

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3205/2013

ATAS/32/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 janvier 2015

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président ; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1950, de nationalité suisse, a suivi, après l'école obligatoire, une école ménagère et professionnelle jusqu'en 1968, puis un an d'école d'infirmière. Elle est mariée à Monsieur A_____, paraplégique, et mère de deux enfants, B_____ et C_____, nés respectivement en 1972 et 1978. Elle a travaillé en qualité d'employée de bureau de 1972 à 1978, puis d'aide infirmière chez un particulier de 1995 à 1997.

2. L'assurée a été engagée en qualité d'auxiliaire aide-familiale (aide-soignante) à la demande et payée à l'heure, pour un taux moyen d'activité de 35 %, dès le 3 novembre 1997 par la Fondation D_____ (D_____).

Dès le 1^{er} septembre 1999, elle a été mise au bénéfice d'un contrat d'engagement fixe de durée indéterminée pour un taux d'activité de 80 %, toujours en qualité d'auxiliaire aide-familiale puis d'aide extra-hospitalière. Elle a réduit son taux d'activité à 60 % dès le 1^{er} mars 2007. Elle a obtenu une attestation de qualification dans le domaine de l'aide et des soins à domicile en novembre 2007.

3. Selon son extrait de compte individuel AVS, l'assurée a réalisé un revenu annuel brut de CHF 49'650.- en 2004, CHF 50'927.- en 2005, CHF 43'088.- en 2006, CHF 43'971.- en 2007, CHF 43'150.- en 2008, CHF 46'393.- en 2009 et CHF 44'581.- en 2010. D'après ses certificats de salaire pour les années considérées, elle a réalisé un salaire brut de CHF 47'474.- en 2011 et de CHF 43'261.- en 2012.

4. L'assurée a été en incapacité totale de travailler du 24 janvier au 8 février 2005, du 31 octobre au 13 novembre 2005, du 8 mai au 5 août et du 21 août au 3 septembre 2006. Elle a eu une capacité de travailler de 50 % du 4 septembre au 3 octobre 2006, du 6 au 17 février 2008, ainsi que quelques jours d'affilée en février et août 2008, en septembre et décembre 2009 et en janvier 2010. Puis, en 2010, elle a eu une capacité de travail de 0 % du 21 avril au 9 mai, du 1^{er} au 6 juin et du 7 juin au 18 juillet 2010.

L'assurée est en arrêt de travail total depuis le 3 janvier 2012.

5. L'assurée a déposé le 16 février 2012 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office cantonal des assurances sociales, sollicitant l'octroi d'une rente. À l'appui de sa demande, elle a fait état d'importants problèmes à la colonne vertébrale, d'asthme et de problèmes veineux.

6. Les rapports médicaux suivants ont été réunis :

a) Selon un rapport du 27 février 2012 du docteur E_____, rhumatologue, médecin traitant de l'assurée depuis le 15 février 2012, l'assurée souffrait de dorsalgies sur dysfonction D10-D12 et ostéoporose sévère sur tassement de D11 depuis 2012. L'activité restait exigible, sans baisse de rendement, pour autant que l'assurée ne porte pas de charges de plus de 10 kg, ne fasse pas de flexion du dos et n'exerce pas d'activité en se penchant, accroupie, à genou, etc.

Selon un rapport du 17 décembre 2012 du Dr E_____, l'état de l'assurée était stationnaire depuis janvier 2012, sans changement dans les diagnostics, et l'assurée était totalement incapable de travailler dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les limitations étant le port de charges jusqu'à 5 kg, des mouvements de flexion du rachis, avec la nécessité de changer de position toutes les trente minutes.

- b) D'après un rapport du 27 février 2012 du docteur F_____, ophtalmologue de l'assurée depuis 2008, l'assurée présentait un glaucome à tension normale depuis septembre 2011, sans conséquence sur la capacité de travail.
- c) Selon un rapport du 8 mars 2012 du docteur G_____, rhumatologue, ayant suivi l'assurée du 6 décembre 2011 au 30 janvier 2012, l'assurée présentait des lombosciatalgies droites, des douleurs lombaires et l'activité habituelle d'aide-ménagère n'était plus exigible.

Selon un rapport du 14 décembre 2012 du Dr G_____, il n'y avait pas eu un nouvel examen médical depuis le 30 janvier 2012, mais l'état de l'assurée était stationnaire depuis l'automne 2011, les diagnostics restaient inchangés, les lombosciatalgies ayant une influence sur la capacité de travail. La capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles.

- d) D'après un rapport d'expertise du 31 juillet 2012 du docteur H_____, rhumatologue, mandaté par l'assurance perte de gain de l'employeur, l'assurée, selon l'anamnèse, avait commencé à souffrir en 2006 de douleurs musculosquelettiques globales, mal systématisées, éparses, fluctuantes et migrantes, ayant donné lieu à un arrêt de travail de cinq mois. L'exacerbation ponctuelle des douleurs avait conduit à des incapacités de travail régulières dès 2007-2008, environ deux à trois fois par an, mais ne dépassant pas une quinzaine de jours. D'après en outre les constatations objectives et les examens radiologiques effectués, l'assurée était atteinte de dorsolombalgies chroniques, de troubles disco-dégénératifs et statiques du rachis et d'ostéoporose fracturaire. Elle était totalement et vraisemblablement définitivement incapable d'exercer son activité d'aide-soignante, en raison des contraintes rachidiennes liées aux postures, au port de charges et à la position debout qu'implique cette activité professionnelle. Dans une activité professionnelle légère excluant le port de charges de plus de 7 kg, avec alternance de la position assise et debout, en évitant les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la capacité de travail de l'assurée était entière.
7. Selon le rapport d'évaluation du 24 avril 2012 de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), l'assurée affirmait avoir réduit son taux d'activité à 60 % en 2006 « à cause de sa santé qui commençait à décliner ». L'assurée était limitée dans toutes ses activités, y compris ménagères. Elle souffrait également d'asthme, ce qui était incompatible avec certains antalgiques. Aucune

mesure professionnelle n'était indiquée et il convenait d'attendre l'avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR).

8. Selon l'avis de la doctoresse I_____ du SMR du 5 février 2013, les conclusions de l'expertise du Dr H_____ pouvaient être suivies. L'assurée était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les empêchements ménagers étaient faibles, l'assurée pouvant répartir ses tâches.
9. Sur mandat de l'OAI, une enquête ménagère a été effectuée au domicile de l'assurée le 22 avril 2013.

D'après le rapport que l'enquêtrice a établi le 23 avril 2013, l'assurée avait diminué son taux de travail en 2006 de 80 % à 60 % en raison d'une pression trop importante sur son lieu de travail et du fait des douleurs qu'elle ressentait au terme d'une journée de travail, à une époque où les revenus cumulés de son mari, rentier de l'assurance-invalidité, et d'elle-même à 60 % suffisaient pour vivre, puis qu'elle avait travaillé à 60% de 2006 (recte : 2007) à janvier 2012, avant d'être en incapacité totale de travailler. Sa diminution de taux d'activité résultait ainsi d'un choix personnel ; il fallait donc retenir que l'assurée avait un statut mixte, constitué d'une part active de 60 % et d'une part ménagère de 40 %. Aucune exigibilité ne pouvait être retenue pour le conjoint de l'assurée, qui était en chaise roulante et atteint dans sa santé.

