

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2790/2015

ATAS/257/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mars 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

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

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1954, mariée, a travaillé en dernier lieu en qualité de socio-éducatrice à 75% auprès des B_____ (ci-après : B_____ ou l'employeur), du 1^{er} mars 1996 au 13 juillet 2009, date à laquelle elle s'est retrouvée dans l'incapacité totale d'exercer son activité.
2. Suite à une échographie de l'épaule gauche du 6 août 2009, le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, a diagnostiqué une déchirure complète du tendon du sus-épineux et un important épanchement dans la bourse sous-acromio-delhoïdienne.
3. Dans un rapport du 17 août 2009, faisant suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 12 août 2009, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à des signes de tendinopathie du tendon supra-épineux, à une bursite associée et à des signes de tendinopathie du tendon sub-scapulaire. Il a également relevé l'existence d'une altération dégénérative dans la partie inférieure de l'articulation acromio-claviculaire, à l'origine d'un conflit sous-acromial.
4. Dans un rapport d'échographie des épaules du 6 janvier 2010, le docteur E_____, spécialiste en radiologie, a conclu à une tendinopathie des coiffes des rotateurs, à une bursite sous-acromio-delhoïdienne, prédominant à droite et à une arthropathie acromio-claviculaire bilatérale, à intégrer dans un contexte de polyarthrite.
5. Dans un rapport du 17 février 2010, à la suite d'une arthrographie-IRM de l'épaule droite, le Dr E_____ a fait état d'une tendinopathie du sus-épineux évolutive, d'un contexte de conflit acromio-huméral, d'une bursite sous-acromio-delhoïdienne, d'un remaniement dégénératif gléno-huméral à caractère modéré et d'une arthrose acromio-claviculaire.
6. Le 24 février 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
7. Dans un formulaire remis à l'OAI le 26 mars 2010, son employeur a précisé qu'elle avait travaillé pour lui à raison de 6 h./jour, soit 30 h./sem. depuis mars 1996. En 2010, son revenu mensuel s'était élevé à CHF 5'949.82, ce qui correspondait à un revenu annuel de CHF 77'347.50. Pour le surplus, l'employeur expliquait que l'activité qu'avait exercée l'assurée nécessitait d'être parfois assis, de marcher souvent, de rester debout souvent, de soulever ou de porter parfois des poids de plus de 25 kg, requérait de grandes capacités de concentration, d'attention et d'interprétation et des capacités moyennes d'endurance et de soin.
8. Dans un rapport du 1^{er} juin 2010, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que celle-ci souffrait d'une tendinopathie de l'épaule droite chronique, d'une tendinopathie de la

hanche gauche, de douleurs lombaires chroniques et d'une polyarthrite séronégative depuis l'automne 2009, ayant entraîné une incapacité de travail depuis le 13 juillet 2009. Les limitations consistaient en douleurs aux épaules et au dos, en blocages et en une impotence fonctionnelle. L'activité habituelle n'était plus exigible, mais la reprise d'une activité adaptée pouvait être attendue dans les prochains mois, à 50% au maximum. Le médecin recommandait d'alterner les positions, d'éviter de marcher beaucoup, de se pencher, de travailler bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, de s'agenouiller et de soulever des poids de plus de 5 kg.

9. Par communication du 14 juin 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était envisagée, son état de santé n'étant pas stabilisé.
10. Par rapport du 11 novembre 2010, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré. Selon un dernier bilan, il n'y avait pas assez de critères pour poser le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. En revanche, il y avait conflit sous-acromial chronique des deux épaules. Le pronostic restait cependant réservé et il était encore prématuré d'envisager une reprise du travail.
11. Dans un rapport du 18 novembre 2010, la Dresse F_____ a confirmé l'amélioration de l'état de santé de l'assurée (diminution des douleurs et stabilité de la polyarthrite rhumatoïde), tout en précisant que l'incapacité de travail restait totale dans toute activité. Toutefois, courant 2011, une reprise à temps partiel, dans une activité moins dure physiquement pouvait être escomptée.
12. Dans un rapport du 5 janvier 2011, faisant suite à une arthrographie-IRM de l'épaule droite, le Dr E_____ a fait état d'une extension de la pathologie du sus-épineux, sous la forme d'un large foyer de déchirure. Par ailleurs, c'était le statu quo.
13. Dans un rapport du 25 janvier 2011, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué retrouver, à droite, une tendinopathie très sévère du sus-épineux, accompagnée par de multiples petites déchirures, ainsi qu'un bec acromial. Le praticien préconisait une arthroscopie et une acromioplastie de l'épaule droite, mais prenait acte du fait que l'assurée souhaitait poursuivre un traitement conservateur.
14. Dans un rapport du 21 février 2011, adressé à l'assureur perte de gain, la Dresse F_____, a indiqué que l'état de santé général de l'assurée s'était amélioré et a pronostiqué une reprise du travail à 40% au cours de l'automne 2011, dans une activité douce.
15. Le 7 juin 2011, sur mandat de l'OAI, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, a réalisé une expertise de l'assurée.

