

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2256/2017

ATAS/656/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juillet 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian
BAIER

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 22 novembre 2011 Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le _____ 1970, femme de chambre, à l'époque divorcée, suisse par naturalisation dès novembre 2000, mère de trois enfants nés de deux unions précédentes, dont les deux derniers, mineurs, nés respectivement le _____ 1999 et le _____ 2000, a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé). L'atteinte à la santé relevait de la maladie d'ordre psychique; l'intéressée situait l'origine de ses troubles à l'époque de son dernier divorce, prononcé le 7 juillet 2006; elle vivait déjà séparée depuis décembre 2003. Elle était en incapacité totale de travail depuis le 8 avril 2011.

Par décision du 12 février 2013, l'OAI a rejeté la demande, au motif que sa capacité de travail (CT) était pleine dès le mois de mars 2012, soit avant l'échéance du délai d'attente d'une année, et ceci dans toute activité. Dans ces circonstances, l'OAI avait renoncé à procéder à une évaluation sur le plan de ses activités habituelles, dans le cadre du statut mixte (50 % active, et 50 % consacrés à ses activités habituelles) retenu à l'époque. Cette décision était entrée en force.

2. Le 18 août 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle était remariée depuis le 8 novembre 2013. Elle était en incapacité de travail (IT) à hauteur de 60 % dès le mois d'août 2014, ceci en raison de troubles somatiques, soit: hernie discale, scoliose dorsale et arthrose. Son médecin traitant était le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne. Le 21 juillet 2014, ce médecin a certifié que la CT de sa patiente était de 40 % dès le 1^{er} août 2014, et de 100 % dès le 1^{er} septembre 2014, selon évolution. Selon le rapport de consultation spécialisée de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, du 10 juillet 2014, la patiente se plaignait de lombalgies, surtout depuis deux ans. Il n'y avait pas de radiculgies associées, mais la patiente décrivait des épisodes de «courant électrique» dans ses membres inférieurs, de très courte durée, mais à l'origine de lâchages. Elle signalait par ailleurs des blocages lombaires à répétition, en moyenne une fois tous les 10 à 15 jours. Une IRM lombaire en avril 2014 avait montré des lésions dégénératives, dont une hernie discale sous-ligamentaire en L4-L5 gauche, mais sans répercussion sur les racines. Cliniquement elle présentait des troubles modérés de statique du rachis, sous forme d'une projection antérieure du cou, une scoliose dorsale à convexité gauche. Le rachis était sensible à la palpation au niveau dorsal et lombaire bas, et également lors de l'antéflexion du tronc au niveau L-S. Aucun déficit neurologique. Manœuvre de Lasègue indolore des deux côtés (ddc). Cette spécialiste avait prescrit de la physiothérapie à but antalgique, mais surtout de renforcement musculaire et d'hygiène posturale. La patiente avait d'autre part pris passablement de poids (73 kg pour 160 cm), que l'intéressée attribuait à sa sédentarité. Selon la spécialiste, il paraissait difficile de continuer à travailler comme serveuse. Vu ses problèmes rachidiens avec blocages à répétition, un reclassement professionnel paraissait indiqué.

-
3. Dans un formulaire d'information complémentaire à la demande de prestations AI complété le 1^{er} octobre 2014 par un assistant social de l'Hospice général, et contresigné par l'assurée, le dernier emploi avait été exercé auprès de l'EMS " Le D_____ " (recte: D_____), à un taux d'activité de 60 %, réduit ensuite à 50 %. L'employeur ne voulait pas aménager le temps (taux) de travail, en fonction des problèmes de santé et des études que poursuivait l'intéressée (de 2010 à 2013 elle a suivi une formation de gestion en intendance, certifiée par un CFC). L'intéressée a été licenciée en 2012. Dans le cadre de l'Hospice général, elle n'avait pas suivi de mesures de réinsertion socioprofessionnelle.
4. Interpellé par l'OAI, en vue d'éventuelles mesures d'intégration professionnelle, le médecin traitant a répondu à un questionnaire, en date du 19 octobre 2014. Il retenait les diagnostics, avec effet sur la CT, de lombalgies avec blocages itératifs, depuis deux ans, dans un contexte de discarthrose sévère L4-L5, rétrolisthésis de L4; et sans effet sur la CT: status post (s/p) méniscectomie externe du genou droit en 2011. Le traitement ambulatoire en cours avait commencé le 21 juin 2013. À l'anamnèse: depuis deux ans, lombalgies récurrentes avec blocages et sensation de lâchages des membres inférieurs. Lombalgies prédominantes en position debout, sensation de contractures, au lever et si la position assise durait plus d'une à deux heures; parfois, sensation de courant électrique des deux jambes. Le traitement actuel consistait dans la prise d'AINS; la patiente avait dû stopper la physiothérapie qui majorait les lombalgies. Il était envisagé une éventuelle consultation du rachis aux HUG, à revoir avec la patiente. L'IT médicalement attestée en tant que serveuse était de 60 % dès le 1^{er} août 2014, à réévaluer selon évolution. La patiente était actuellement au chômage. Du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à hauteur de 40 à 50 %. Le rendement n'était pas analysable, la patiente étant au chômage et cherchant une activité à 40 %. Une activité adaptée était possible, moyennant un travail avec limitations du port de charges répété, et avec alternance de positions assise/debout. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la CT, en fonction de l'activité de la patiente « (autre profession ?) ». Parmi les documents médicaux annexés figuraient notamment:
- un rapport de radiologie, thorax face profil du 2 août 2013, des docteurs E_____ et F_____, spécialistes FMH en radiologie, constatant: pas de zone de lyse ou d'ostéocondensation suspecte ; silhouette cardio-vasculaire dans les limites de la norme ; pas de foyer pulmonaire ni de masse hilare visible ; pas de lobulations diaphragmatiques droites ; pas d'épanchement pleural.
 - un rapport d'IRM lombaire du 28 avril 2014, par le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, dont les conclusions étaient les suivantes: discarthrose L4-L5 avec hernie discale sous-ligamentaire de localisation médiane et paramédiane gauche, en contact modéré avec la racine L5 gauche sans tuméfaction ni refoulement; arthrose interapophysaire postérieure et ne provoquent pas de rétrécissement canalaire ni foraminal; les canaux radiculaires

sont symétriques et libres ; cône médullaire de topographie normale et de signal homogène. Il était relevé des infiltrations lipidiques bordant les plateaux vertébraux « Modic 2 » dans le cadre de discarthrose.

- Un rapport d'imagerie médicale du 2 septembre 2014 du Dr G_____ relatif à une radiographie de la colonne lombaire (face et profil, localisées, clichés dynamiques en flexion-extension) du jour-même, pour un bilan des lombalgies +/- du membre inférieur droit (instabilité ?): discrète scoliose lombaire à convexité droite avec une lordose physiologique accentuée; rétrolisthésis modérée de L4 avec discarthrose sévère L4-L5; sclérose des plateaux vertébraux et ostéophytose; pas de modification significative du glissement postérieur de L4 lors de la flexion et l'extension; sacralisation de L5 expliquant l'aspect normalement pincé de l'espace intersomatique L5-S1; angle lombosacré dans les limites de la norme, mesurant 36.9° ;
5. Selon un rapport d'évaluation à l'emploi auprès des établissements publics pour l'intégration (EPI), l'intéressée a suivi un stage du 5 au 28 mai 2014: toujours ponctuelle, motivée, bonnes capacités d'adaptation aux travaux proposés; bonne relation avec l'ensemble des collaborateurs; s'exprime dans un bon français et communique aisément. Compétences méthodologiques: bonne intégration des consignes, aucune difficulté aussi bien dans l'écrit que dans la compréhension; bonne autonomie dans le travail de par sa formation. Compétences d'exécution: prend le temps de bien faire les tâches confiées; aucune limitation physique visible. Synthèse de l'observation: titulaire d'un CFC de gestionnaire en intendance depuis 2013; son principal problème est de ne pas posséder d'expérience professionnelle dans ce métier; elle est sur le marché du travail depuis 1995, ayant successivement été auxiliaire vendeuse, animatrice parascolaire au I_____ à temps partiel, serveuse et vendeuse dans un tea-room (H_____) et employée polyvalente en EMS. Un stage, type programme temporaire qualifiant, d'un semestre devrait lui permettre de rejoindre le marché du travail; personne motivée, dynamique, qui mérite de trouver un emploi en relation avec sa récente certification fédérale. Ses atouts: CFC et expériences professionnelles diversifiées depuis 1995. Ses freins: pas d'expérience professionnelle de gestionnaire en intendance (crèche, EMS, IMAD,...); son âge, en l'absence d'expérience de son CFC. L'assurée a attribué au stage une note globale de 3 (satisfaisant). À la question de savoir si les conditions du stage étaient proches du monde professionnel, elle a attribué une note de 2 (peu satisfaisant), remarquant que pour envoyer quelqu'un travailler avec des personnes ayant un handicap psychique, il faut au minimum une formation pour faire face à certaines situations. Elle a répondu négativement à la question de savoir si ce stage lui avait permis de mesurer sa capacité actuelle à reprendre une activité et à assumer les contraintes d'un environnement professionnel quel qu'il soit: elle n'avait pas besoin de ce stage pour mesurer ses capacités, car elle les avait déjà.
6. Le service médical régional (SMR, [docteurs J_____ et K_____]) a rendu un avis médical le 10 avril 2015: deuxième demande de cette assurée de 45 ans, au statut