L'assurée pouvait conduire son ménage normalement (poste pondéré à 5 %). S'agissant de l'alimentation (poste pondéré à 35 %), l'empêchement était de 20 % : l'assurée continuait à faire à manger deux fois par jour, en simplifiant les choses (repas simples, et en restant debout), elle mettait la table, la débarrassait, remplissait le lave-vaisselle et le vidait ; l'empêchement était retenu pour les grands nettoyages de la cuisine et les invitations que l'assurée ne pouvait plus faire. S'agissant de l'entretien du logement (poste pondéré à 20 %), l'empêchement était de 30 % : l'assurée continuait à faire le ménage, de manière moins maniaque et beaucoup plus lentement qu'auparavant, à raison d'une pièce par jour, alors qu'elle faisait tout le ménage en une demi-journée auparavant ; elle avait acquis un aspirateur léger et simplifié certaines tâches ; elle ne pouvait plus faire les gros nettoyages de printemps et demandait à ses fils de l'aider pour changer les draps ; l'empêchement retenu tenait compte du temps supplémentaire pour faire le ménage et du fait que les gros nettoyages ne pouvaient plus être faits. S'agissant des emplettes et courses diverses (poste pondéré à 10 %), aucun empêchement n'était retenu : l'assurée faisait ses courses avec un caddie léger sur quatre roues, s'y rendant avec son mari en voiture, deux fois par semaine. Pour la lessive et l'entretien des vêtements (poste pondéré à 20 %), aucun empêchement n'était retenu : l'assurée faisait la lessive comme avant son atteinte à la santé, sans être astreinte à des contraintes d'horaire, repassait très peu, rangeait les vêtements sans aide et faisait des pauses si nécessaire. Pour les soins à son mari (poste pondéré à 10 %), un empêchement de 10 % était retenu : l'assurée devait aider son mari pour se laver le dos, faire des manipulations pour mettre la chaise roulante de son mari dans la voiture. Il n'y avait

pas d'autres activités à retenir sous la rubrique « Divers ». L'assurée présentait ainsi des empêchements d'au total 14 % ; en prenant son temps et en répartissant le travail sur la semaine, elle continuait à faire son ménage malgré ses douleurs dans le dos, disant même que c'était stimulant.

10. L'OAI a effectué le calcul du taux d'invalidité de la recourante sur les bases suivantes, en considération d'un statut mixte 60 % - 40 %. Pour la part active, le revenu avec invalidité a été établi sur la base des données résultant de l'Enquête suisse des salaires ESS 2010, TA1, femme, niveau 4, pour une durée normale hebdomadaire de travail de 41.6 heures, réévalué à 2011, soit un revenu annuel de CHF 53'239.-, appliqué aux 60 % du taux d'activité de l'assurée, ce qui donnait CHF 31'943.40, dont il se justifiait de déduire 20 % (soit CHF 6'388.70) à titre de réduction admise dans une approche pluridisciplinaire pour tenir compte de différents critères (activités légères seules possibles, limitations fonctionnelles, âge, année de service, nationalité et permis, taux d'occupation), en sorte que le revenu avec invalidité était de CHF 25'555.-. Le revenu sans invalidité a été fixé à CHF 45'451.- sur la base des données fournies par l'ancien employeur pour 2011. La comparaison des deux revenus considérés donnait une différence de CHF 19'896.-, représentant une perte de gain de 44 %, taux à appliquer aux 60 % de la part active de l'assurée, pour obtenir un degré d'invalidité afférent à la part active de 26 %. Pour la part ménagère, l'empêchement de 14 % déterminait, appliqué aux 40 % de ladite part, un degré d'invalidité de 6 %. Le degré d'invalidité de l'assurée était donc de 32 %.
11. Par projet de décision du 7 mai 2013, l'OAI a refusé toute rente d'invalidité à l'assurée, au motif que le taux d'invalidité de 32 % n'ouvrait pas de droit à une rente. Sans atteinte à la santé, l'assurée aurait continué à travailler à 60 %, les 40 % restant correspondant à ses travaux ménagers. Sa capacité de travail était certes nulle comme aide hospitalière, mais rien n'empêchait qu'elle exerce une autre activité plus légère physiquement, dès juillet 2012, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation ; des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées en raison de la compétence professionnelle déjà acquise, transposable dans toute sorte d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles et immédiatement accessibles, sans besoin de formation professionnelle.
12. Le même 7 mai 2013, l'Institution genevoise de maintien à domicile (ci-après : IMAD), ayant succédé à la D_____, a informé l'assurée que son droit aux indemnités perte de gain serait épuisé le 5 décembre 2013, après 730 jours d'absence sur une période d'observation de 1095 jours civils, et qu'elle serait convoquée à un entretien avec le responsable des ressources humaines un mois avant cette échéance pour l'informer des modalités de la fin de ses relations de service.
13. Par pli du 7 juin 2013, l'assurée, désormais assistée d'un avocat, s'est opposée à ce projet de décision. Elle contestait le statut mixte 60 % - 40 % retenu par l'OAI, son taux d'activité usuel, avant son atteinte à la santé, étant de 80 %. Au surplus, elle a

contesté qu'elle puisse exercer une activité adaptée lui procurant un gain annuel de CHF 25'555.-. Le Dr E_____ retenait une incapacité de travail totale dans toute activité, et le Dr H_____, mandaté par l'assureur perte de gain, ne s'était pas prononcé sur la perte de rendement, de sorte que l'OAI aurait dû faire procéder à une expertise médicale. La simple référence aux données statistiques de l'ESS ne suffisait pas, au vu de l'importance de ses limitations fonctionnelles. Il appartenait à l'OAI de démontrer que les données statistiques offraient un panel suffisant dans une activité adaptée, ce qu'il n'avait pas fait.

14. Le 10 juin 2013, le SMR a relevé qu'il ne lui incombait pas de déterminer si, sans atteinte à sa santé, son statut mixte aurait été de 80 % - 20 % plutôt que de 60 % - 40 % et que, sur le plan médical, il n'y avait pas d'argument valable pour modifier ses conclusions.
15. Par décision du 29 août 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision. Selon le SMR, les arguments soulevés lors de la procédure de préavis n'apportaient rien de probant susceptible de justifier la mise en place d'une expertise. S'agissant de la diminution du taux d'activité en mars 2007, elle avait eu lieu pour des raisons personnelles sans rapport avec son atteinte à la santé, remontant elle à 2012.
16. Par acte du 2 octobre 2013, l'assurée a formé recours contre la décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 3 janvier 2013, préalablement à l'audition du Dr E_____, le cas échéant à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Les conclusions du Dr H_____ et du Dr G_____ devaient être écartées, le premier ne s'étant pas prononcé sur la perte de rendement, le second n'ayant plus revu l'assurée depuis qu'elle était en incapacité de travail. Au surplus, la doctoresse qui avait rendu l'avis du SMR n'était pas rhumatologue, de sorte qu'il convenait de retenir l'appréciation du Dr E_____. En refusant de procéder à une expertise, l'OAI ne respectait pas la jurisprudence. S'agissant du taux d'invalidité, il convenait de retenir un statut mixte de 80 % - 20 % et se baser sur le revenu obtenu avant les atteintes à la santé de 2006, lorsque l'activité était effectivement exercée à 80 %.
17. Par pli du 4 novembre 2013, l'OAI a répondu au recours, concluant à son rejet. Aucun indice ne permettait de retenir que la recourante rencontrait antérieurement des difficultés professionnelles qui l'auraient contrainte à réduire son taux d'activité. S'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail, la motivation du recours consistait essentiellement à souligner la divergence d'opinions entre le médecin traitant et l'expert.
18. L'assurée a déposé des observations le 27 novembre 2013. Pour pouvoir conclure à une pleine capacité de travail dans une activité dite adaptée, il fallait en tout cas que le rapport médical ou l'expertise ait spécifiquement diagnostiqué les limitations fonctionnelles, puis évalué le rendement de la personne dans une activité respectant ses restrictions et limitations pour finalement constater que les limitations n'avaient aucun impact sur la capacité de travail résiduelle. Or, ces questions n'avaient pas été examinées dans le cadre de l'expertise effectuée par le Dr H_____, sur mandat