Dans son rapport du 9 juin 2011, l'expert a conclu à une tendinopathie touchant essentiellement le sus-épineux, avec une atteinte plus sévère du côté droit, avec une

déchirure relativement étendue. Selon lui, cette pathologie était certainement favorisée par une arthrose acromio-claviculaire, qui engendrait une ostéophytose inférieure, amenant un conflit sous-acromial et favorisant les lésions du sus-épineux. Il n'y avait par contre pas de manifestation clinique de la polyarthrite symétrique, survenue à l'automne 2009.

L'expert a encore relevé que l'assurée souffrait également de lombalgies, survenant essentiellement lors de l'orthostatisme prolongé, mais sur un second plan.

A son sens, l'assurée rencontrait des limitations fonctionnelles concernant les mouvements effectués par ses épaules, tout geste nécessitant une abduction au-delà de l'horizontale et les ports de charges avec les deux membres supérieurs, en particulier du côté droit.

L'expert concluait que l'activité de socio-éducatrice n'était plus exigible, en raison de l'atteinte aux épaules, depuis juillet 2009. En revanche, l'assurée conservait une capacité de travail résiduelle dans toute activité ne nécessitant ni efforts de manutention, ni mouvements en abduction des épaules. A cet égard, l'expert rappelait que, dans son rapport du 21 février 2011, la Dresse F_____ avait également fait état d'une évolution favorable de la capacité de travail. Des mesures de réadaptation étaient envisageables de suite. Toutefois, au vu du long arrêt de travail, l'expert préconisait une reprise à temps partiel, mais à terme, à plein temps.

16. Le 18 août 2011, le service médical régional de l'OAI (SMR) a conclu à une capacité de travail de l'assurée de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée dès juillet 2009.
17. Le 18 octobre 2011, l'OAI a évalué le degré d'invalidité théorique de l'assurée à 43,77% dans la sphère professionnelle en comparant le revenu qu'aurait réalisé en 2010 l'assurée sans atteinte à sa santé - soit CHF 103'129.- - à celui qu'elle aurait pu obtenir malgré elle la même année en exerçant une activité à 75% et compte tenu d'une diminution de rendement de 10%, soit CHF 42'940.- (sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2008, TA1, niveau 4, indexé selon l'indice suisse nominal des salaires [ISS]).
18. Dans un rapport du 31 mars 2012, la Dresse F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, conduisant à une incapacité de travail de 100% du 9 au 25 mars 2012 et de 50% du 26 mars au 17 avril 2012, notamment en raison d'une fatigabilité importante. Le médecin émettait l'avis qu'une reprise du travail à 100% pourrait ne plus être possible dans le futur.
19. Dans un rapport du 25 juin 2012, établi à la suite d'un stage effectué par l'assurée du 20 février au 20 mai 2012 (soit 62 jours) dans le secteur de l'administration, la Fondation PRO a préalablement constaté que la présence effective de l'assurée avait été de 51 jours, à un taux de 50%, au lieu des 75% initialement prévus. Quant aux aptitudes de l'assurée, elles étaient profondément altérées. En particulier, son manque de concentration, ses pertes de mémoire, sa fragilité émotionnelle, ses douleurs, sa faible résistance et les soucis permanents liés à sa problématique de

santé étaient un frein majeur à la reprise d'une activité. Les rendements atteints étaient inférieurs à la demande du marché du travail et une baisse de l'ordre de 10% était constatée. Ainsi, la fondation préconisait une activité adaptée, au maximum à 50%, avec un rendement diminué.