mixte (50/50), femme de chambre dans un EMS, ayant un CFC de gestionnaire en intendance depuis 2013 et ayant exercé différentes professions. La première demande était liée à un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, suite à son licenciement et la CT avait été estimée entière dans toute activité depuis mars 2012 (avis SMR du 6/12/2012); l'instruction avait abouti à un refus de toutes prestations par décision du 13 février 2013. La deuxième demande intervient dans le cadre de lombalgies sur discarthrose sévère L4-L5, rétrolisthesis L4 et hernie discale à ce niveau. Le médecin traitant atteste une IT de 60 % depuis le 1^{er} août 2014. Selon lui une CT de 40 à 50 % est exigible dans l'activité habituelle de serveuse. Il ne se prononce pas quant à la dernière activité de femme de ménage. Il décrit les limitations suivantes: pas de port de charges lourdes répétées, alternance des positions, pas de position assise et debout prolongée. Il ne se prononce pas sur une activité adaptée (rapport médical du 27/10/2014). Le SMR, se référant encore à l'avis de la Dresse C_____, arrive à la conclusion qu'au total, vu les limitations fonctionnelles décrites, il semble que la CT exigible soit nulle dans l'activité habituelle. Il conviendrait d'interpeller le médecin traitant sur l'évolution de sa patiente depuis son dernier rapport (octobre 2014), sur les limitations fonctionnelles détaillées, sur la CT dans la dernière activité de femme de chambre et sur la CT dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, avec la précision que si la CT dans une activité strictement adaptée n'est pas entière, il était prié d'argumenter pour le justifier.

7. Par courrier du 28 juin 2015, après plusieurs rappels, le médecin traitant a répondu à l'OAI. Depuis octobre 2014 la patiente avait continué à se plaindre de lombalgies. La physiothérapie n'avait pas apporté le bénéfice escompté. Les douleurs sont présentes la plupart du temps quand la patiente est debout ou assise plus d'une à deux heures avec extension de l'état douloureux à la région médiodorsale. La position assise prolongée déclenche une irradiation douloureuse droite, donc pas en relation avec la hernie, touchant le versant latéral de la cuisse droite et la partie externe de la jambe droite, avec ressenti d'une faiblesse jusqu'au pied, impliquant repos et changement de position. La patiente ne décrit pas de paresthésies mais des sensations de courant électrique dans la jambe droite, lors de positions statiques prolongées de plus d'une heure. La médication prescrite dès août 2014 est restée sans grand effet. Actuellement les lombalgies semblent être anamnesticquement moins au premier plan que jusqu'en décembre 2014, mais constituent selon la patiente une limitation fonctionnelle douloureuse au quotidien. Lors du dernier contrôle (16/6/2015) l'examen de la région lombaire était calme, avec bonne mobilité latérale et antéro-postérieure. Présence de quelques contractures paralombaires ddc. Status neurologique sans particularité. Depuis fin 2014 la patiente présente d'importantes douleurs récurrentes de l'épaule droite, avec au bilan une tendinopathie modérée du tendon supra-épineux, sans signe de rupture. Cliniquement, en octobre 2014, la douleur naît à la palpation de la région deltoïdienne droite, abduction maximum du bras droit à 90°; de même pour l'élévation. Une infiltration de la bourse sous-acromio-deltoïdienne a permis une

amélioration de quelques semaines, mais la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite est réapparue, avec même une exacerbation des plaintes, sous forme de troubles intenses mais atypiques. La patiente s'est en effet plainte, le 27 mai 2015, d'une extension de la douleur à tout le membre supérieur droit, jour et nuit, sans que cela soit réellement compatible avec une cervicobrachialgie. Cliniquement, au 27 mai 2015, abduction du bras droit limitée à 45°, sans douleur nettement reproductible. La patiente s'est alors dite très invalidée par ce problème. Finalement elle a accédé à la proposition de physiothérapie. Le 20 décembre 2014, la patiente a été victime d'une agression motivant un constat aux urgences des HUG. Depuis cet événement elle décrit des angoisses, une peur de sortir, des troubles du sommeil. Elle a été adressée à l'unité de la violence des HUG ainsi qu'à une psychologue (Madame L_____), que la patiente a finalement très peu consultée. Selon un entretien téléphonique du médecin traitant avec cette psychologue le 30 avril 2015, la patiente aurait présenté une idéation suicidaire avec important fond dépressif, raison pour laquelle elle lui avait proposé de consulter la doctoresse M_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie; que la patiente n'avait visiblement pas consultée. Le médecin traitant n'avait par la suite constaté aucun discours compatible avec une idéation suicidaire. En avril 2014 (recte: 2015), la patiente avait consulté la doctoresse N_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle avait fait part au médecin traitant d'une situation « difficile à cerner »; le suivi paraissait être plus cohérent par la poursuite de la consultation violence aux HUG. La patiente n'avait pas souhaité prendre des médicaments de type benzodiazépines, par peur de la dépendance. De ce fait un traitement de Trittico avait été proposé, mais visiblement peu pris. Par contre elle adhérait au traitement de Redormin et Relaxane Zeller. Au vu du contexte somatique et psychologique difficile, une hospitalisation à la clinique genevoise de Montana était prévue prochainement. Sur le plan social, la situation avait été bien abordée avec la patiente. Le médecin traitant lui avait proposé de contacter son assistante sociale. Cette dernière avait proposé un essai de travail temporaire en février 2015, comme surveillante de flux d'étudiant au collège O_____; travail visiblement en position assise. La patiente s'est montrée très touchée par le bouleversement du quotidien que constituait ce travail, qui a surtout généré un état de stress pour pouvoir continuer à gérer les actes de la vie quotidienne; ceci dans le contexte de conflits familiaux durables, de l'après- agression et du contexte dépressif. Au 17 mars 2015, la patiente passait par une phase de démotivation importante, qui s'était progressivement amendée. Les limitations fonctionnelles sont déterminées par le problème de tendinopathie récurrente de l'épaule droite, les lombalgies d'intensité variable mais récidivantes surtout dans les positions statiques de plus d'une heure, le contexte psychique avec état un dépressif fluctuant multifactoriel (situation familiale conflictuelle, agression, état douloureux, souci pour l'avenir). CT : on peut raisonnablement penser que la CT en tant que femme de chambre est de 0 %, vu les problèmes douloureux d'intensité variable, récurrents du dos et de l'épaule droite surtout; une CT à 40 % a été établie depuis le 1^{er} août

2014 afin de laisser la possibilité à la patiente de chercher un travail léger. CT dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles: le médecin traitant laissait le soin à l'OAI d'estimer ce qu'est une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, d'autant plus si on la corrèle à l'activité pourtant « visiblement légère» que la patiente a eue au collège O_____. Il pensait que la patiente devrait bénéficier d'une évaluation pour une réinsertion professionnelle et objectivée, pour quantifier son adaptabilité au travail, à quel travail et dans quelles conditions. Raisons pour lesquelles la CT ne serait pas entière dans une activité adaptée: de par les côtés somatique et psychique fluctuants, les uns pas forcément dépendants l'un de l'autre anamnestiquement, la CT réelle et dans quelle situation, doit être évaluée dans le cadre d'une analyse des capacités (atelier ou bureau par exemple) par un suivi d'évaluation concrète (centre d'intégration professionnelle) et « mesurable ».

8. Dans un avis du 26 août 2015, constatant que le médecin traitant avait de la difficulté à se prononcer sur la CT exigible dans une activité adaptée et que le suivi psychiatrique était très irrégulier, la psychiatre consultée évoquant une situation difficile à cerner, le SMR a sollicité un examen SMR ou une expertise rhumatologique et psychiatrique, afin de déterminer l'exigibilité dans une activité adaptée.
9. Dans un courrier spontané, formellement daté du 28 juin 2015 (recte: 5 octobre 2015), reçu par l'OAI le 6 octobre 2015, le médecin traitant a souhaité informer l'OAI : sa patiente se montrait particulièrement découragée et déprimée face à sa situation médico-socio-professionnelle délétère. Après un échec de projet de réinsertion professionnelle auprès de la Fondation Intégration pour Tous (IPT), il lui aurait été signifié qu'elle devait régler ses problèmes personnels et familiaux avant de poursuivre dans la voie de reclassement professionnel, ce qu'elle avait très mal ressenti. Récemment, complètement désespérée, elle a également mal vécu le séjour à la clinique genevoise de Montana, qui a été abrégé. Ainsi elle demande ardemment que l'OAI rediscute avec elle d'un projet concret pour la suite de son avenir professionnel: le fait de ne plus pouvoir être intégrée dans un espoir de voie professionnelle active a un effet fortement dépressogène et limite donc toute la dynamique qu'elle a essayé de mener jusqu'ici pour avancer dans la vie. Actuellement elle ne souhaite pas de suivi psychiatrique, mais serait favorable à une expertise dans ce sens. La situation devient urgente et le vide qu'elle ressent empêche toute progression et amélioration médicale et psychique.
10. L'assurée a été convoquée pour un examen médical bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, auprès du SMR à Vevey, et y a été examinée le 2 mai 2016, par les docteurs P_____, rhumatologue FMH, et Q_____, psychiatre FMH.