de l'assureur perte de gain dans le seul but de déterminer la capacité de travail dans l'activité habituelle et le lien de causalité entre l'arrêt de travail et la maladie. Ainsi, l'avis du SMR du 5 février 2013, se fondant exclusivement sur cette expertise, ne satisfaisait pas aux exigences de la jurisprudence. En présence de rapports médicaux divergents, il incombait à l'OAI d'ordonner une expertise. S'agissant du taux d'activité, le rapport d'évaluation du 24 avril 2012 de l'OAI relevait que la réduction du taux d'activité avait eu lieu en raison des problèmes de santé. L'incapacité totale de travailler étant fondée sur des radiographies datant de 2010, il était établi que l'état de santé avait commencé à se dégrader auparavant. Il fallait retenir un statut mixte 80 % - 20 % (et non 60 % - 40 %). Le revenu sans invalidité devait dès lors être de CHF 50'927.- (et non de CHF 45'451.-), et le revenu avec d'invalidité de CHF 25'555.- retenu par l'OAI n'était pas réaliste eu égard à l'importance des limitations fonctionnelles de l'assurée.

19. En réponse à des demandes de précisions que la chambre de céans leur a faites le 12 décembre 2013, le Dr H_____ et l'IMAD ont indiqué :

a) le premier cité, dans un courrier du 13 décembre 2013, que l'assurée devait pouvoir alterner la position assise et debout à raison d'une fois par heure ; elle ne présentait pas d'autres limitations fonctionnelles que celles retenues dans son expertise et, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière, sans diminution de rendement ;

b) l'IMAD, dans un courrier du 19 décembre 2013, que l'assurée avait fait une demande de modification de son taux d'activité de 80 % à 60 % dès le 1^{er} mars 2007, pour des raisons personnelles, sans faire état de problèmes de santé. Du relevé d'absences que l'IMAD a produit pour la période de janvier 2005 à décembre 2010, il résultait que l'assurée avait été absente pour cause de maladie, mis à part quelques jours épars, du 24 janvier au 8 février 2005, du 6 au 13 novembre 2005, du 8 mai au 5 août 2006, du 21 août au 3 septembre 2006, puis à 50 % jusqu'au 3 octobre 2006, du 6 au 17 février 2008, du 15 au 17 décembre 2009, du 26 au 31 janvier 2010, du 21 avril au 9 mai 2010, du 1^{er} juin au 18 juillet 2010.

20. Le 13 janvier 2014, l'assurée a communiqué à la chambre de céans la liste des médecins l'ayant suivie avant les Dr J_____, G_____ et E_____, à savoir :

- le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne, entre 2006 et 2008 ;
- le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de la D_____, entre 2006 et 2013 ;
- le docteur M_____, médecin interne, entre 2008 et 2010 ;
- la doctoresse N_____, médecin spécialiste en médecine interne et rhumatologie, entre 2010 et 2011 ;
- la doctoresse O_____, médecin spécialiste en neurologie, en 2011.

Elle a par ailleurs indiqué l'identité des médecins exerçant à l'Hôpital de la Tour qu'elle consultait pour des pathologies incapacitantes supplémentaires, à savoir :

-
- la doctoresse P_____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne, pour des problèmes pulmonaires ;
 - la doctoresse Q_____, médecin spécialiste en angiologie, pour les suites d'une thrombose et d'ulcères aux jambes ;
 - le docteur R_____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie, pour des plaques rouges d'origine inconnue apparues sur les bras et les jambes.

Le 17 janvier 2014, la chambre de céans a posé des questions aux Dr L_____, M_____ et K_____, et elle a invité l'assurée à produire des rapports médicaux circonstanciés des trois médecins (pneumologue, angiologue et allergologue) qu'elle consultait à l'Hôpital de la Tour.

21. La chambre de céans a reçu les informations suivantes de la part des médecins précités, en réponse à ses questions :

- a) Selon un courrier du 21 janvier 2014 du Dr L_____, l'assurée souffrait d'une ostéoporose sévère avec perte de dix centimètres en taille, associée à des troubles statiques et dégénératifs lombaires avec sciatalgies droites, impliquant une totale incapacité de travail comme aide extra-hospitalière. Il ne connaissait pas l'évolution de l'état de santé et ne savait pas pourquoi l'assurée avait diminué son taux de travail en mars 2007. S'agissant de l'activité adaptée, elle était en principe par définition non limitée, sauf en cas de pathologie aiguë intercurrente, ce qui n'était pas le cas. Il s'agissait toutefois de définir une activité adaptée dans ce contexte, ce qui n'était pas aisé.
- b) Selon un courrier du 6 février 2014 du Dr M_____, celui-ci avait suivi l'assurée du 23 juin 2008 au 3 mai 2010, pour des crises d'asthme, une périarthrite de la hanche droite et des souffrances morales dans un contexte familial difficile. Elle avait été ponctuellement incapable de travailler en août 2008, décembre 2009 et avril-mai 2010. Elle ne présentait pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il ne savait pas pourquoi elle avait diminué son taux d'activité, mais savait que son mari handicapé était en chaise roulante, sans qu'il puisse affirmer qu'il s'agissait là de la raison de la réduction.
- c) Selon un courrier du 8 mars 2014 du Dr K_____, médecin traitant de l'assurée du 4 octobre 2002 au 8 février 2008, celle-ci présentait de l'asthme, une thrombose veineuse, un épuisement, une faiblesse de la mémoire, une dépression réactive et ses limitations étaient avant tout d'ordre psychologique. Elle avait été incapable de travailler pendant certaines périodes en 2005 et 2006. Elle ne pouvait pas travailler dans le même établissement à cause d'une situation de mobbing et de harcèlement. Dans un autre contexte, on pouvait imaginer une capacité de travail résiduelle. Elle avait réduit son taux d'activité parce qu'elle était à bout de forces suite à la situation décrite.