20. Dans un rapport du 12 septembre 2012, la Dresse F_____ a confirmé l'aggravation de l'état de santé de sa patiente, sujette à une grande fatigabilité et à un réveil des douleurs et des blocages, mis en évidence au cours du stage effectué. A son sens, la capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle et de 40% au maximum dans une activité adaptée.
21. Dans un rapport complémentaire du 30 octobre 2012, la Dresse F_____ a précisé que l'aggravation de l'état de santé était due à l'augmentation des douleurs aux épaules et au bas du dos. Un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 16 mars 2012 avait mis en évidence une légère discopathie en L3-L4 et L4-L5 et une arthrose interapophysaire postérieure modérée en L4-L5 et plus marquée en L5-S1, avec un kyste arthrosynovial postérieur gauche sans répercussion neurologique.
22. Le 24 janvier 2013, la doctoresse J_____, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, a constaté que les conclusions du Dr I_____ coïncidaient avec celles de la Fondation T_____ et de la Dresse F_____ : la capacité de travail devait être estimée à 40% dans une activité adaptée et à 0% dans l'activité habituelle. Il y avait eu une courte période d'incapacité totale de travail du 9 au 25 mars 2012.
23. Le 22 mai 2013, une enquête économique sur le ménage a été réalisée, en présence de l'assurée et de son époux.

Dans son rapport du 23 mai 2013, l'enquêtrice a noté préalablement que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait poursuivi son activité d'éducatrice au même taux, soit à 75%. L'époux de l'assurée travaillait à 73% en tant que veilleur de nuit et était présent pour les repas en journée.

Les différentes activités étaient pondérées comme suit : conduite du ménage 3%, alimentation 47%, entretien du logement 20%, emplettes et courses diverses 7%, lessive et entretien des vêtements 20%, soins aux enfants ou aux autres membres de la famille 0% et divers 3%.

Les empêchements étaient fixés à 0% pour la conduite du ménage, à 20% pour l'alimentation, avec une aide exigible du conjoint de 30%, à 60% pour l'entretien du logement, avec une aide exigible du conjoint de 30%, à 0% pour les emplettes et courses diverses, avec une aide exigible du conjoint de 60%, à 30% pour la lessive et l'entretien des vêtements, avec une aide exigible du conjoint de 20%, à 0% pour les soins aux enfants et autres membres de la famille, et à 80% pour les divers.

L'enquête relevait que les empêchements dans la sphère ménagère étaient importants et en lien avec les limitations fonctionnelles énoncées.

L'aide exigible pondérée du conjoint était évaluée à 28,3 %, compte tenu de son activité professionnelle à 73% et de sa bonne santé.

L'enquête concluait à un taux d'empêchement de 29,8% dans la sphère ménagère.

24. Le 26 juillet 2013, l'OAI a évalué le degré d'invalidité de l'assurée dans la sphère professionnelle à 81,6%.

Pour ce faire, il a comparé le revenu qu'aurait pu réaliser l'assurée en 2011 malgré ses limitations, en exerçant une activité simple et répétitive - soit CHF 14'375.- (sur la base de l'ESS 2010, TA1, tous secteurs confondus, niveau 4 = CHF 52'728.- à 100% en 2010 = CHF 53'239.- à 100% en 2011 = CHF 15'972.- à 30% en 2011 [40% de 75%] = CHF 14'375.- compte tenu d'une diminution supplémentaire de 10% vu les limitations fonctionnelles, l'âge, les années de service et le temps partiel), à celui qu'elle aurait obtenu sans atteinte à sa santé la même année, soit CHF 78'096.- (CHF 77'347.- [revenu annuel de l'assurée en 2010] indexé).