Outre le dossier de l'OAI dans son état au 2 mai 2016, jour de l'examen de la patiente, les examinateurs ont également tenu compte d'un rapport d'IRM du genou droit du 14 janvier 2016, (professeur R_____, de l'institut G_____), ainsi que du

rapport de séjour de la patiente pour un reconditionnement, antalgie, et soutien psychologique à la clinique genevoise de Montana du 14 au 22 septembre 2015.

Dans leur rapport d'examen, les médecins spécialistes du SMR ont retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la CT de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose L4-L5 (M 54.5); et sans répercussion sur la CT: de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), s/p ménisectomie externe droite et chondropathie débutante du compartiment externe, antécédents de tendinopathie du supra-épineux droit, obésité de classe I.

Après avoir décrit le motif de l'examen, inventorié, décrit et résumé les documents médicaux versés au dossier, distinguant les problématiques ostéoarticulaire et psychiatrique, procédé à l'anamnèse familiale, décrit le contexte psychosocial, les antécédents médicaux et personnels, relevé les composantes de l'anamnèse psychosociale, psychiatrique, somatique par système, et relevé les plaintes spontanées psychiatriques et les attentes de la patiente vis-à-vis de l'OAI, les examinateurs ont procédé au status de l'assurée (status général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique); ils ont encore expressément décrit les documents composant le dossier radiologique. Appréciation consensuelle du cas: l'assurée s'estimait incapable de reprendre l'activité professionnelle décrite (dernier emploi en EMS), à cause de son dos. Elle décrit des lombalgies chroniques depuis 2012, en augmentation progressive; les symptômes sont d'allure mécanique. L'assurée doit fractionner son ménage; ne peut plus repasser. Spontanément elle ne décrit pas d'irradiation depuis la région lombaire ou la fesse aux membres inférieurs. Elle ajoute ultérieurement qu'elle a des fois des douleurs à la face latérale de la cuisse et de la jambe, se posant la question de savoir si cela pouvait être en relation avec ses antécédents d'opération du ménisque (2010). Pas de déficit neurologique aux membres inférieurs. Son genou droit la gêne par période. Capable de marcher une vingtaine de minutes. Limitée par son dos. Nettement au second plan l'assurée annonce une douleur mécanique du moignon de l'épaule droite, également par période, avec un épisode plus douloureux il y a 4 à 5 mois. L'examen clinique: femme de 46 ans en bon état général avec une obésité de classe I; pas d'insuffisance cardiaque. L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis. Pas de sciatalgies irritatives. L'examen de l'épaule droite ne montre plus de tendinopathie spécifique. L'assurée a retrouvé une mobilité complète. Le testing de la coiffe des rotateurs est bien tenu contre résistance modérée. Il n'y a pas de signes de conflit sous-acromial. Gestuelle normale. Pas de limitations fonctionnelles à ce niveau. Statique des genoux normale, pas de signes inflammatoires; mobilité dans les normes avec une extension complète. Pas de douleurs lors de la mobilisation douce en flexion-extension. L'assurée a une appréhension extrêmement marquée lors des mouvements de rotation au niveau de sa hanche ou de son genou droit. Pas de blocage méniscal; elle ressent la manœuvre comme désagréable (en utilisant ses termes). Pas de douleurs à la palpation. Fonctionnellement, marche à vitesse

normale, sans boiterie; capable de s'accroupir en pleine amplitude; annonce une douleur lombaire mais pas de douleur du genou. Pas de polyinsertionite. L'examen du rachis montre un relâchement de la sangle abdominale ; pas de troubles statiques ou autres. Pas d'attitude antalgique. Mobilité du rachis lombaire légèrement limitée, tant en flexion qu'en extension. L'assurée a des douleurs dans les deux directions, ne permettant pas de s'orienter sur un problème discal ou articulaire postérieur. Palpation douloureuse sur tout le rachis lombaire, davantage sur les deux derniers étages lombaires; pas de contracture latéralisée. Les transferts assis/debout sont effectués de manière normale, légèrement ralentie; les transferts couché/assis sont ralentis; l'examineur retient tout au plus un syndrome rachidien léger. Les constatations décrites par le prof R_____ n'expliquent pas l'appréhension extrêmement marquée de l'assurée à l'examen du genou. L'examineur ne retient pas de limitations fonctionnelles durables en relation avec la chondropathie débutante du compartiment externe. Sur le plan psychiatrique, l'examineur a rappelé tous les documents médicaux concernant cet aspect, à disposition dans le dossier médical, mais en plus le rapport de séjour de la clinique genevoise de Montana du 14 au 22 septembre 2015, document qui mentionne comme diagnostic un trouble anxio-dépressif sans précision. L'assurée se plaint d'une angoisse permanente. Elle ajoute être « éteinte » dans un contexte d'isolement, d'ennui et de vide existentiel; mentionne une libido quasiment inexistante. L'examen psychiatrique du jour objective une anxiété de fond avec une thymie dépressive, mais insuffisamment caractérisée pour un état dépressif constitué. L'expert considère que l'abaissement de l'humeur constaté est d'intensité légère; il existe une discrète diminution de l'intérêt et du plaisir. Il n'y a pas de réduction de l'énergie d'origine dépressive, pas de perte de la confiance en soi; absence de sentiment de culpabilité; pas de difficultés de concentration, de pessimisme, d'idées suicidaires, de troubles du sommeil ou de réveil matinal avancé, de perturbation de l'appétit ou de dépression matinale. L'anxiété ne répond pas non plus au diagnostic de trouble anxieux généralisé; l'assurée ne présente aucun symptôme d'une nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de palpitations ou d'étourdissements. L'examen objectif ne met en évidence qu'une anxiété modérée isolée. Le diagnostic finalement retenu (trouble anxieux et dépressif mixte [F41.2]), est un trouble dans lequel coexistent à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, mais sans que l'intensité des uns et des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant. Au total sur le plan psychiatrique, on doit considérer que l'assurée n'a jamais présenté d'IT durable.

Quant aux limitations fonctionnelles, les examinateurs n'ont retenu aucune limitation sur le plan psychiatrique, en l'absence, depuis toujours, de diagnostic incapacitant; sur le plan somatique, rachis lombaire, ses limitations sont: pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg; pas de position debout ou assise prolongée au-delà de 60 minutes; pas de position statique debout au-delà de 20 minutes.

Évolution de l'IT: l'arrêt de travail initial d'avril 2011 est en relation avec une atteinte psychique qui avait motivé notamment une expertise psychiatrique. Les lombalgies ont motivé une consultation par la Dresse C_____ à fin juin 2014. La rhumatologue retient des troubles statiques et dégénératifs du rachis et soutient un reclassement professionnel. Son appréciation s'appuie notamment sur l'IRM lombaire du 28 avril 2014. Depuis cette date les examinateurs retiennent une IT totale dans l'activité habituelle d'employée polyvalente en EMS au vu du tableau clinique décrit précédemment.

S'agissant de la CT exigible, les examinateurs considèrent qu'elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire. Dans une activité adaptée, ils retiennent une exigibilité complète à partir du début juillet 2014, soit après la consultation de la Dresse C_____. Par rapport à la tendinopathie de l'épaule droite, on peut retenir des limitations fonctionnelles limitées dans le temps, d'octobre 2014 (épisode aigu décrit par le médecin traitant justifiant une infiltration le 12/12/2014), jusqu'à fin mai 2015. Dans une activité adaptée, sans travail prolongé au-delà de 90°, sans mouvements répétés d'abduction-traduction de l'épaule et sans port de charges avec le membre supérieur droit au-delà de 2 kg, l'assurée gardait une exigibilité complète. Rien sur le plan psychiatrique. Les examinateurs ont retenu la CT exigible de 0 % dans l'activité habituelle d'employée polyvalente dans un EMS, mais de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} juillet 2014, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

11. Dans un rapport final subséquent du 7 juillet 2016, la permanence du SMR a retenu en conclusion, sur la base du rapport d'examen bidisciplinaire susmentionné, les diagnostics d'atteinte avec répercussion durable sur la CT de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de discarthrose et de tendinopathie de l'épaule droite, transitoirement du ressort de l'OAI mais actuellement sans limitation fonctionnelle; les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail sont : trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2); s/p ménisectomie externe droite et chondropathie débutante du compartiment externe; antécédents de tendinopathie du supra-épineux droit, obésité de classe I. Le début de la longue maladie est fixé au 1^{er} juillet 2014, la CT exigible est de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée; le début de l'aptitude à la réadaptation est fixé au 1^{er} juillet 2014. Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR sont: rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg (charges très légères); pas de position debout ou assise prolongée au-delà de 60 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes. Membre supérieur droit (d'octobre 2014 à mai 2015 seulement): pas de travail prolongé au-delà de 90°, sans mouvements répétés d'abduction-adduction de l'épaule et sans port de charges avec le membre supérieur droit au-delà de 2 kg. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

12. L'OAI a décerné un mandat d'enquête ménagère qui s'est déroulée le 30 août 2016 pendant 50 minutes au domicile de l'assurée, entre l'enquêtrice et cette dernière. L'enquêtrice a noté dans son rapport avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier au jour de l'examen. Après avoir examiné tous les éléments pertinents de la situation passée et actuelle de l'assurée, par rapport à l'exercice d'une activité lucrative, elle a conclu qu'en l'absence d'atteinte à la santé une activité professionnelle serait actuellement développée, pour des raisons financières. L'assurée a indiqué qu'elle travaillerait à 80 % si elle était en bonne santé. L'assurée vit en ménage commun avec son mari et ses deux fils. Le mari est sans activité professionnelle; le fils aîné en rupture est sans formation et sans activité; le fils cadet venant de terminer le cycle d'orientation n'a pas d'apprentissage en vue et va commencer « A 2 mains d'Astural » (parcours durant une année scolaire où alternent périodes de vie dans la nature et stages en entreprise). La fille de l'assurée, S_____ (_____1995) ne réside plus avec sa mère depuis environ deux ans, même si elle y conserve son adresse officielle.