22. L'assurée a produit des rapports médicaux de divers spécialistes consultés.

- a) Selon un rapport du 27 janvier 2014, le Dr R_____, allergologue et immunologue, suivait l'assurée depuis le mois de juillet 2012, pour un asthme chronique, avec une évolution favorable, sans qu'il puisse se prononcer sur la capacité de travail.
 - b) Selon un rapport du 11 juillet 2012, la Dresse Q_____ avait vu l'assurée pour un contrôle des veines des membres inférieurs et des troncs supra-aortiques ; les examens ne mettaient pas en évidence d'atteinte significative, mais l'assurée devait limiter l'apport en graisses.
 - c) Selon un rapport du 27 janvier 2014, la Dresse P_____ suivait l'assurée depuis le 6 juin 2012 pour son asthme, bien contrôlé, mais, en tant que pneumologue, elle ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée.
23. Le 10 mars 2014, un délai au 7 avril 2014 a été fixé aux parties pour conclure.
24. Le 3 avril 2014, l'assurée a fait valoir qu'elle avait dû attendre des années pour que le diagnostic principal de son problème de santé, soit l'ostéoporose sévère, soit posé. Ce diagnostic avait auparavant échappé au médecin, malgré ses répercussions sur sa capacité de travail. Elle persistait donc à demander son audition et celle du Dr E_____ et à requérir une expertise médicale, afin d'examiner les conséquences de l'ensemble des atteintes sur sa capacité de travail. Elle a maintenu qu'elle avait diminué son taux d'activité de 80 % à 60 % après l'aggravation de ses troubles et douleurs courant 2006. Contrairement à son souvenir, le Dr L_____ l'avait déjà vue en juillet 2006, car son employeur l'avait adressée à ce médecin-conseil en raison de ses absences pour raisons de santé.
25. Par pli du 7 avril 2014, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours, produisant l'avis du SMR du 17 mars 2014. Résumant l'avis des divers médecins, le SMR relevait qu'ils renaient tous une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée ou ne se prononçaient pas sur la question, mais ne renaient aucune limitation sur le plan allergologique et angiologique. Ainsi, seuls la pathologie ostéoporotique et les troubles dégénératifs et statiques étaient invalidants, dans l'activité habituelle. Mis à part le Dr H_____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr G_____, également rhumatologue, qui avaient retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, aucun autre médecin ne s'était prononcé sur la capacité résiduelle de travail dans une telle activité. Au surplus, il semblait que l'assurée ait présenté de nombreuses incapacités de travail entre 2005 et 2010 pour diverses raisons socioprofessionnelles et réaction dépressive, dans un contexte familial difficile, sans se prolonger au-delà de trois mois consécutifs, ce qui ne permettait pas de retenir un diagnostic de trouble dépressif avec une incapacité de travail durable.
26. Lors d'une audience de comparution personnelle du 13 mai 2014, l'assurée a déclaré qu'elle n'avait pas évoqué auprès de son employeur le fait qu'elle souhaitait réduire son taux d'activité de 80 % à 60 % en raison de son état de santé. De façon générale, elle ne parlait pas de ses problèmes de santé à son travail, par peur de

perdre son emploi. Il lui semblait qu'elle en avait parlé avec son médecin traitant. Au surplus, il va de soi que son mari et ses enfants savaient que c'était pour ce motif qu'elle réduisait son taux d'activité. Ils vivaient surtout en famille. Elle en avait peut-être parlé à sa sœur, mais compte tenu du fait qu'elle avait pris de la morphine à une certaine période, elle avait eu quelques troubles de mémoire, de sorte qu'elle ne se souvenait plus à qui elle s'était confiée sur les motifs de la réduction de son taux d'activité. Ce n'était en tout cas pas en raison de l'état de santé de son mari, qui était en chaise roulante depuis trente ans, et dont l'état de santé n'avait pas sensiblement varié, en particulier en 2007. En 2006, lorsqu'elle avait commencé à souffrir, le bon diagnostic n'avait pas été trouvé. C'est en 2012 seulement que le Dr E_____ avait diagnostiqué une ostéoporose sévère et mis en route un traitement, soit une injection tous les six mois, qui avait pour but de consolider ses os et faire en sorte que ceux-ci ne se tassent pas davantage, étant précisé qu'elle était passée de 1m73 à 1m63, que ses côtes touchaient désormais son bassin, ce qui impliquait des douleurs. Lors de l'expertise du Dr H_____, elle ne savait pas qu'elle devait emmener les résultats des examens du Dr E_____. À son avis, le Dr H_____ ne savait donc pas qu'elle souffrait d'ostéoporose, en tout cas pas d'une ostéoporose sévère.

Sa jambe droite « traînait » et ne réagissait pas correctement, ce qui impliquait des difficultés à la marche et à la mobilité en général. Elle souffrait le martyr au niveau lombaire en position assise et elle devait faire des exercices prescrits par son physiothérapeute pour soulager cette position. Elle souffrait également durant la nuit et elle se réveillait plusieurs fois. Le Dr E_____ lui avait interdit de porter des poids de plus de 5 à 7 kilos, de sorte qu'elle était très attentive à faire des petites courses en plusieurs fois. Récemment, elle avait eu beaucoup de difficultés à porter son sac d'achats et, vérification faite, il ne pesait que 4 kilos.

Le Dr K_____, son médecin traitant de 2002 à 2008, avait lui-même vécu une situation de mobbing et, n'ayant pas correctement diagnostiqué l'ostéoporose dont elle souffrait, il avait interprété ses termes et mis sur le compte des tensions au travail – qui existaient réellement puisqu'il y avait une surcharge chronique – ses difficultés à continuer à travailler à 80 %.

27. Le 19 mai 2014, la chambre de céans a demandé des précisions aux Dr L_____ et E_____, dont elle a reçu les réponses suivantes :

a) Par un courrier du 21 mai 2014, le Dr L_____ a indiqué, sur la base d'un résumé de consultation du 13 juillet 2006 et de souvenirs flous, qu'à l'époque l'assurée se plaignait de douleurs articulaires multiples et de troubles de la mémoire et de la concentration qu'elle mettait en rapport avec une situation professionnelle difficile. Il avait conclu à un trouble dépressif avec somatisation de type fibromyalgique, et n'avait prescrit aucun traitement, l'assurée ne souhaitant ni antidépresseurs, ni suivi psychologique ou psychiatrique. Elle avait à l'époque à l'évidence une capacité de travail nulle, et il lui avait suggéré de reprendre des informations complémentaires auprès de son médecin traitant

en septembre si aucune reprise de travail n'intervenait d'ici là, et qu'il n'avait plus eu de nouvelles dans les mois ayant suivi.