25. Dans un rapport du 23 avril 2014, le docteur K_____, médecin auprès de l'unité d'oncogynécologie médicale des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a diagnostiqué un carcinome canalaire invasif du sein droit révélé en octobre 2013 et ayant entraîné depuis lors une totale incapacité de travail.
26. Le 21 novembre 2013, l'assurée a subi une tumorectomie réalisée par la doctoresse L_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique.
27. Dans un rapport complémentaire du 10 juin 2014, le Dr I_____ a précisé qu'à son sens, dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni gestes de manutention à répétition, ni mouvements au-dessus de l'horizontale des membres supérieurs, la capacité de travail de l'assurée était pleine et sans limite de rendement dès le 13 juillet 2009.
28. Le 10 juillet 2014, la doctoresse M_____, médecin auprès du SMR, a observé que l'assurée avait été dans l'incapacité totale de travailler depuis octobre 2013, en raison d'un carcinome au sein droit. En revanche, s'agissant des problèmes de santé initialement invoqués, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 13 juillet 2009.
29. Dans un rapport du 3 novembre 2014, le docteur N_____, médecin interne auprès de l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG, a indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire et la capacité de travail nulle. Les limitations fonctionnelles consistaient en fatigue et douleurs articulaires.
30. Le 5 février 2015, le docteur O_____, médecin FMH auprès du SMR, a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'effectuer une expertise pluridisciplinaire, oncologique et rhumatologique. Il a admis une totale incapacité de travail dans toute activité depuis octobre 2013.
31. Quant au taux d'empêchement dans la sphère ménagère, il a été évalué à 72% (cf. note de travail du 20 mars 2015).

-
32. Le 25 mars 2015, estimant que l'assurée aurait pu exercer une activité administrative durant la période où elle avait recouvré une capacité de travail exigible, l'OAI a évalué son degré d'invalidité dans la sphère professionnelle à 53,2% en comparant un revenu avec invalidité de CHF 36'223.- (ESS 2010, TA7, domaine de travail 23, niveau 4, à un taux de 75% et après réduction de 25% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de la seule possibilité d'effectuer une activité légère, de l'âge de l'assurée [56 ans au moment de l'atteinte] et de ses treize années de services) à un revenu avant invalidité de CHF 77'347.-.
33. Par certificats médicaux établis le 6 mai 2015, le Dr N_____ a attesté d'une incapacité de travail de l'assurée de 50% durant les mois de mai et juin 2015.
34. Par décision du 18 juin 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} août 2010 au 31 janvier 2014 et à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} février 2014.

Le revenu annuel moyen déterminant pris en compte était de CHF 49'350.- et l'échelle de rente partielle 23 était applicable.

Le montant de la rente entière allouée s'élevait à CHF 978.- du 1^{er} février au 31 décembre 2014 et à CHF 983.- dès le 1^{er} janvier 2015. En effet, à compter du 13 juillet 2009, l'OAI a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle d'éducatrice, mais totale dans une activité adaptée. Or, compte tenu d'un revenu sans invalidité estimé à CHF 77'347.- et d'un revenu avec invalidité fixé à CHF 36'223.-, en tenant compte d'un taux d'occupation de 75% et d'une réduction supplémentaire de 25 %, la perte de gain s'élevait à CHF 41'124.- et le degré d'invalidité à 53,2 % dans la sphère professionnelle. Par ailleurs, d'après l'enquête ménagère effectuée en mai 2013, l'empêchement dans la tenue du ménage était de 29,8%. Le degré d'invalidité global s'élevait donc à 47% (39,75% pour l'activité professionnelle et 7,25% pour l'activité ménagère).

A partir d'octobre 2013, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé et sa capacité de travail avait été nulle dans toute activité professionnelle. Quant à l'empêchement dans la partie ménagère, il était estimé à 72%. Le degré d'invalidité global était donc de 93% (75% pour l'activité professionnelle et 18% dans la sphère ménagère).

Au vu du dépôt tardif de la demande de l'assurée le 24 février 2010, son droit à la rente ne s'ouvrait qu'à compter du 1^{er} août 2010.

35. Par acte du 19 août 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant, avec suite de frais et de dépens, préalablement, à ce que l'OAI explique le revenu annuel moyen déterminant retenu (CHF 49'350.-) et, principalement, à ce qu'une rente entière lui soit octroyée, sur la base du maximum prévu par l'échelle de rente partielle 23, soit un montant mensuel de CHF 1'192.- d'août 2010 à décembre 2010, de CHF 1'213.- de janvier 2011 à décembre 2012, de CHF 1'223.- de janvier 2013 à décembre 2014 et de CHF 1'228.- dès janvier 2015.

La recourante soutient avoir été dans l'incapacité d'exercer la moindre activité du 1^{er} août 2010 au 31 janvier 2014 déjà.

36. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 septembre 2015, a conclu au rejet du recours.