Quant aux divers travaux et activités, ils ont été évalués selon le tableau ci-dessous et la comparaison descriptive détaillée entre les périodes ayant précédé et suivi le début de l'atteinte à la santé :

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 conduite du ménage 2-5 % exigibilité	0 %	3 %	0 % 0 %	0% 0 %
5.2 Alimentation 10-50 % Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions exigibilité	30 %	45%	30% 0 %	13,5 % 0 %
5.3 Entretien du logement 5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits exigibilité	40 %	18 %	40 % 0 %	7.2 % 0 %
5.4 Emplettes et courses diverses 5-10% poste/assurances/services officiels exigibilité	0 %	10%	0 % 0 %	0 % 0 %
5.5 Lessive/entretien des vêtements 5-20% laver/suspendre/ramasser/repasser..., exigibilité	0%	14%	0% 0 %	0 % 0 %

5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0-30%		10 %	0 %	0 %
Exigibilité	0 %		0 %	0 %
5.7 Divers 0-50%		0%	0 %	0%
soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/... exigibilité	0 %		0 %	0%
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				20.7 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				20.7%
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				0%

La conduite du ménage (5.1) : avant l'atteinte, l'assurée conduisait le ménage. Après l'atteinte, elle indique ne plus avoir de planification, ni d'organisation dans la conduite du ménage. Elle n'arrive même plus à déléguer à ses enfants et à son mari. Néanmoins elle n'a pas d'atteinte à la santé psychiatrique incapacitante et n'a pas de limitations fonctionnelles pour la conduite du ménage. Aucun empêchement ne peut être retenu.

L'alimentation (5.2): avant l'atteinte, l'assurée préparait des repas très vite faits, comme des sandwiches, des pizzas ou des pâtes lorsqu'elle travaillait et étudiait. La vaisselle était effectuée surtout par son mari et les enfants. Le nettoyage de la cuisine était effectué par elle-même et sa fille. Depuis l'atteinte elle prépare toujours des repas très simples, elle épluche assise. Elle dit ne pas avoir d'empêchements pour cuisiner. La vaisselle est effectuée par le mari (remplir et vider le lave-vaisselle). Elle en fait en partie, mais n'a souvent aucune énergie à faire la vaisselle. Le nettoyage de la cuisine est effectué par le mari ou/et les enfants. L'assurée ne nettoie plus car elle n'a plus d'énergie à le faire; elle n'indique pas que c'est à cause de douleurs dorsales! Constatations : on ne peut pas dire que la cuisine est vraiment entretenue, la table est couverte de miettes, la vaisselle sale traîne dans l'évier, le sol n'a pas été nettoyé récemment. Conclusion: l'assurée a tout de même des limitations fonctionnelles pour l'entretien de la cuisine.

L'entretien du logement (5.3): avant l'atteinte, l'assurée indique qu'elle ne nettoyait pas beaucoup l'appartement, car elle n'avait pas le temps. Elle s'était concentrée pour réussir ses études et obtenir son CFC. Elle faisait le strict minimum. Dès qu'elle fut avec son mari, c'est lui qui passait l'aspirateur et récurait les sols, changeait les draps et nettoyait la salle de bains. Les vitres n'étaient pas souvent faites. Après l'atteinte, l'assurée indique que son mari passe l'aspirateur et récurait les sols. Il nettoie aussi la salle de bains. Il change les draps. Actuellement un fils dort

dans une chambre, l'autre dans une autre. L'assurée dort dans un lit au salon. Le mari dort sur un matelas posé sur le balcon, et en hiver il le pose dans un coin du salon. L'assurée n'indique pas vraiment qu'elle n'entretient plus le logement à cause de problèmes dorsaux, mais plutôt qu'elle n'a pas d'énergie (ni) le moral. Néanmoins, elle a des limitations fonctionnelles pour l'entretien du logement et autrefois, elle faisait au moins un minimum.

Emplettes et courses diverses (5.4): avant l'atteinte, l'assurée faisait des courses un peu tous les jours. Elle s'occupait de payer ses factures à la poste et ouvrait son courrier. Depuis l'atteinte, elle va faire des courses avec son mari, et fait parfois quelques emplettes, seule lorsqu'elle revient de rendez-vous. Elle a de la peine à s'occuper des tâches administratives: elle n'ouvre plus que le courrier urgent. Son mari ne sait pas lire le français et ne parle pas très bien notre langue: il ne peut pas l'aider. Aucune atteinte (ou) incapacité invalidante psychique n'a été retenue, aucun empêchement ne peut être retenu.

Lessive et entretien des vêtements (5.5) : avant l'atteinte, l'assurée faisait la lessive et suspendait le linge à sécher sur des petits étendages; le mari l'aidait aussi à suspendre. Elle ne repassait pas depuis au moins 10 ans; son mari repasse pour lui-même si nécessaire. Après l'atteinte, l'assurée continue à faire la lessive, le mari suspend le linge à sécher. Aucun empêchement n'est constaté.

Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5-6) : Au moment de l'atteinte à la santé, en juillet 2014, les enfants de l'assurée ont 19, 15 et 14 ans. Après l'atteinte: ils ont actuellement 21, 17 et 16 ans. La fille est majeure et ne réside plus chez sa mère. Le fils de 17 ans est en rupture scolaire et passe son temps à ne rien faire selon l'assurée. Le plus jeune a 16 ans et vient de terminer le cycle d'orientation. Il n'a pas de projet de formation et va pouvoir commencer un parcours avec A 2 mains d'Astural, afin de trouver un projet professionnel. L'assurée indique ne pas faire d'activité avec ses enfants depuis longtemps. Comme aucune atteinte incapacitante à la santé psychique n'a été retenue, il n'y a pas d'empêchement.

Divers (5.7) : avant l'atteinte, l'assurée n'avait pas d'animaux, pas de plantes (et n'en a toujours pas). Elle a terminé sa formation comme gestionnaire en intendance en juin 2013, bien avant son IT en juillet 2014. Après l'atteinte, pas d'empêchements.

Les travaux ménagers que l'assurée, en raison de son invalidité, ne peut plus accomplir elle-même sont exécutés par le mari actuel depuis novembre 2013, par la fille lorsqu'elle résidait avec l'assurée, et par les fils.

En conclusion, l'enquêtrice renvoie au gestionnaire pour la détermination du statut, au vu des éléments apportés. Le taux d'empêchement dans les travaux habituels est de 0 %. Il a été retenu et pris en compte dans les empêchements de l'assurée, l'aide exigible des membres de la famille vivant sous le même toit. Le taux total d'exigibilité est de 20.70 %. L'assurée ne s'est pas plainte de douleurs dorsales, ni vraiment de son épaule. Elle indique surtout n'avoir plus de moral, plus d'énergie

pour gérer sa famille et passe sa journée à ne rien faire. Elle ne consulte pas de psychiatre, mais seulement son médecin traitant. Si une atteinte à la santé psychiatrique devait être constatée ultérieurement, les empêchements dans les travaux habituels seraient calculés autrement.

13. Le 28 septembre 2016, le gestionnaire OAI a établi une note statut. Il a retenu un statut mixte de 80 %, au vu des explications données par l'intéressée dans le cadre de l'enquête ménagère, mais également au vu des autres éléments recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier.
14. Le service de réadaptation a rendu un avis le 3 janvier 2017: suite à l'avis du SMR, l'assurée pourrait travailler dans une activité adaptée, dans une activité non qualifiée, de type simple et répétitive. Des mesures de réadaptation ne sont pas de nature à réduire le dommage, la perte de gain s'élève à 19 %: le revenu brut annuel avec invalidité est fixé sur la base des salaires statistiques de l'enquête suisse des salaires 2014, tableau TA1_tirage _ skill level pour une femme, ligne activité niveau 1, durée normale hebdomadaire de 41.7 heures, déterminant un salaire mensuel en 2014 de CHF 4'483.- , soit CHF 53'793.- annuellement (12 fois). Calculé sur un temps de travail raisonnablement exigible de 80 %, avec une réduction supplémentaire de 15 %, le revenu annuel brut avec invalidité est fixé à CHF 36'579.-. Quant au revenu sans invalidité, en 2010, avant l'atteinte à la santé, il était de CHF 43'772.-; réactualisé, notamment sur la base de l'ISS, il doit être fixé à CHF 45'367.-, d'où une perte de gain de CHF 8'788.- équivalant à un degré d'invalidité de 19.37 %, arrondi à 19 %.
15. Par courrier du 30 janvier 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision: sur la base des éléments (ci-dessus), elle n'avait droit ni à une mesure professionnelle, ni à une rente d'invalidité, vu son taux d'invalidité de 19 %, inférieur à 40 %. En tenant compte du statut retenu (professionnel [80 %] et travaux habituels [20 %]), à la fin du délai d'attente, soit le 1^{er} juillet 2015, son degré d'invalidité est le suivant:

Activité partielle	Part	Empêchement	% invalidité
Activité lucrative	80 %	19%	15 %
Ménage	20 %	0 %	0%
Total		degré invalidité	15 %

16. Par courrier du 3 février 2017 (reçu le 6), l'assurée a formé opposition à ce projet de décision. Ne possédant pas la subtilité de la langue française, elle laissera le soin à son médecin traitant de faire part à l'office des objections qui motivent sa décision.
17. Par courrier du 13 février 2017, l'assurée a complété son argumentation: les causes médicales qui l'invalident dans sa capacité d'exercer un emploi à plein temps sont une arthrose du genou et une hernie discale avec arthrose, ces deux maladies, connues de l'OAI, l'empêchant d'être dans une position longue debout et assise. Elle a également une tendinite à l'épaule droite qui ne lui permet pas d'exécuter des

travaux manuels nécessitant de la force et des mouvements de rotation. Ces maladies s'aggravent et les douleurs s'amplifient avec le temps. D'autre part, la personne qui est venue faire un diagnostic à son domicile, a fait son évaluation en très peu de temps, un jour où ses douleurs étaient atténuées du fait des médicaments. Elle ne l'a pas vue les journées de crise aiguë qui peut durer plusieurs jours. Elle est aujourd'hui dans une disponibilité de 40 % pour un emploi adapté.