- b) Le 26 mai 2014, le Dr E_____ a expliqué que l'ostéoporose fracturaire retenue par le Dr H_____ correspondait à son diagnostic (plus explicite et plus exact) d'ostéoporose sévère, obligeant à avoir un examen prouvant une ostéoporose avec en plus une fracture sur ostéoporose. Le Dr H_____ n'était pas en possession de l'examen de minéralométrie et il ne l'avait pas contacté, mais il avait tenu compte du résultat de cet examen puisqu'il avait posé le diagnostic d'ostéoporose fracturaire ; son expertise en tenait compte. L'assurée souffrait d'importantes douleurs de son rachis provoquées par des troubles sévères de la posture liés à la fracture de D12 associée à une maladie de Forestier (maladie entraînant une rigidité sévère du rachis) ; elle devait pouvoir s'étendre toutes les 2 à 3 heures durant au moins 20 minutes pour soulager ses douleurs, limitation fonctionnelle rendant impossible toute activité professionnelle. Il n'y avait pas d'éléments ignorés par le Dr H_____ dans son rapport d'expertise.
28. Le 30 mai 2014, l'OAI a maintenu sa position, qu'aucun élément ne permettait de modifier, à savoir que l'assurée avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et qu'au vu de ces dernières (port de charges limitées à 7 kg, pas de mouvement en porte-à-faux répétitifs du rachis, alternance de position), elle pouvait exercer une nouvelle activité professionnelle sans formation, le marché du travail (équilibré) offrant un large éventail d'activités simples et répétitives, indépendamment de l'âge des assurés.
29. Le 28 mai 2014, l'assurée a sollicité l'audition du Dr E_____ ainsi que de son mari (Monsieur A_____) et de ses deux fils (Messieurs B_____ et C_____).
30. Entendu le 14 octobre 2014, le Dr E_____ a déclaré qu'en décembre 2012, disposant de davantage de recul sur les plaintes et l'histoire clinique de l'assurée qu'en février 2012, il avait fait le constat que cette dernière était alors totalement incapable de travailler tant dans son activité professionnelle habituelle d'aide-soignante que dans une activité adaptée. De 2012 à 2014, il avait administré à l'assurée un traitement par injection, lui ayant permis de regagner 8 % de densité osseuse, étant précisé que les examens pratiqués en janvier 2012 démontraient qu'elle en avait perdu 40 % et, consécutivement à une fracture de la vertèbre dorsale 11 (déjà signalée dans un rapport d'examen IRM de mai 2011), avait subi une perte de taille de 10 cm. L'assurée était affectée d'une ostéoporose sévère, que le Dr H_____ avait aussi relevée (sous le nom d'ostéoporose fracturaire), et était d'autant plus exposée à de nouvelles fractures que la préexistence de fractures en favorise la survenance de façon exponentielle. Une perte de densité osseuse de plus de 30 % s'accompagne inmanquablement de micro-fractures à répétition, provoquant chaque fois d'importantes et durables douleurs, limitant leurs activités, les obligeant à changer régulièrement et à s'étendre régulièrement, et contre lesquelles les traitements connus ne sont guère efficaces, pouvant en revanche amener dans le long terme une augmentation jusqu'à un seuil de 15-16 % de la

densité osseuse et, de ce fait, une diminution sensible des fractures (mais pas des micro-fractures). L'assurée était cependant atteinte en outre de la maladie de Forestier, qui, en association avec une ostéoporose sévère, accroît le risque de fractures (et pas seulement de micro-fractures). La capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité d'aide-soignante, et elle pouvait être estimée à 30 % dans une activité adaptée (y incluse une baisse de rendement) respectant les limitations fonctionnelles de l'interdiction de port de charges de plus de 5 kg, de mouvements rotatifs répétés du rachis et de devoir monter sur un escabeau ou un échafaudage.

31. Le même 14 octobre 2014, la chambre de céans a procédé à l'audition des deux fils et du mari de l'assurée.

Monsieur B_____, fils aîné du couple, a indiqué que sa mère avait d'abord souffert d'asthme, puis, cette maladie-ci restant alors en arrière-plan, de douleurs au niveau des jambes et du dos, lui provoquant toujours plus de difficultés à se déplacer, à porter des charges, à tenir le ménage et surtout à accomplir son travail professionnel d'aide-soignante, qu'elle aimait beaucoup. Voulant exercer ce métier jusqu'à sa retraite, elle avait espéré que les médecins trouveraient le moyen de la soulager, mais il n'y avait jamais eu de diagnostic bien établi, et elle avait fini, en 2007, par devoir réduire son taux d'activité professionnelle de 80 % à 60 %, en considération de ses seuls problèmes de santé, dont elle n'a pas fait état à son employeur, l'atmosphère de l'entreprise ne s'y prêtant pas, bien que des collègues avaient dû s'en rendre compte.

Monsieur C_____, fils cadet du couple, ayant vécu chez ses parents jusqu'en 2009, a attesté de la dégradation au fil des ans de l'état de santé de sa mère, atteinte d'abord d'asthme puis de problèmes à une jambe et au dos. Elle travaillait à 80 % comme aide-soignante, mais elle avait toujours plus de peine à accomplir ce travail, partant de chez elle toujours plus tôt le matin pour pouvoir se rendre en cours de journée chez les différents clients lui étant attribués par la D_____, son employeur, quitte à prendre de son temps privé pour y réussir, et le soir, étant très fatiguée, elle se couchait très tôt. Après une discussion à ce propos dans le cercle familial étroit, elle s'était résolue à baisser son taux d'activité à 60 %, en 2007, eu égard uniquement à ses problèmes de santé, étant précisé qu'elle aurait souhaité exercer son métier à 80 % jusqu'à sa retraite. Elle n'avait pas communiqué le motif de sa demande de réduction de son taux d'activité à son employeur, qui n'avait pas manifesté de compréhension à son endroit à la suite d'arrêts-maladie. Le diagnostic d'ostéoporose sévère n'avait été posé que tardivement.

Monsieur A_____, mari de l'assurée, a déclaré qu'après avoir d'abord travaillé comme employée de bureau puis s'être occupée de leurs enfants, elle avait repris une activité professionnelle, comme aide-soignante à la D_____, à la demande dès novembre 1997, puis en fixe à 80 % dès septembre 1999. Vers 2003-2004, elle avait ressenti des douleurs, surtout aux jambes et au dos, et elle a eu besoin de toujours plus de temps et de pauses pour toute activité, ménagère et professionnelle.

Il a eu divers indices, au quotidien, de la dégradation de l'état de santé de son épouse. Elle rentrait épuisée de son travail professionnel, se couchait très tôt mais devait se lever les nuits en raison de ses douleurs dorsales, mais elle s'accrochait jusqu'au bout à son emploi, qu'elle ne voulait pas perdre, espérant au contraire pouvoir le poursuivre jusqu'à sa retraite. Elle a néanmoins fini par craquer, déjà en 2006, se trouvant en arrêt de travail, puis retravaillant, avec difficultés, trois jours d'affilée puis deux demi-journées par semaine. C'est alors qu'après une discussion en famille, l'option a été prise qu'elle baisse son taux d'activité à 60 %, lui permettant de passer hebdomadairement à quatre demi-journées de travail et à une journée pleine répartie entre deux plages de quatre heures l'une le matin et l'autre en fin de journée. C'est bien exclusivement en raison de ses problèmes de santé que l'assurée avait diminué son taux d'activité, n'y trouvant pas d'autre intérêt que de pouvoir se ménager un peu, au prix d'une baisse de revenu et, à terme, de ses rentes des premiers et deuxièmes piliers. Elle en avait fait la demande à son employeur en évoquant simplement des motifs personnels. À 60 %, elle avait mieux pu tenir au travail, mais son état de santé s'était péjoré par la suite, au point qu'elle s'était écroulée à fin 2011, sans plus pouvoir reprendre le travail.

