).

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).

12. a. En l'occurrence, l'intimé a ordonné une expertise rhumatologique et psychiatrique sur laquelle il s'est basé pour rendre sa décision de prestations.

Fondé sur un examen de la recourante, l'analyse des documents du dossier, en particulier radiologiques, comprenant les plaintes de la recourante, une anamnèse, le status général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique, posant des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et exposant une appréciation consensuelle du cas, le rapport d'expertise bidisciplinaire du SMR du 22 janvier 2018 répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante (sous réserve de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante du 3 octobre 2013 au 19 janvier 2014, dont il sera question ci-après).

Il conclut à une capacité de travail de la recourante nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse et de 50 % dans une activité adaptée, depuis le 10 novembre 2015, en précisant que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est limitée à 50 % dès mai 2016.

b. Il convient tout d'abord de constater que l'intimé a admis, contrairement à l'avis du SMR du 26 novembre 2018, une incapacité de travail totale de la recourante du 3 octobre 2013 au 20 janvier 2014, comme l'invoquait celle-ci. Cette incapacité de travail peut être confirmée dès lors qu'il existe des motifs pertinents permettant de s'écarter de l'avis du SMR précité. Celui-ci s'est en effet référé aux conclusions du Dr T____, lequel a estimé que le Dr E____ avait indiqué, en mars 2013, qu'une activité adaptée pouvait être envisagée, ce que le Dr C____ avait confirmé le 8 novembre 2013 en attestant d'une reprise de travail à 100 % depuis le 3 octobre 2013. Or, contrairement à l'avis du Dr T____, si le Dr E____ a bien retenu dans son expertise du 18 avril 2013 qu'il était possible que l'on puisse envisager pour la recourante une activité adaptée principalement en position assise, avec possibilité d'alterner une position assise et debout, sans port de charge et sans position contraignante pour le dos, il a précisé le 31 juillet 2013 qu'il estimait qu'une activité à temps partiel pouvait seulement être envisagée. Une capacité de travail totale dans une activité adaptée du 3 octobre 2013 au 20 janvier 2014 ne pouvait, dans ces conditions, reposer sur l'appréciation de l'expert E____. Elle ne pouvait non plus se fonder sur les certificats médicaux du Dr C____ des 3 octobre 2013 et 8 novembre 2013 ; en effet, ceux-ci sont succincts et non motivés. Au surplus, selon la recourante, ces deux certificats auraient seulement été établis en vue de son inscription à l'OCE, ce qui est confirmé par la note de travail IP de l'intimé du 14 octobre 2013 ; en outre, dans un rapport du 26 janvier 2014 à l'OAI, le Dr C____ n'a pas confirmé une capacité de travail dans une activité adaptée, dès lors qu'il n'a pas répondu à cette question, en se contentant de relever qu'il s'agissait d'une « question d'expertise ». Par ailleurs, au vu des rapports médicaux des médecins

traitants, l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis mai-juin 2013, ce qui a été objectivé à l'IRM du 27 mars 2014 (rapports de la consultation spécialisée du rachis des HUG du 21 juin 2013, du Dr G_____ du 27 août 2013, de la consultation du rachis complexe des HUG du 10 octobre 2013, de la Dresse H_____ du 24 novembre 2013 et du Dr C_____ du 31 mars 2014). Enfin, le Dr T_____ a estimé que la date du début de l'aptitude à la réadaptation, soit la capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée, était le 10 novembre 2015 en non pas le 3 octobre 2013. Il n'y a ainsi pas d'élément médical pertinent permettant d'établir que la décompensation des lombalgies, qui a justifié, selon tous les médecins, dont l'expert T_____, une incapacité de travail totale, se serait améliorée dans une mesure telle qu'au 3 octobre 2013 la recourante aurait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Au demeurant, il convient de constater que la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité au-delà du 2 octobre 2013. Quant à la question de savoir si la recourante a ou non récupéré une capacité de travail de 50 % du 14 mars au 14 avril 2014, elle peut rester ouverte, n'ayant pas d'incidence sur son droit aux prestations.

13. a. La recourante conteste une capacité de travail de 50 % dès le 10 novembre 2015, en relevant que les experts n'ont pas correctement évalué l'interaction des troubles somatiques et psychiatriques, laquelle entrainerait une limitation de plus de 50 % de sa capacité de travail ; par ailleurs, compte tenu de ses ressources limitées et de son épuisement dû aux douleurs, elle n'avait pas les ressources nécessaires pour affronter un changement d'activité, ni, au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, la possibilité de trouver une activité adaptée.

b. Les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombopyalgies bilatérales chroniques dans le cadre de discarthrose prédominant en L2-L3, L3-L4 et L4-L5, d'arthrose étagée des articulations postérieures, de scoliose, de séquelles de maladie de Scheuermann, d'arthrose trapezo-métacarpienne gauche, de scapho-trapéro-trapézoïdienne droite, de gonarthrose fémorotibiale interne débutante du genou gauche, d'un syndrome fémoropatellaire et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique

Même si, comme le relève la recourante, l'appréciation du cas effectuée par les experts consiste plutôt en deux résumés, séparés, des conclusions rhumatologiques et psychiatriques, il ressort néanmoins de l'évaluation de la capacité de travail que celle-ci est clairement diminuée de 50 % en raison de l'ensemble des atteintes ostéoarticulaires dégénératives, associées à la pathologie psychiatrique (expertise p. 17 - 19), et que le trouble psychiatrique a été jugé incapacitant également compte tenu du contexte douloureux, qui fragilisait le psychisme, avec un risque de provoquer une rechute dépressive (expertise p. 18). Ainsi, c'est bien l'interaction entre les pathologies somatique et psychiatrique qui entraîne une diminution de la capacité de travail de 50 %. Certes, les limitations psychiatriques ne sont admises

par les experts que dès mai 2016, alors que les limitations somatiques le sont antérieurement, de sorte que la question d'une capacité de travail supérieure à 50 % entre le 10 novembre 2015 et le 1^{er} mai 2016 pourrait se poser. La chambre de céans renoncera toutefois à investiguer cette question, l'intimé ayant admis une capacité de travail réduite à 50 % dès le 10 novembre 2015.

S'agissant de l'activité adaptée exigible, il n'y a pas lieu de conclure qu'elle n'existerait pas sur le marché du travail, de sorte que la recourante ne pourrait mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. En effet, il n'y a pas de motif pour admettre qu'il n'existe aucune activité qui respecte les limitations fonctionnelles de la recourante (sans port de charge au-delà de 5kg, sans posture en porte-à-faux lombaire, sans mouvements répétitifs de rotation ou flexion-extension lombaire, sans travaux de force de serrage ou mouvements répétitifs des pouces, sans activité en zone basse, à genou ou accroupie, sans montée / descente fréquentes d'escaliers, et permettant l'alternance des positions), étant relevé que le marché du travail offre un large éventail d'activités simples et répétitives légères (arrêt du Tribunal fédéral 9C 481/2017 du 1^{er} décembre 2017).

14. a. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il convient en revanche d'admettre que l'abattement de 10 % opéré sur le revenu d'invalidité issu de l'ESS 2014 (TA 1, femme, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2015) est insuffisant, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles de la recourante, de son âge et d'une activité à 50 % seule possible.

En effet, la recourante présente des atteintes au niveau dorsal, par la présence d'importants troubles dégénératifs de la colonne lombaire, associés à des séquelles de maladie de Scheuermann et des troubles statique (expertise p. 15), des atteintes des pouces lors des mobilisations, par la présence d'arthrose ainsi qu'une atteinte au genou gauche, par la présence d'une arthrose et d'un syndrome fémoropatellaire (expertise p. 16). Ces atteintes limitent l'utilisation des deux mains (travaux de force de serrage et mouvements répétitifs des pouces) ainsi que certains mouvements ou position du bas du corps (position assise – debout – agenouillée – la marche au-delà d'un certain temps). Ainsi, les limitations fonctionnelles affectent tant les membres supérieurs qu'inférieurs de la recourante. A cela s'ajoutent les limitations fonctionnelles psychiatriques, soit une fragilité psychique et une diminution des ressources disponibles. Ces handicaps, combinés à l'âge de la recourante (54 ans en 2015, moment de l'exigibilité d'une activité lucrative), et à une activité partielle seule possible, justifient que l'abattement soit augmenté de 10 % à 20 % (à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C 690/2016 du 27 avril 2017).

En revanche, le manque d'expérience de la recourante dans une nouvelle profession n'a pas à être pris en compte comme facteur d'abattement (à cet égard, arrêt du Tribunal fédéral 8C 227/2017 du 17 mai 2018). Il en est de même de l'autorisation de séjour de la recourante, celle-ci étant titulaire d'un permis C.

b. Le calcul du degré d'invalidité est le suivant, étant relevé que les revenus sans invalidité et avec invalidité (sous réserve de l'abattement) ne sont pas contestés par la recourante et peuvent être confirmés.

L'année de référence est l'année 2015. Le revenu sans invalidité est de CHF 44'870.-. Quant au revenu d'invalidité, il convient de lui appliquer une déduction de 20 %, au lieu de 10 % (de sorte qu'il est diminué de CHF 24'325.- à CHF 21'622.-), soit un degré d'invalidité de :

$$\frac{\text{CHF } 44'870.- - \text{CHF } 21'622.-}{\text{CHF } 44'870} = 51,8 \%, \text{ arrondi à } 52 \%$$

Au vu de ce qui précède, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2013 au 28 février 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2016.

15. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2013 au 28 février 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2016.
16. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 28 mai 2018.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2013 au 28 février 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2016.
5. Alloue une indemnité de CHF 3'000.- à la recourante, à la charge de l'intimé
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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