S'agissant de l'allégation selon laquelle la recourante n'aurait pu exercer la moindre activité entre août 2010 et janvier 2014, l'OAI observe que, selon le Dr I_____, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis juillet 2009. Ce n'est qu'en octobre 2013 que son état s'est aggravé au point d'entraîner une incapacité totale de travail, étant rappelé qu'une modification de l'état de santé n'est déterminante que lorsqu'elle a duré trois mois sans interruption notable. Pour le reste, l'OAI soutient qu'il n'existe pas d'élément permettant de remettre en cause la valeur probante de l'enquête ménagère réalisée le 22 juin 2013.

Concernant le revenu annuel moyen déterminant retenu, il renvoie aux déterminations de la Caisse cantonale genevoise de compensation (CCGC). Celle-ci explique notamment que 18 ans de cotisations ont pu être pris en compte, afin d'appliquer à l'assurée l'échelle de rente partielle 23, plus favorable. Compte tenu du revenu total réalisé pendant la période obligatoire d'assurance de CHF 810'384.- et des tables de rentes de l'échelle 23, le revenu annuel moyen déterminant (RAM) de la recourante s'élevait à CHF 49'350.- au 1^{er} janvier 2015, correspondant à une rente entière de CHF 983.- par mois.

37. Dans sa réplique du 16 novembre 2015, la recourante a modifié ses conclusions. Elle requiert désormais l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} août 2010 au 31 janvier 2014.

S'agissant de son invalidité dans la sphère ménagère, elle conteste l'aide exigible retenue pour son époux. Elle explique que ce dernier souffre d'affections cardiorespiratoires, digestives et ostéo-articulaires qui le handicapent dans une certaine mesure dans les activités de la vie quotidienne, comme l'atteste un rapport rédigé le 4 novembre 2015 par le docteur P_____, spécialiste FMH en médecine générale. Elle en tire la conclusion qu'il conviendrait de réduire l'aide exigible pour chaque poste de moitié et d'estimer la conduite du ménage à 0%, l'alimentation à 16,45%, l'entretien du logement à 15%, l'employés et les courses à 2,1%, la lessive et les vêtements à 8%, les soins aux enfants à 0% et les divers à 2,4%, de sorte que l'empêchement ménager à retenir s'élèverait à 44%.

Concernant la quotité de sa rente, la recourante estime que l'avis du Dr I_____, selon lequel elle aurait été apte à exercer une activité adaptée de 2010 à 2014, n'est pas motivé et peu réaliste.

Quoi qu'il en soit, elle reproche à l'intimé de s'être référé au tableau TA7 et à la ligne 23 pour établir son salaire statistique et soutient qu'il y a lieu de s'en tenir au tableau TA1, niveau 4, soit au salaire médian pour les femmes, c'est-à-dire CHF 4'255.-.

Ainsi, le salaire d'invalidé devrait être fixé à CHF 52'728.- ($4'225/40 \times 41.6 \times 12$) et réduit de 25% avant d'être comparé au revenu sans invalidité de CHF 78'096.-, conduisant à un degré d'invalidité de 62% dans la sphère professionnelle.

Compte tenu du degré d'invalidité de 44% à retenir dans la sphère ménagère, le degré d'invalidité global s'élèverait ainsi à 57,50% (soit 46,50% pour l'activité professionnelle et 11% pour la sphère ménagère), ce qui fonderait son droit à une demi-rente d'invalidité d'août 2010 à janvier 2014.

La recourante ajoute que, quand bien même un taux d'empêchement de 44% ne serait pas retenu pour la sphère ménagère, compte tenu d'un empêchement de 62% dans l'activité professionnelle et de 29% dans la sphère ménagère, le degré d'invalidité global devrait s'élever au moins à 53,75% (soit 46,50% pour l'activité professionnelle et 7,25% pour la sphère ménagère), lui ouvrant droit à une demi-rente.

A l'inverse, dans le cas de la seule admission du taux de 44% pour la sphère ménagère, au vu d'un empêchement de 53% dans la sphère professionnelle, son degré d'invalidité serait de 50,75% (soit 37,75% pour l'activité professionnelle et 11% pour la sphère ménagère) et le droit à une demi-rente devrait là encore lui être reconnu.

Ainsi, dans tous les cas, une demi-rente d'invalidité devrait lui être accordée pour la période d'août 2010 à janvier 2014.