32. Dans un avis médical du 20 octobre 2014, le SMR a estimé que les rapports des Dr L_____ du 21 mai 2014 et Dr E_____ du 26 mai 2014 ainsi que l'audition de ce denier du 14 octobre 2014 n'apportaient pas d'éléments nouveaux concernant la capacité de travail de l'assurée, dont les Dr H_____ et E_____ faisaient une évaluation différente à partir des mêmes diagnostics. Il n'y avait pas non plus d'arguments nouveaux établissant une amélioration ou une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision prise par l'OAI le 29 août 2013.
33. Le 23 octobre 2014, se référant à cet avis médical du SMR, l'OAI a persisté dans les termes et conclusions de ses précédentes écritures. Concernant le revenu sans invalidité de l'assurée, il s'était fondé sur un salaire annuel de CHF 45'451.- (CHF 3'496.25 x 13), conformément à un rapport de l'ancien employeur du 6 mars 2012. Même en admettant un revenu annuel sans invalidité de CHF 47'474.- pour 2011, tel qu'il résultait d'un certificat de salaire délivré le 13 décembre 2011 par la D_____ à l'assurée, cette dernière n'aurait pas de droit à une rente, car son degré d'invalidité resterait inférieur à 40 %.
34. Le 10 novembre 2014, l'assurée a relevé que l'audition des membres de sa famille avait confirmé qu'elle avait réduit son taux d'activité de 80 à 60 % en 2007 en raison de son état de santé, et non par convenance personnelle, alors qu'elle aurait souhaité pouvoir continuer à travailler à 80 %, si bien que le statut mixte était de 80 % pour la part professionnelle et de 20 % pour la part ménagère. Concernant la mise en œuvre de la capacité de travail résiduelle sur le marché du travail, la jurisprudence précisait qu'il ne faut pas subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives, qu'il faut rester réaliste à cet égard notamment pour des assurés approchant l'âge donnant droit à la rente de vieillesse ; or, elle avait 63 ans au moment où la décision attaquée a été prise. L'avis du Dr H_____, sollicité par l'assureur perte de gain

maladie de son employeur sans qu'elle ne soit associée à la démarche, minimisait l'impact des atteintes à sa santé sur sa capacité de travail, en sous-estimant la gravité de son ostéoporose et ses incidences concrètes sur sa capacité de travail et en ne tenant pas compte de la comorbidité dont elle souffrait, à savoir de la maladie de Forestier, qui, associée à une ostéoporose sévère, accroissait le risque de fractures, ainsi que le Dr E_____ l'avait expliqué. L'avis du Dr E_____ devait être retenu, à savoir qu'elle présentait tout au plus une capacité résiduelle de travail de 30 % dans une activité adaptée, tenant compte de limitations fonctionnelles très importantes, avec la précision, toutefois, que ce taux était éminemment théorique eu égard aux perspectives réalistes d'être engagée à un si faible taux d'activité avec de si importantes limitations, de plus à l'âge 64 ans, en sorte que son taux d'invalidité professionnel était en réalité de 100 %. Son revenu sans invalidité serait, à 80 %, de CHF 60'601.- (calculé à partir du revenu annuel de CHF 45'451.- à 60 % retenu par l'OAI); « avec un taux d'activité de 30 % et un abattement de 20 %, son taux d'invalidité professionnelle serait de 79 % (soit 63 % pondéré à 80 %), pour un taux global de 64,8 % (en reprenant 9 % d'invalidité ménagère à 20 %) » (sic). L'assurée a persisté dans les conclusions de son recours.

35. La cause a été gardée à juger le 11 novembre 2014.

EN DROIT

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

b) La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI).

Le présent recours, déposé le 2 octobre 2013 contre une décision du 29 août 2013 reçue le 2 septembre 2013, a été formé dans le délai légal de recours de 30 jours à compter de sa notification (art. 60 al. 1 LPGA), soit en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Il contient un exposé des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions de la recourante, et satisfait ainsi aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

La recourante a qualité pour recourir contre la décision attaquée, en tant qu'elle lui refuse des prestations de l'assurance-invalidité auxquelles elle estime avoir droit, car elle est touchée par cette décision et a un intérêt digne de protection à son annulation ou modification (art. 59 LPGA).

c) Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. 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 ; concernant la procédure, 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]).

Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits en 2012 et 2013. La LAI est donc applicable dans sa teneur en vigueur dès janvier 2012 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Pour mémoire, les révisions de la LAI intervenues depuis que la recourante a eu ses premiers problèmes de santé, vers 2003-2004, sont les révisions des 21 mars 2003 (4^{ème} révision), 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et 18 mars 2011 (révision dite 6a), entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004, 1^{er} janvier 2008 et 1^{er} janvier 2012. Ces révisions successives n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier 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).

Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain. Est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

Les deux approches sont combinées pour juger de l'invalidité d'une personne dont l'atteinte à la santé impacte à la fois sa capacité de gain et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, d'une façon relevante parce que même à défaut d'une telle atteinte ladite personne n'exercerait une activité lucrative qu'à temps partiel.

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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).

b) L'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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, 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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). 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. À 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).

4. L'assuré a droit à une rente entière d'invalidité 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

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.

5. a) Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents

personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).

La question du statut de l'assuré doit être tranchée sur la base de l'évolution de sa situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 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 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). Il n'existe 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) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office de l'assurance-invalidité ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Des doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation ne peuvent être retenus que s'il existe des circonstances particulières les justifiant objectivement (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe

selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2).

Aux conditions posées par la jurisprudence mentionnée ci-dessus (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est pas propre à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques ; les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement que causent de tels troubles pour l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03).

6. En l'espèce, la recourante a été salariée à 80 % de septembre 1999 à fin février 2007 ; elle a réduit son taux d'activité à 60 % dès le 1^{er} mars 2007, à sa demande. Elle affirme cependant que c'est uniquement en raison de la dégradation de son état de santé qu'elle a modifié, à la baisse, son temps de travail professionnel, mais qu'à défaut d'atteinte à sa santé elle aurait continué jusqu'à sa retraite à travailler à 80 %.

La recourante n'a certes pas indiqué dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 16 février 2012 que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé elle aurait continué à travailler à 80 % ; mais le formulaire qu'elle a rempli pour présenter sa demande ne comportait pas de rubrique ou question à ce sujet. En revanche, tant lors de l'entretien d'évaluation qu'elle a eu le 24 avril 2012 avec un collaborateur de l'OAI qu'une année plus tard, lors de l'enquête ménagère du 23 avril 2013, elle a précisé qu'en 2006 elle avait demandé une réduction de son temps de travail dès janvier 2007 de 80 % à 60 % « à cause de sa santé qui commençait à décliner », « en raison d'une pression trop importante sur son lieu de travail et du fait des douleurs qu'elle ressentait au terme d'une journée de travail ». Tant son mari que ses deux fils sont venus le confirmer devant la chambre de céans. S'il n'était guère imaginable qu'appelés à témoigner sur demande de la recourante ils contredisent cette dernière sur cette question, il n'en faut pas moins relever qu'ils ont été tous trois les témoins directs et les plus proches de la vie quotidienne de la recourante, de ses difficultés à se mouvoir et à effectuer des travaux, de ses souffrances, de sa grande et régulière fatigue au retour de son activité professionnelle. Leur témoignage a été concret, empreint de réalisme, crédible.