18. Par courrier recommandé du 19 février 2017, le Dr B_____ a entendu préciser certains points importants suite au refus de mesures professionnelles en faveur de sa patiente: la CT est réduite à 60 %, en raison de problèmes médicaux et non pas sociaux. L'assurée est très engagée dans la démarche de mesures professionnelles sur laquelle elle fonde beaucoup d'espoir. Les points importants et limitatifs sont les suivants :

- des gonalgies droites inconstantes; mais au moins deux fois par semaine, aggravées à la marche et comprenant des blocages. (Résection de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque externe en 2010). Devant la persistance des plaintes une IRM du genou en 2016 n'a pas montré de lésion méniscale mais des érosions cartilagineuses; traitements conservateurs;

- dorsolombalgies, surtout lombaires, quotidiennement, assise ou debout, impliquant de fréquents changements de position. Parfois les nuits sont perturbées par ses douleurs, d'où un sommeil très souvent troublé, engendrant un état de fatigue également délétère pour le dos, car majorant les troubles;

- douleurs répétées de l'épaule droite lors des travaux ménagers et surtout lors des mouvements de rotation de l'épaule;

- de par la durée des troubles, les difficultés à assumer une antalgie suffisante, les douleurs sont « usantes moralement » avec de réelles limitations pour une activité professionnelle normale (comme celles exercées jusque-là). L'état polyalgique entraîne fatigue, épuisement, céphalées et angoisses réactionnelles.

Ainsi le médecin conclut-il que la patiente doit pouvoir bénéficier d'une évaluation pour des mesures professionnelles qui permettront une évaluation juste de ses capacités pour un projet concret de reprise de travail.

19. Par un nouveau courrier, formellement daté du 19 février 2017, mais reçu par l'OAI le 12 avril 2017, le médecin traitant a indiqué à l'OAI qu'en raison de lombalgies importantes et lombosciatalgies gauches une IRM avait été refaite le 28 mars 2017, dont il produisait copie. Les lombalgies sont présentes même avec des efforts modérés de ménage.

Le rapport d'IRM conclut à une discarthrose sévère L4-L5 avec hernie discale sous-ligamentaire de localisation médiane et paramédiane en contact modéré avec la racine L5 gauche sans évolution; infiltration lipidique des plateaux vertébraux de L4-L5 avec apparition d'un œdème intraspongieux (Modic I); les canaux

radiculaires sont symétriques et libres; cône médullaire de topographie normale et de signal homogène.

20. Au vu des documents produits dans le cadre de l'audition, le SMR a émis un nouvel avis le 25 avril 2017: l'ensemble des lésions décrites ont été prises en compte dans l'examen réalisé au SMR en mai 2016. Il existe peut-être une aggravation de l'arthrose lombaire et du genou qui s'accroît avec l'âge. Les atteintes de l'épaule et du genou droit n'ont pas été retenues comme incapacitantes par l'expert. En conclusion les pièces médicales produites n'apportent pas d'élément en faveur d'une aggravation.
21. Le 27 avril 2017 l'OAI, reprenant les termes de son projet de décision et précisant que les rapports médicaux produits dans le cadre de l'audition avaient été soumis au SMR qui conclut qu'aucun élément médical nouveau n'a été apporté, a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente.
22. Représentée par un conseil, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours, par courrier du 23 mai 2017; elle se borne à relever qu'elle souffre d'une discartrorse L4-L5 avec hernie discale et arthrose débutante au genou droit, selon rapports médicaux annexés. Elle conclut préalablement à ce qu'un délai au 10 juillet 2017 lui soit accordé pour compléter le recours; principalement à l'annulation de la décision du 27 avril 2017 de l'OAI, et à l'allocation d'une rente AI entière ou partielle en fonction de sa capacité de gain effective avec effet dès le 1^{er} juillet 2014, ainsi qu'au prononcé de mesures professionnelles, soit une réorientation professionnelle ou tout autre mesure visant à lui permettre de mettre en valeur son éventuelle capacité résiduelle de gain, le tout avec suite de frais et dépens.
23. Par courrier du 30 mai 2017, la chambre de céans, relevant qu'en l'état, la motivation du recours était évidemment insuffisante, lui a accordé un délai au 21 juin 2017 pour compléter son recours.
24. Par télécopie du 20 juin 2017 la recourante, indiquant n'avoir pas encore reçu le dossier de l'OAI, sollicitait un délai au 30 juin 2017 pour compléter son recours; ce qui lui fut accordé.

Néanmoins, par courrier recommandé du 21 juin 2017, elle a tout de même adressé à la chambre de céans un complément à son recours. Elle persiste dans ses conclusions. À teneur des certificats médicaux disponibles, elle est en IT actuellement à 100 %, qui a évolué de 60 à 100 % au cours des derniers mois, pleinement justifiée en raison de dorsolombalgies de forte intensité. Selon l'imagerie médicale et la littérature médicale (qu'elle cite), il est notoire que les affections de type « Modic I », lourdement invalidantes, correspondent à une « acutisation d'une lombalgie chronique »; elle reproche à l'OAI de n'avoir réalisé aucune instruction concrète du cas pour vérifier si une activité professionnelle était effectivement exigible, et dans l'affirmative laquelle; le CFC de gestionnaire d'intendance n'a pas été pris en compte dans l'évaluation des gains professionnels

sans invalidité qui, avec un tel diplôme, seraient supérieurs aux CHF 45'367.- retenus; étant précisé que cette activité de gestionnaire en intendance impliquant une position debout prolongée, avec une activité physique en quasi-permanence, n'est malheureusement plus possible aujourd'hui. Elle conteste encore le statut retenu (80% / 20%) : en 2008 elle était encore capable de travailler chez H_____ (tea-room) à 100%, mais c'est déjà en raison de ses limitations fonctionnelles et de ses douleurs lombaires qu'elle n'a pas pu assumer un travail à 100% chez son dernier employeur à la cafétéria de l'EMS D_____ de 2009 à 2012.

25. Par courrier du 29 juin 2017, la recourante a une nouvelle fois complété son recours, persistant dans les conclusions de son recours. La consultation du dossier de l'intimé confirmait la pertinence de ses observations du 21 juin 2017. Selon la loi l'assurée a droit à une mesure de reclassement. Au vu du CFC obtenu, une activité plus intellectuelle et moins physique devrait être de prime abord possible. Il n'appartient ni à la recourante ni à son conseil mais au service de réadaptation d'examiner si un projet de reclassement serait possible et moyennant quelle profession. S'agissant du taux d'activité de 80% retenu dans le statut, l'expertise semble indiquer que l'arrêt de travail de 2011 n'était dû qu'à des raisons psychiques alors qu'à la page 5 (plaintes ostéoarticulaires) il est évoqué une diminution de l'activité d'employée polyvalente en raison de lombalgies et d'une opération (méniscale ?) survenue en 2010.
26. L'intimé a répondu au recours concluant à son rejet par courrier du 22 août 2017. Le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 2 mai, respectivement du 23 mai 2016, doit se voir accorder pleine valeur probante. Seuls peuvent être retenus dans le cadre de la présente procédure les faits antérieurs au 27 avril 2017. S'agissant de la contestation du statut mixte retenu, sur la base de tous les éléments pertinents au dossier, l'office a considéré que si elle était en bonne santé, la recourante aurait vraisemblablement continué à exercer une activité lucrative à temps partiel, de sorte que le statut mixte retenu se justifie pleinement. Quant aux mesures d'ordre professionnel, pour pouvoir prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle, il faut non seulement que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la CT. De plus selon la jurisprudence, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'OAI que s'il existe une proportion raisonnable entre le coût et leur utilité prévisible : ainsi l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visée mais non à celles qui seraient les meilleures dans son cas. La recourante jouit d'une CT entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles retenues ne l'empêchent pas d'exercer une activité adaptée et accessible sans formation particulière. Les bases de l'évaluation retenue pour la comparaison des revenus étant celle issue des salaires statistiques, il existe un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées.