38. Dans sa duplique du 7 décembre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Concernant l'aide exigible du mari de la recourante, il soutient que les 28,3% retenus dans l'enquête ménagère sont conformes à la jurisprudence et, au degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide effective reçue.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, l'intimé relève que le tableau TA1 de l'ESS, secteur des services, comporte de très nombreuses activités inaccessibles à la recourante au regard de ses limitations fonctionnelles, si bien que son application ne se justifie pas. En revanche, compte tenu du fait que la recourante aurait pu exercer une activité administrative durant la période où elle avait recouvré une capacité de travail résiduelle et qu'elle en avait les compétences et les capacités, comme démontré durant les stages effectués, la comparaison des revenus effectuée par l'intimé le 25 mars 2015, selon le tableau TA7, niveau 4, ne serait pas critiquable.

39. Par écritures du 16 décembre 2015, la recourante a également persisté dans ses conclusions.

S'agissant de l'enquête ménagère, elle relève que l'enquêtrice a considéré que son conjoint était en bonne santé, ce qui est erroné.

Concernant les statistiques sur lesquelles se base l'intimé, elle relève que, selon la doctrine et la jurisprudence, en général, c'est le tableau TA1 et non TA7 qui est

utilisé. De plus, selon elle, la ligne 23 du tableau TA7, intitulée « autres activités commerciales et administratives » ne peut lui être appliquée, dans la mesure où elle ne permet pas de déterminer précisément l'activité envisagée. A ce propos, la recourante relève que l'intimé a initialement fait application du TA1 ; ce n'est que dans un deuxième temps qu'il s'est référé au TA7, sans doute pour parvenir à une solution défavorable à l'assurée.

40. Copie de cette dernière écriture a été transmise à l'intimé le 17 décembre 2015.

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 depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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

b. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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

c. En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 18 juin 2015, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI suscitées, dans la mesure de leur pertinence

(ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 19 août 2015 contre la décision de l'intimé du 18 juin 2015 est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et compte tenu de la suspension des délais courant du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).
4. Le litige porte sur le degré de la rente à accorder à la recourante du 1^{er} août 2010 au 31 janvier 2014, étant précisé que la décision attaquée lui octroie un quart de rente d'invalidité durant cette période pour laquelle la recourante requiert une demi-rente et que le droit à une rente entière lui a été reconnu dès le 1^{er} février 2014.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

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

b. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

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

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 LPGGA), 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.

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au

dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGGA) 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).

d. 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).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. a. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). 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).

c. 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).

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).

Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités

ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014).

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

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, d'une bursite sous-acromio deltoïdienne bilatérale, de douleurs lombaires chroniques avec sciatalgies et d'un syndrome inflammatoire, avec suspicion d'une polyarthrite séronégative, qui ont entraîné une incapacité totale à exercer son activité habituelle depuis le 13 juillet 2009.

En outre, les parties s'accordent à reconnaître une aggravation de l'état de santé de la recourante à compter d'octobre 2013, en raison d'un carcinome canalaire invasif du sein droit, aggravation conduisant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} février 2014.

Seule demeure donc litigieuse l'évaluation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, pour la période antérieure au 1^{er} février 2014.

En effet, dans sa décision du 18 juin 2015, l'intimé retient que la recourante a toujours conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, la comparaison des gains conduisant à un degré d'invalidité lui ouvrant droit à un quart de rente du 1^{er} août 2010 au 31 janvier 2014.

La recourante conteste toute capacité de travail durant cette période, alléguant que les conclusions du Dr I_____ ne sont pas motivées et peu réalistes. Elle requiert l'octroi d'une demi-rente au moins durant la période considérée.

11. a. Dès lors, il convient d'examiner, tout d'abord, quelle valeur probante peut être reconnue à l'expertise du Dr I_____ du 9 juin 2011.

La chambre de céans constate que cette expertise se base sur le dossier médical de la recourante et son examen clinique. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'intéressée ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est prononcé sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes.

L'expertise réalisée est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante.

- b. Toutefois, la chambre de céans observe que, dans son complément du 10 juin 2014, l'expert s'est écarté des conclusions de son expertise sans justification.