Il n'est pas suspect que la raison de cette diminution de taux d'activité n'a été abordée guère que dans un cercle familial restreint, constitué pour l'essentiel de la recourante, son mari et ses deux fils, à l'exclusion de l'employeur, eu égard au caractère médical, pouvant a priori être conçu comme confidentiel par la famille, surtout que la recourante, sur la base d'au moins une expérience ressentie négativement par elle et ses proches au retour d'un congé-maladie, avait eu l'impression de ne pas rencontrer de compréhension de la part de sa hiérarchie. Elle peut avoir préféré taire le motif médical de sa demande par crainte d'en subir par la suite des inconvénients, voire finalement de perdre son emploi, à la fois nécessaire financièrement et source de satisfaction professionnelle, même si cette crainte peut avoir été exagérée ou infondée (quoique, sied-il de relever, le Dr K_____ a fait mention que la recourante ne pourrait pas retravailler dans le même établissement à cause d'une situation de mobbing et de harcèlement).

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que la recourante ne se soit pas ouverte au Dr L_____, entre 2006 et 2013, sur le motif de sa diminution de taux d'activité dans la mesure où ce médecin était le médecin-conseil de son employeur. Le Dr K_____, l'ayant suivie de 2002 à 2008, soit notamment à l'époque de cette réduction de temps de travail, a quant à lui attesté que la recourante avait réduit son taux d'activité parce qu'elle « était à bout de forces ». Les autres médecins ont suivi la recourante une fois que ce changement professionnel était déjà intervenu, ce qui peut expliquer qu'il n'a pas été abordé entre eux et la recourante.

Le parcours professionnel de la recourante s'inscrit dans la logique d'une femme qui, ayant interrompu sa formation à la suite d'un grave accident subi par son mari, avait travaillé par nécessité comme employée de bureau, mais s'était ensuite consacrée à sa famille, soit un mari handicapé et surtout deux jeunes enfants, avant de se réinsérer dans la vie professionnelle, dès novembre 1997 (alors que les deux enfants du couple étaient devenus de jeunes adultes ou à tout le moins des adolescents largement autonomes), dans un statut d'abord précaire, puis, dès septembre 1999 en fixe à 80 %. Il est avéré que dans les années qui ont suivi, à tout le moins dès 2005, la recourante a été à répétition reprises en arrêt de travail, total ou partiel ; c'est d'ailleurs bien une incapacité de travail, notamment dans sa profession d'aide-soignante, que les problèmes de santé diagnostiqués ont produit, de l'avis de plusieurs médecins.

Il n'y a rien que de normal qu'avant de se décider à diminuer son taux d'activité de 80 % à 60 %, la recourante et sa proche famille s'en sont entretenus entre eux et ont fait des calculs leur ayant permis d'estimer que le couple aurait des revenus encore suffisants avec la rente de l'assurance-invalidité du mari et un salaire à 60 % de la recourante. Il s'agissait bien pour eux, logiquement, de s'assurer de pouvoir simplement s'en sortir. Rien ne permet d'inférer du choix personnel que la recourante a fait à ce moment-là qu'elle n'aurait pas continué à travailler à 80 % sans atteinte à la santé.

Enfin, l'activité professionnelle de la recourante apparaît comme avoir été - et rester aujourd'hui, en termes de nostalgie - une source non seulement de revenus, mais aussi de satisfaction et d'intérêt.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il n'est pas seulement possible, mais aussi des plus vraisemblable qu'à défaut d'atteinte à la santé la recourante aurait continué à exercer son activité lucrative à 80 %. Le fait doit dès lors être tenu pour établi, et la recourante se voir reconnaître un statut mixte combinant une part professionnelle de 80 % et une part ménagère de 20 % (et non de respectivement 60 % et 40 % comme l'a retenu la décision attaquée, qui doit être modifiée sur ce point).

7. Pour la sphère ménagère de la recourante, l'autorité intimée a ordonné une enquête économique sur le ménage, qui a été faite sur place, au domicile de la recourante, par une spécialiste. Sous réserve de la proportion retenue pour les sphères professionnelles et ménagères (consid. 6), il appert que le rapport d'enquête du 23 avril 2013 satisfait entièrement aux réquisits jurisprudentiels en la matière. L'enquêtrice a pris en compte les indications fournies par la recourante. Son rapport est dûment motivé, de façon détaillée et convaincante, et aboutit à des conclusions fiables. La pondération qu'elle a faite de chacune des activités constituant les activités ménagères (à savoir la conduite du ménage, l'entretien du logement, les emplettes et courses diverses, la lessive et l'entretien des vêtements et les soins aux membres de la famille, en l'occurrence à son mari) échappe à toute critique. Compte tenu du fait que le mari de la recourante est en chaise roulante et que leurs deux fils sont âgés de plus de trente ans et vivent hors du domicile de leurs parents, c'est à juste titre que l'enquêtrice n'a pas retenu d'exigibilité à leur charge, autrement dit considéré que la recourante devait accomplir seule les tâches ménagères. L'enquêtrice s'est montrée assez exigeante dans l'évaluation des taux d'empêchement de la recourante, en particulier en n'en retenant pas pour les emplettes et les courses ainsi que pour la lessive et l'entretien des vêtements. Il n'est cependant pas critiquable d'attendre de la recourante qu'elle adapte à la baisse les besoins de son ménage de façon à pouvoir les assumer elle-même d'une façon suffisante à défaut d'être idéale, notamment en adoptant des habillements plus faciles à laver, en diminuant le nombre de fois qu'elle change les draps des lits, en prenant plus de temps pour accomplir ses diverses activités ménagères, en faisant des pauses plus fréquentes.

Aussi est-ce à bon droit que l'autorité intimée a retenu le taux global d'empêchement établi par ce rapport d'enquête, à savoir 14 %. Appliqué à une part d'activités ménagères de 20 %, cela donne un degré d'invalidité de 2,8 %.

8. a) Concernant la sphère professionnelle, il y a unanimité des médecins pour dire que la recourante a une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'aide-soignante. Il y a en revanche divergence sur la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée, notamment entre les Dr H_____ et E_____.

Allant certes tous deux dans le sens d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles, l'avis du Dr G_____ du 14 décembre 2012 n'est guère motivé, et celui du Dr L_____, du 21 janvier 2014, doit être lu en lien avec le fait que ledit médecin n'a vu la recourante qu'une seule fois (soit le 13 juillet 2006, selon son courrier du 21 mai 2014, d'après lequel la recourante avait à l'époque à l'évidence une capacité de travail nulle), qu'il retient des limitations fonctionnelles importantes (à savoir une impossibilité de poursuivre des travaux ménagers lourds, des manipulations de personnes déficientes dans leur capacité à se déplacer, des travaux prolongés en position statique, des travaux prolongés de ménage, des transports de commissions), qu'il admet une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pour le motif que, selon lui, une activité adaptée est par définition une activité qu'on a la capacité d'exercer, et qu'il ajoute qu'en l'occurrence il n'est pas aisé et reste uniquement théorique de définir une activité adaptée.

b) Dans son rapport du 31 juillet 2012, le Dr H_____ retient les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques, de troubles disco-dégénératifs et statiques du rachis et d'ostéoporose fracturaire ; il estime que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charges, plutôt sédentaire mais autorisant l'alternance de la position assise et debout, évitant les mouvements répétitifs du rachis en porte à faux et les charges au-delà de 7 kg. Dans son courrier du 13 décembre 2013 à la chambre de céans, ledit médecin a précisé que la recourante devait pouvoir alterner la position assise et debout à raison d'une fois par heure.