27. Par courrier du 12 septembre 2017, la recourante a brièvement répliqué, persistant dans ses conclusions. Elle a repris pour l'essentiel son argumentation précédente. Le détail des développements sera repris dans la mesure utile dans les considérants qui vont suivre.
28. L'OAI a dupliqué par courrier du 4 octobre 2017. Il persiste dans ses conclusions en rejet du recours. La recourante soutient que l'office ne se serait pas prononcé sur l'IRM du 28 mars 2017, lequel documente notamment l'apparition d'un œdème intraspongieux de type « Modic ». Dans le cadre de l'instruction du dossier ce document a été transmis à l'OAI par le médecin traitant en annexe à son courrier daté du « 19 février 2017 » et reçu par l'office en date du 12 avril 2017. Dans un nouvel avis du 3 octobre 2017, le SMR a considéré que, selon toute vraisemblance, l'évolution s'est avérée satisfaisante, le médecin traitant considérant que la CT de l'assurée est entière dès juillet 2017 (voir certificat médical du 19 mai 2017). En somme, il y a lieu de reconnaître une aggravation de l'état de santé de l'assurée au plus tard dès avril 2017 jusqu'au 30 juin 2017. Le SMR reconnaît donc l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante dès le mois d'avril jusqu'à juin 2017, sans préciser le degré d'IT dans une activité adaptée. Il ressort du certificat médical du médecin traitant du 19 mai 2017 (pièce 6 recourante) que cette dernière aurait été en IT totale dès le 19 mai 2017, puis aurait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juillet 2017. Il s'ensuit que l'aggravation de l'état de santé n'était que passagère. Cela étant, elle n'est pas suffisamment durable pour avoir une influence sur le droit aux prestations (art. 88 a alinéa 2 RAI).
29. La chambre de céans a entendu les parties le 13 novembre 2017:

La recourante a déclaré : « Pour répondre à votre question, mon état de santé a tendance à se dégrader, mais je prends note que votre juridiction est chargée d'examiner mon recours par rapport à mon état de santé au moment de la décision entreprise. Comme le fait remarquer mon conseil, il est vrai que depuis relativement récemment, mon médecin a estimé que ma capacité de travail a tendance à augmenter, notamment après les traitements que j'ai subis pendant deux mois, en relation avec mon genou gauche. Vous me demandez si cette période correspond à la période d'incapacité totale de travail que mon médecin avait fixée entre le 19 mai et le 1er juillet de cette année : c'est bien pendant cette période que j'ai suivi le traitement. Il est bien entendu que cette amélioration de ma capacité de travail s'entend par rapport à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui ont été admises, et qui ne font pas l'objet d'une contestation dans le cadre de cette procédure. Je confirme que l'objet essentiel de mon recours concerne ma demande de mesures professionnelles, et pour le surplus, une demande de rente. Cela dit, je souhaite vivement retrouver une activité professionnelle, je dirais même très vivement. Je prétends en effet avoir des possibilités d'exercer une activité faisant appel à mes compétences intellectuelles, preuve en soient les résultats que j'ai obtenus à mon certificat de capacité de gestionnaire en intendance. Mes médecins s'accordent d'ailleurs à reconnaître cette possibilité, mais conviennent que je ne

peux plus travailler en tant que femme de chambre, serveuse, vendeuse, mais en revanche, je serais à même d'exercer dans le domaine du secrétariat, de réceptionniste, comme surveillante également. Vous me demandez ce qu'il en est d'activités dans le parascolaire, comme j'en ai exercé pendant quelques années : l'activité d'animatrice parascolaire implique tout de même pas mal de mouvements, ce qui me paraît difficile dans mon cas, vu mes maux de dos. Parmi les professions qui me seraient ouvertes et que j'ai énumérées ci-dessus, j'estime néanmoins que je ne pourrai pas, sans un minimum de formation complémentaire, accéder à ces professions-là. Certes, j'ai fait un CFC en matière d'intendance et j'imagine que dans le cadre d'une formation complémentaire, je pourrais être dispensée de certains cours, mais pas d'autres. Sur question, il est vrai que l'Hospice général m'avait adressée à l'époque aux EPI, précisément pour un stage d'évaluation à l'emploi (Doc 57 intimé). C'est exact, en 2014 sauf erreur, mais c'était un stage à 50 %. Cela me permettait d'alterner dans les positions puisque je m'occupais de contrôler le travail des autres. »

Mme T_____, pour l'intimé, a déclaré: « Par rapport à ce que vient de dire la recourante, je constate que bon nombre des activités qu'elle décrit sont des activités simples et répétitives permettant notamment l'alternance de positions et qui ne nécessitent pas de formation particulière, étant par ailleurs souvent énoncées par la jurisprudence. Certes, nous n'avons pas énuméré ces activités-là, mais nous n'avons pas l'obligation de le faire ou de vérifier de façon plus précise, dans le cadre du service de réadaptation, si ces activités sont adaptées. Pour répondre à votre question, dans la mesure où nous persistons dans nos conclusions, je ne vois pas la possibilité d'inciter notre service de réadaptation à accueillir une démarche tendant justement à l'octroi de mesures professionnelles, ceci par égalité de traitement par rapport à d'autres assurés qui souhaiteraient également bénéficier de formation professionnelle dans un tel contexte, car ce n'est pas le rôle de l'assurance-invalidité. »

La recourante a repris : « Pour répondre à votre question, je confirme avoir bien été examinée personnellement, le 2 mai 2016, par le spécialiste en rhumatologie et le spécialiste en psychiatrie du SMR, à Vevey. Je dois dire que j'en garde un souvenir mitigé, dans la mesure où l'examen physique que j'ai subi de la part du rhumatologue était particulièrement éprouvant par rapport aux gestes et aux mouvements qu'il essayait de tester. »

Le conseil de la recourante a précisé: « Je conçois qu'il ne soit guère utile d'entendre le Dr U_____, voire les médecins du SMR qui se sont prononcés en mai 2016, mais j'observe que le rapport de ces derniers est étonnant dans la mesure où ils ont estimé apparemment sans hésitation que ma cliente était à 100 % capable d'exercer une activité adaptée, depuis le 1er juillet 2014 sauf erreur, soit deux ans avant leur propre examen de la patiente. Je pense, même si je n'y ai pas formellement conclu, qu'il serait peut-être judicieux d'ordonner une expertise

médicale judiciaire, voire diligentée par l'intimé dans le cadre d'un renvoi du dossier. »

La recourante, sur question de son conseil, a ajouté : « (J)e confirme que les tâches ménagères les plus lourdes à la maison sont effectuées par mes enfants, qui vivent avec moi et qui sont âgés respectivement de 18 ans et demi et de 17 ans et demi. Pour ma part, j'effectue également des tâches de ménage, mais à mon rythme, de sorte que si je me sens fatiguée ou que j'ai des douleurs après quelques minutes ou plus, je m'arrête et je reprends le lendemain ou à un autre moment. Je voudrais finalement dire spontanément que je continue à vivre en prenant quotidiennement des anti-inflammatoires. L'intensité de mes douleurs varie selon les jours. »

30. Sur quoi la cause a été gardée à juger.
31. Par écriture du 9 mai 2018, l'intimé a encore transmis à la chambre de céans, pour information, copie d'un courrier du médecin traitant du 7 mai 2018 à l'OAI: le Dr B_____ souhaitait compléter le dossier de sa patiente, en portant à sa connaissance la problématique du genou gauche. L'assurée avait été adressée au docteur V_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel avait établi un rapport médical le 7 décembre 2017. Le médecin traitant a encore produit un rapport d'imagerie (IRM du genou gauche du Dr G_____ du 9 mai 2017), et un rapport du centre d'imagerie de la Servette (Dr W_____ du 3 avril 2018), relatant une infiltration échoguidée du genou gauche intervenue le 3 avril 2018. Ce rapport décrit l'extrusion du corps méniscal externe du genou gauche et une infiltration de Kenacort 40 mg non compliquée intra-méniscale du corps méniscal externe avec un bon résultat technique.

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le refus de l'OAI, par décision du 27 avril 2017, de toutes prestations de l'assurance-invalidité en faveur de la recourante, singulièrement de toute mesure professionnelle, et de rente, la recourante contestant également le statut mixte retenu par l'intimé.

4. 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 (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).
5. 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

6. a. Selon l'art. 87 al. 1 let b, al. 2 et 3 RAI, la révision a lieu d'office lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (al. 1 let. b). Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne

donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_57/2016 du 29 juin 2016).

b. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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

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

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 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. 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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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. 27^{bis} 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). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

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

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément 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.

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

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

10. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport du SMR 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 LPGa) 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). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat

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

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. 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).

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).

Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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'invalidé 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).

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 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. 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).

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).

13. En l'espèce, étant rappelé que selon la jurisprudence le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1), dans ses écritures successives, la recourante a contesté la décision entreprise (du 27 avril 2017) en invoquant plusieurs griefs.

14. Dans un premier grief, elle reproche implicitement à l'OAI de ne pas avoir pris en compte son état de santé actuel, dans la mesure où la décision entreprise se fonde sur les conclusions auxquelles les spécialistes, rhumatologue et psychiatre, sont parvenus, après l'avoir examinée en mai 2016, reprises à son compte par la permanence du SMR notamment dans son rapport final subséquent du 7 juillet 2016. Elle a produit à l'appui de son recours un rapport d'IRM lombaire du Dr G _____ du 28 mars 2017, copie du courrier recommandé de son médecin traitant à l'OAI du 19 février 2017, et copie du courrier subséquent de son médecin traitant à l'OAI, daté de façon manifestement erronée du 19 février 2017 d'une part puisqu'il mentionnait notamment annexer le rapport d'IRM susmentionné du 28 mars 2017 et d'autre part parce qu'il ressort du dossier que l'OAI l'avait reçu le 12 avril 2017.