En effet, dans son rapport d'expertise du 9 juin 2011, le Dr I_____ retenait certes une capacité de travail entière dans une activité adaptée, mais il préconisait d'abord une reprise à temps partiel.

Les conclusions de l'expert rejoignaient ainsi celles du médecin traitant de la recourante, la Dresse F_____, qui, dans un rapport du 21 février 2011, escomptait une reprise du travail à 40% au cours de l'automne 2011.

Or, dans son complément du 10 juin 2014, sans expliquer à satisfaction de droit les raisons pour lesquelles il revenait sur ses premières conclusions, l'expert a conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 13 juillet 2009.

Dans son rapport du 1^{er} juin 2010, la Dresse F_____ avait pourtant attesté d'une incapacité de travail totale de la recourante dans toute activité depuis le 13 juillet 2009 et préconisé la reprise d'une activité adaptée d'abord à 50% au maximum.

Dans un rapport du 11 novembre 2010, le Dr G_____ avait également indiqué qu'une reprise du travail était prématurée.

Le 18 novembre 2010, la Dresse F_____ estimait qu'une reprise du travail à temps partiel ne pouvait être escomptée que dans le courant de l'année 2011.

L'expert I_____ n'indique pas non plus les raisons pour lesquelles il se démarque de ces appréciations dans son complément d'expertise.

Par la suite, la Fondation T_____ a conclu pour sa part à une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% au maximum, avec un rendement diminué de l'ordre de 10%.

Dans des rapports des 31 mars et 12 septembre 2012, la Dresse F_____ a alors fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente et a conclu à une capacité de travail dans une activité adaptée de 40%, tout en relevant que la reprise d'une activité à temps complet pourrait ne plus être possible dans le futur.

Le 24 janvier 2013, la Dresse J_____, a d'ailleurs retenu, pour le compte du SMR, une capacité de travail dans une activité adaptée de 40%.

Qui plus est, dans son calcul du degré d'invalidité du 26 juillet 2013, l'intimé a tenu compte d'un taux d'activité professionnelle exigible de 30%, soit 40% de son taux d'activité initial de 75%.

A teneur du dossier produit, ces nouveaux éléments n'ont pas été soumis à l'expert I_____ dans le cadre de la demande de complément formulée par l'intimé. Le Dr I_____ relève d'ailleurs dans son rapport du 10 juin 2014 n'avoir reçu aucune information concernant l'évolution clinique de l'assurée depuis son expertise.

Eu égard à ces éléments, force est de constater que la demande de complément soumise à l'expert était lacunaire. Dès lors, les conclusions formulées dans le complément du 10 juin 2014 ne sauraient être suivies, d'autant que, comme relevé, l'expert s'est écarté de ses conclusions précédentes sans s'en expliquer.

Il reviendra donc à l'intimé d'interpeller à nouveau l'expert en lui soumettant l'intégralité du dossier médical constitué depuis juin 2011 et en sollicitant, cas échéant, des explications quant à une modification de ses conclusions.

Dans ces conditions, il apparaît que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire, de sorte que la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante et son droit à des prestations pour la période antérieure au 1^{er} février 2014.

Il convient ainsi de lui renvoyer le dossier de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

En l'état, il sera renoncé à d'autres mesures d'instruction et, en particulier, à l'audition du Dr P_____ sollicitée par la recourante, s'agissant de l'appréciation de l'aide exigible de son époux.

Cependant, la chambre de céans observera qu'à l'occasion du renvoi ordonné, il reviendra également à l'intimé d'apprécier le rapport du Dr P_____ du 4 novembre 2015, produit par la recourante le 16 novembre 2015, avant de rendre une nouvelle décision.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier statue à nouveau sur le degré d'invalidité à reconnaître à la recourante pour la période du 1^{er} août 2010 au 31 janvier 2014. La décision litigieuse est confirmée pour le surplus, c'est-à-dire pour la période postérieure au 31 janvier 2014.

La recourante obtenant formellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPGA-GE-E 5 10) ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 (RFPA – E5 10.03)).

Pour le reste, la procédure n'étant plus gratuite depuis le 1^{er} juillet 2006 (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 89 H al. 4 LPA-GE), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant la période du 1^{er} août 2010 au 31 janvier 2014.
4. Confirme la décision du 18 juin 2015 pour le surplus, c'est-à-dire pour la période postérieure au 31 janvier 2014.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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