Sans diverger d'opinion sur les diagnostics à retenir, sinon que la recourante est atteinte en outre de la maladie de Forestier accroissant les risques de fractures en association avec son ostéoporose sévère, le Dr E_____ a indiqué, dans son rapport du 17 décembre 2012, qu'une activité adaptée serait pour la recourante une activité ne requérant pas de port de charges de plus de 5 kg, n'impliquant pas de mouvements de flexion du rachis et permettant de changer de position toutes les trente minutes. Lors de son audition par la chambre de céans, le 14 octobre 2014, ledit médecin a précisé que la recourante ne devait pas devoir effectuer des mouvements rotatifs répétés du rachis, ni devoir monter sur un escabeau ou un échafaudage. Il a également expliqué que les examens pratiqués en 2012 avaient démontré que la recourante avait perdu 40 % de densité osseuse et, consécutivement à une fracture de la vertèbre dorsale 11, subi une perte de taille de 10 cm, que le traitement administré entre 2012 et 2014 par injection lui avait permis de regagner 8 % de densité osseuse, mais qu'elle était exposée à de nouvelles fractures, d'autant plus qu'en cas d'ostéoporose la préexistence de fractures en favorise la survenance de façon exponentielle, et qu'avec une perte de densité osseuse de plus de 30 % la recourante subissait inmanquablement des micro-fractures à répétition, provoquant chaque fois d'importantes et durables douleurs, limitant ses activités, l'obligeant à changer régulièrement et à s'étendre régulièrement. En considération de ces éléments et du suivi qu'il avait pu faire de

l'état de santé de la recourante sur deux ans, le Dr E_____ estimait que la capacité de travail résiduelle de cette dernière était de 30 % dans une activité adaptée.

c) Comme le relève le SMR, les Dr H_____ et E_____ font des évaluations différentes fondamentalement du même état de fait. S'il présente l'intérêt d'émaner du médecin traitant de la recourante, ayant de ce fait un suivi de l'état de santé de cette dernière sur deux ans, l'avis du Dr E_____ n'apporte pas d'éléments nouveaux décisifs concernant la capacité de travail de la recourante dans une activité professionnelle adaptée, par rapport à ceux que le Dr H_____ a retenus. Contrairement à ce que la recourante a prétendu, le Dr H_____ a pris en compte l'ostéoporose dont elle souffre (ainsi que l'a d'ailleurs confirmé le Dr E_____), et son rapport d'expertise satisfait aux exigences jurisprudentielles, en particulier contient une anamnèse détaillée, indique les constatations objectives de l'expert, fait état des examens radiologiques effectués, pose les diagnostics, procède à une appréciation soigneuse du cas, et comporte des conclusions sérieusement motivées. Aussi l'avis du médecin traitant ne devrait-il a priori pas, en l'espèce, se voir reconnaître un poids moindre que celui dudit expert.

9. a) Les limitations fonctionnelles admises par les médecins, décrites de façon plus concrète par le Dr E_____, réduisent sérieusement les possibilités réalistes de la recourante de retrouver un emploi. Cet argument n'est certes en soi pas décisif, mais il s'y ajoute en l'espèce notamment la considération liée à l'âge de la recourante, qui avait 62 ans lorsque l'expert précité a rendu son rapport d'expertise et 63 ans lorsque l'OAI a rendu la décision attaquée.

b) Or, 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.

Pour évaluer l'invalidité, il y a lieu de se demander si la personne atteinte dans sa santé pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293), toutefois sans se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989).

Comme le Tribunal fédéral l'a relevé dans un arrêt récent (9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2), lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu

notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêt 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5).

Le moment déterminant correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3 p. 459).

c) En l'espèce, une estimation purement médicale de la capacité de travail de la recourante n'est pas décisive. En définitive, qu'il faille préférer, du point de vue médical, l'appréciation du Dr H_____ (soit une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles retenues) ou celle du Dr E_____ (retenant une capacité de travail résiduelle de 30 % dans une activité adaptée), il importe d'abord de prendre acte du fait que, de façon unanime, il est admis que la recourante avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'aide-soignante, puis de constater que la conjonction de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de sa situation sociale rendent illusoire la possibilité de trouver concrètement un emploi dans une activité adaptée. On ne voit pas qu'un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la recourante dans de telles conditions.

La chambre de céans retient ainsi que l'office intimé ne pouvait pas exiger de la recourante que notamment à son âge - 63 ans lorsqu'il a rendu la décision attaquée - elle change d'activité professionnelle. Il devait retenir que sa capacité de travail était également nulle dans une activité adaptée, comme dans son activité habituelle.

d) Cette conclusion doit s'appliquer à la sphère professionnelle de la recourante, soit à un 80 % d'activité professionnelle. Son degré d'invalidité afférent à ladite sphère est donc de 80 %.

L'addition des deux taux d'invalidité pertinents, à savoir 80 % pour la sphère professionnelle et 2,8 % pour la sphère ménagère, donne un résultat de 82,8 %. Le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3).

Le degré d'invalidité à retenir en l'espèce est donc de 83 %.

Il ouvre le droit à une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

e) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance

d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

La recourante est en arrêt de travail total depuis le 3 janvier 2012, présentant depuis lors, de façon incontestée, une incapacité de travail de 100 %. Elle a présenté sa demande de prestations le 16 février 2012. Elle doit être reconnue invalide à 83 % au plus tard dès le 31 juillet 2012. Son droit à la rente remonte donc, en l'occurrence, au premier jour du mois au cours duquel elle s'est trouvée en incapacité (en l'espèce totale) de travail depuis une année (en l'espèce sans interruption), soit au 1^{er} janvier 2013.

f) Aussi le recours doit-il être admis et le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité être reconnu dès le 1^{er} janvier 2013.

Il appartiendra à l'office intimé de calculer le montant de la rente due à la recourante. La cause lui sera renvoyée à cette fin.

10. a) En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)] soit soumise à des frais de justice, le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA).

Vu l'admission du recours, un émolument de CHF 400.- sera mis à la charge de l'office intimé.

b) Un recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige [art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10); art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03)]. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; ATF 110 V 365 consid. 3c).

En l'espèce, l'indemnité de procédure qui sera allouée à la recourante, qui obtient gain de cause, sera arrêtée à CHF 3'500.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 29 août 2013.
4. Dit que Madame A_____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2013.
5. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour le calcul de la rente.
6. Met un émolument de CHF 400.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 3'500.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
8. 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

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

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