C'est le lieu d'observer que la recourante n'a pas foncièrement remis en cause l'examen des spécialistes du SMR de mai 2016, rappelant notamment lors de son audition que le principe de sa capacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui ont été admises ne fait pas l'objet de contestation dans le cadre de cette procédure. Son médecin traitant a certes affirmé dans son courrier du 19 février 2017 que la CT de sa patiente était réduite à 60 %, en raison de problèmes médicaux et non sociaux, sans pour autant justifier la raison pour laquelle il s'écartait implicitement des conclusions des spécialistes du SMR ayant examiné sa patiente. Ponctuellement, dans son argumentation, la recourante a également évoqué le contenu du rapport d'examen de mai 2016, pour en tirer d'autres conclusions, de sorte qu'il y a lieu tout d'abord, et en fonction de la jurisprudence rappelée précédemment, de constater que le rapport relatif à l'examen bidisciplinaire de mai 2016, pratiqué par les médecins de l'assureur social, spécialistes reconnus, doit en l'occurrence se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ce rapport a en effet été établi sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, prenant en compte les plaintes de l'expertisée (voir ci-dessus en fait ad ch. 10). Ces médecins aboutissent à des résultats convaincants, leurs conclusions sont sérieusement motivées et ces avis ne contiennent pas de contradictions. Enfin aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Leur impartialité n'a d'ailleurs pas été mise en doute, ni par la recourante ni par son médecin traitant: interrogée par la chambre de céans au sujet du déroulement de cet examen, l'assurée a confirmé avoir été examinée par les deux spécialistes, le 2 mai 2016, remarquant certes qu'elle en gardait un souvenir mitigé, mais expliquant ce ressenti en raison du fait que l'examen physique qu'elle avait subi de la part du rhumatologue était particulièrement éprouvant par rapport aux gestes et mouvements qu'il essayait de tester ; cette remarque trouve d'ailleurs directement un écho, dans le rapport des examinateurs qui observent: « L'assurée a une appréhension extrêmement marquée lors des mouvements de rotation au niveau de sa hanche ou de son genou droits. Pas de blocage méniscal; elle ressent la manœuvre comme désagréable (en utilisant ses termes) ». Aucun indice ne laisse

poindre le moindre doute au sujet de l'impartialité de ces examinateurs dans leur appréciation (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Quant au médecin traitant, il n'a de son côté jamais formalisé la moindre critique à l'égard de ses confrères, les éléments médicaux qu'il a mis en évidence dans son courrier du 19 février 2017 ayant tous dûment été pris en compte par les experts : ainsi en va-t-il des gonalgies droites inconstantes évoquées notamment à l'occasion du status ostéoarticulaire (p.8), lors de l'examen du dossier radiologique, et lors de la discussion consensuelle du cas (p. 11), ou encore dans les diagnostics retenus, en l'espèce sans répercussion sur la capacité de travail, s/p au ménissectomie externe droite et chondropathie débutante du compartiment externe (p.10) ; lombalgies et dorsolombalgies : il s'agit en effet du diagnostic principal avec répercussion sur la CT retenu par les examinateurs, aspect qui a fait l'objet d'un examen très attentif (status ostéoarticulaire, examen du dossier radiologique et appréciation consensuelle du cas) ; quant aux douleurs répétées de l'épaule droite, les examinateurs y ont également consacré des développements importants, constatant notamment à l'examen que l'épaule droite ne montrait plus de tendinopathie spécifique, l'assurée ayant retrouvé une mobilité complète ; le testing de la coiffe des rotateurs était bien tenu, il n'y avait pas de signes de conflit sous acromial, la gestuelle était normale, les experts ne retenant pas de limitations fonctionnelles (actuelles) à ce niveau; en effet, les examinateurs ont retenu des limitations fonctionnelles en lien avec la tendinopathie de cette épaule, mais pour une période limitée dans le temps (octobre 2014 à fin mai 2015 – p.13), et en outre mentionné cet aspect dans les diagnostics sans répercussion sur la CT (antécédents de tendinopathie du supra-épineux D, page 10); quant aux effets psychiques relevés par le médecin traitant, de par la durée des troubles des douleurs usantes moralement,..., les examinateurs en ont également tenu compte, retenant le diagnostic sans répercussion sur la CT de trouble anxieux et dépressif mixte ; l'examinateur psychiatre a notamment pris en compte l'avis du médecin traitant exprimé en cours d'instruction de la demande (page 12), dans le cadre d'un examen psychiatrique détaillé aboutissant de façon convaincante au diagnostic finalement retenu. Enfin, au sujet du rapport de l'IRM lombaire pratiquée le 28 mars 2017, et communiquée par le médecin traitant à l'OAI, dans les jours qui ont précédé la décision entreprise, il s'agissait certes d'un document nouveau, dont les examinateurs n'ont pas eu connaissance pour des raisons évidentes: en revanche ils avaient à disposition l'examen précédent, de comparaison, du 28 avril 2014, dont ils avaient dûment tenu compte. Or, la comparaison qui a été faite le 28 mars 2017 avec cet examen antérieur montre qu'en définitive, même si le radiologue ajoute au diagnostic de discarthrose L4-L5 le qualificatif de « sévère », il n'empêche qu'il conclut tout de même que la hernie discale en cause est sans évolution, ce qui permet globalement de considérer que cette affection est plutôt stationnaire et n'a guère évolué. Du reste le SMR, dans son avis du 10 avril 2015, avait déjà qualifié la discarthrose de « sévère ». Le SMR s'est tout de même prononcé au sujet du dernier rapport radiologique, dans un avis complémentaire, en cours de procédure (avis SMR du 3 octobre 2017). Ceci dit, l'extrait de la littérature médicale produit par la

recourante, tout droit tiré d'Internet (consultable à l'adresse: <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-bibliotheque/publications/revue76/76-1-beaudreuil.pdf>) ne lui est d'aucun secours pour démontrer que son état de santé se serait encore aggravé avant que ne soit rendue la décision entreprise: en effet, cette référence n'est soutenue par aucun avis médical versé au dossier, d'une part, mais d'autre part, dans le cas d'espèce, selon le rapport d'imagerie du 28 mars 2017, l'évocation d'une discopathie de type Modic I apparaît, après suppression de la graisse par l'injection de gadolinium, de façon très modérée, dès lors que le radiologue mentionne l'apparition d'un « discret » œdème (caractéristiques du Modic 1). Or, comme dans l'examen précédent, les infiltrations lipidiques étaient toujours présentes, traduisant déjà, dans le rapport du 28 avril 2014, une discopathie de type Modic 2 (qui est la phase suivant le stade Modic 1).

Ainsi, le rapport d'examen bidisciplinaire de mai 2016 doit-il se voir reconnaître une pleine valeur probante, et il conservait toute son actualité, et partant ses conclusions, au moment où la décision litigieuse a été rendue.

15. Dans un second grief, la recourante remet en cause le taux d'invalidité retenu par l'intimé.

a. Elle conteste tout d'abord le statut mixte (80% / 20%): elle reproche à l'intimé d'avoir retenu ce statut mixte, en fonction des prétendus desiderata de l'assurée de travailler à un taux de 80 %, comme elle l'a elle-même énoncé à l'enquêtrice dans le cadre de l'enquête ménagère: elle indique se souvenir d'avoir discuté de manière générale des questions du taux d'activité envisageable, mais avoir exposé que son espoir, à terme, était de retrouver si possible une activité professionnelle à 70 voire 80 % au travers d'une reconversion professionnelle. Elle n'a à aucun moment compris que l'enquêtrice lui demandait ce qu'elle ferait dans une situation hypothétique où elle serait en parfaite santé.

En l'espèce la chambre de céans considère que le rapport d'enquête ménagère réunit toutes les conditions posées par la jurisprudence rappelée précédemment, pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a 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. Ce rapport tient compte des indications de l'assurée dont aucun indice ne permet de supposer que cette dernière ait fait valoir des opinions divergentes en cours d'examen; la recourante ne le prétend du reste pas, en tant que tel, en procédure de recours. Le texte du rapport est plausible, motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, et correspond aux indications relevées sur place.

De fait, la recourante ne remet en cause que le seul et unique point du rapport qui retient que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 80 %. Or, aucun indice sérieux susceptible de susciter un doute quant à l'objectivité de l'enquêtrice n'a été mis en évidence. La recourante dit se souvenir d'avoir discuté des questions

du taux d'activité envisageable, indiquant elle-même avoir indiqué à l'enquêtrice qu'à terme, son espoir était de retrouver une activité professionnelle à 70 ou 80 %, au travers d'une reconversion professionnelle. Reconversion professionnelle ou non, on voit mal en quoi les conclusions que l'enquêtrice a tirées de la discussion avec la recourante - à supposer qu'elle se soit développée selon les souvenirs de l'assurée - seraient contestables ou sujettes à caution. Quoi qu'il en soit et pour les autres motifs qui vont suivre, il n'est pas nécessaire de procéder à une confrontation de l'assurée et de l'enquêtrice, car cela ne changerait rien à la conclusion à laquelle la chambre de céans parvient. En effet, d'une part l'enquêtrice a retenu la fourchette haute de la propre évaluation de la recourante, admettant d'ailleurs précédemment que, sur le principe, sans atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité lucrative, pour des raisons financières; mais d'autre part, dès lors que sa CT avait été reconnue pleine et entière dans une activité adaptée, on ne voit pas pourquoi, si c'était véritablement son intention, la recourante n'aurait pas déclaré souhaiter travailler à 100 %, à terme après une reconversion professionnelle, dans une telle activité adaptée. Du reste, lors de l'audience de comparution personnelle, lorsque la chambre de céans évoquant les conclusions du médecin traitant lui reconnaissant dès le 1^{er} juillet 2017 une pleine capacité de travail, après une diminution passagère due à son genou gauche au printemps 2017, elle a bien précisé que cette amélioration de sa capacité de travail (à 100%) s'entendait bien par rapport à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui ont été admises.

Elle fait valoir d'autre part qu'en 2008 elle était encore capable de travailler chez H_____ (tea-room) à 100%, mais allègue que c'était déjà en raison de ses limitations fonctionnelles et de ses douleurs lombaires, qui seraient apparues ou se seraient significativement renforcées à cette époque, qu'elle n'a pas pu assumer un travail à 100% chez son dernier employeur à la cafétéria de l'EMS D_____ de 2009 à 2012. Or, contrairement à ce qu'elle indique, il ressort du rapport d'examen clinique du SMR de mai 2016 (page 4, sur les renseignements anamnestiques professionnels) que l'assurée avait été licenciée de chez H_____ en septembre 2008, car elle n'arrivait plus à concilier ses horaires de travail et ceux de la famille. Elle mentionnait également une surcharge de travail (qui n'implique pas une atteinte à la santé d'autant qu'elle ne l'a pas prétendu, pour cette période). Quant aux problèmes de santé qu'elle allègue, à l'époque de son emploi à l'EMS, elle a été engagée d'abord à 60 %, puis à 50 %, dès le 1^{er} octobre 2010; mais cette réduction du taux de travail coïncide très vraisemblablement avec le début de sa formation de gestionnaire en intendance. Les problèmes de santé qu'elle a rencontrés et qui ont motivé sa première demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité étaient d'ordre psychique, et ont débuté en avril 2011 seulement. Certes en 2010 elle avait subi une intervention au genou (ménisectomie), n'ayant toutefois pas entraîné une incapacité de travail durable, cet aspect n'ayant au demeurant pas été mis en avant dans le cadre de sa première demande de prestations d'invalidité. Du reste, dans le cadre de cette première demande, le statut qui avait été retenu était un statut mixte (50 %/50 %).

Dans le même ordre d'idées, elle semble voir des contradictions dans le rapport d'examen bidisciplinaire de mai 2016 : elle remarque d'une part que les experts semblent retenir que l'arrêt de travail initial d'avril 2011 était en relation avec une atteinte psychique (page 13) alors que par ailleurs, l'expertise évoquerait, (p.5 et p.10), une diminution de l'activité d'employée polyvalente en raison de lombalgies et d'une opération (méniscale ?) survenue en 2010.

Contrairement à ce que prétend la recourante, la lecture du rapport d'examen de mai 2016, et le rapprochement des passages signalés par la recourante (p.5, p. 10 et p.13 notamment) ne souffre d'aucune ambiguïté : l'incapacité de travail durable depuis le 8 avril 2011 (p.10 antépénultième §) est en effet en relation avec une atteinte psychique (p.13 §3 - ce qui ressort d'ailleurs expressément de la première demande de prestations AI de l'assurée (notamment Doc 3 p. 3 dossier OAI); en page 5 et page 10 du rapport d'examen de mai 2016, les paragraphes concernés étant pratiquement identiques, il est mentionné que « l'assurée s'estime incapable de reprendre l'activité professionnelle décrite d'employée en EMS à cause de son dos. Elle a des douleurs depuis 2012, en augmentation progressive ». Ainsi son interprétation du rapport en tant qu'elle y voit des contradictions est erronée: lorsqu'elle s'estime incapable de reprendre une activité dans un EMS, c'est bien en mai 2016, au moment de l'examen, et non pas dans le passé, notamment au moment de son incapacité de travail d'avril 2011. Ainsi son argument pour tenter de justifier que sans atteinte à la santé elle aurait travaillé à 100 % tombe à faux.

Il résulte de ce qui précède que le statut mixte (80% / 20%) retenu par l'intimé n'est pas critiquable: il résulte non seulement des premières déclarations de l'assurée - auxquelles il convient en général d'accorder la préférence, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c) -, mais également des autres éléments du dossier. Ce grief doit également être rejeté.

Cela étant, compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il n'y a pas lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1er décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

En vertu des dispositions transitoires de la modification du 1er décembre 2017, lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1er décembre 2017 du RAI parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un

assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27bis, al. 2 à 4, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2).

b. Elle conteste ensuite le calcul du revenu sans invalidité. Elle reproche en effet à l'intimé de ne pas avoir pris en compte, dans le cadre de l'évaluation des gains professionnels sans invalidité, le CFC de gestionnaire d'intendance qu'elle a obtenu en 2013, ce qui aurait déterminé des revenus bien supérieurs aux CHF 45'367.- retenus dans la décision entreprise. Elle précise encore que cette activité de gestionnaire en intendance impliquant une position debout prolongée, avec une activité physique en quasi-permanence, n'est malheureusement plus possible aujourd'hui, pour elle.

Conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus précise, et doit en principe prendre en compte le dernier revenu réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, ce qui a bien été le cas dans la détermination par l'intimé du revenu sans invalidité. Il est toutefois établi que l'intéressée n'a jamais exercé une activité relevant de ses compétences acquises par l'obtention de ce CFC, de sorte que la prise en compte d'un salaire tenant compte de ses compétences ne pourrait être que théorique. À cela s'ajoute, comme elle le précise, qu'aujourd'hui elle ne pourrait plus mettre à profit ce diplôme, en raison des contraintes physiques incompatibles selon elle avec les limitations fonctionnelles qui ont été admises. La chambre de céans estime toutefois que la question de la prise en compte de cet élément dans la détermination du taux d'invalidité peut rester ouverte. En bonne logique, si l'on devait admettre une telle prise en compte, elle ne modifierait, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas sensiblement ce taux, au point d'avoir une incidence sur son droit à des prestations et à la rente en particulier, d'autant qu'a priori cet élément devrait encore être pris en compte dans la détermination du revenu avec invalidité.

Il résulte ainsi de ce qui précède que la contestation du taux d'invalidité par la recourante doit être rejetée.

16. Enfin la recourante reproche à l'intimé de ne pas l'avoir mise au bénéfice de mesures professionnelles.

a. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c; ATF 117 V 278 consid. 2b et 400 consid. 4b, ainsi que les arrêts cités). La réadaptation par soi-

même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

b. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

En vertu de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit : a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

c. Selon la jurisprudence développée à propos de l'art. 18 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'assurance-invalidité; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 523/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que cette condition était remplie, pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de placement si, pour des raisons de santé, l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 80 consid. 6a). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274) principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4^{ème} et de la

5^{ème} révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162; arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 5.2).

17. En l'espèce, la recourante pourrait exercer à 100% une activité simple et légère. Le revenu d'invalide a été établi sur la base du salaire médian de l'ESS qui, selon la jurisprudence, recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière. Elle a elle-même indiqué en comparution personnelle prétendre pouvoir exercer une activité faisant appel à ses compétences intellectuelles, illustrées par les résultats qu'elle avait obtenus à son CFC. Elle affirme qu'elle serait à même d'exercer dans le domaine du secrétariat, de la réception ou encore comme surveillante. Elle ne démontre toutefois pas avoir entrepris la moindre démarche pour rechercher par elle-même une activité dans ces domaines, ce qui au vu de la jurisprudence rappelée précédemment est exigible, et ne requerrait a priori aucun préalable en termes de formation complémentaire. Du reste d'une façon générale la surveillance fait partie des activités simples et répétitives que l'intéressée est capable d'exercer à 100 % en respectant ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'une mesure d'observation professionnelle ou une mesure professionnelle d'une autre nature, qui aurait pour but de lui permettre d'acquérir des compétences supplémentaires, ne correspondraient pas au but de la réadaptation et ne saurait dès lors être pris en charge par l'assurance-invalidité.

Par conséquent, la recourante est en mesure de trouver sur le marché du travail des activités qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles qui lui ont été reconnues, et qui n'impliquent pas de formation, de sorte qu'une mesure de reclassement n'est pas nécessaire. De plus, au vu des rapports médicaux à disposition, son atteinte à la santé ne l'entrave pas dans la recherche d'un emploi, de sorte qu'elle ne remplit pas davantage les conditions d'octroi d'une mesure de placement.

Ce grief est dès lors lui aussi mal fondé.

18. Enfin, s'agissant des documents médicaux adressés récemment par l'OAI à la chambre de céans, pour information, concernant en particulier le genou gauche, ils n'ont pas être pris en considération dans le cadre du présent litige, car les atteintes dont il est question sont manifestement postérieures à la décision entreprise.
19. Au vu de ce qui précède, en tous points mal fondés le recours sera rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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