

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3326/2017

ATAS/1151/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 décembre 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'Etude de Maître Dragana
RADOSAVLJEVIC

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1966, originaire de Croatie, mariée, depuis le 22 octobre 2011, mère d'une fille, restée en Croatie, née d'un précédent lit en 1983, est entrée en Suisse 29 janvier 2012. Elle a exercé le métier de femme de chambre dans divers hôtels à raison de 25 heures par semaine dès le mois de juin 2012, au service de la société B _____ au Grand-Lancy. Elle était à ce titre assurée pour la perte de gain maladie par une police d'assurance indemnités journalières collective auprès de la Bâloise (ci-après: l'assureur perte de gain maladie).
2. Le 26 mai 2015, à la demande de l'assureur perte de gain maladie, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison de douleurs dans le dos. Elle était en traitement pour ses problèmes de santé auprès du docteur C _____ (médecin traitant) du Centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré, depuis janvier 2015, et se trouvait en incapacité totale de travail dès le 31 janvier 2015. Dans un rapport à la Bâloise du 21 avril 2015, le médecin traitant a posé le diagnostic de lombalgies récidivantes sur la base d'un spondylolisthésis L5-S1. Un rapport d'IRM lombo-sacrée du 7 avril 2015 concluait, selon rapport du Docteur D _____, spécialiste FMH en radiologie, à l'objectivation d'une discopathie modérée L3-L4, d'une discarthrose L5-S1 avec spondylolisthésis sur lyse isthmique L5 bilatérale. Ce spondylolisthésis n'est pas responsable d'une sténose canalaire et s'accompagne d'une discarthrose avec sténose foraminale dégénérative L5-S1 bilatérale à prédominance gauche. Remaniements dégénératifs postérieurs bilatéraux plus prononcés en L5-S1 et à prédominance gauche.
3. Dans un rapport du 6 juillet 2015 à l'attention de l'OAI, le médecin traitant retenait, hormis les atteintes à la santé susmentionnées, parmi les diagnostics avec effet sur la capacité de travail (ci-après: CT), des douleurs aux mains, chondrocalcinose, et sans effet sur la CT, les diagnostics d'obésité, de discrète cervico-discarthrose C6-C7 et de céphalées de tension chroniques. Le pronostic était réservé. Le traitement actuel consistait dans la prescription d'AINS et d'antalgiques (Dafalgan 1 g, Chondrosulf 800 1x/j.- Calcium). La patiente avait été en incapacité de travail à 100 % du 18 au 24 juin et du 29 juillet au 1^{er} août en 2013, puis dès le 31 janvier 2015 pour une période indéterminée, en cours. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % dans un travail adapté, sans précision de date. Il produisait également des rapports d'interprétation radiologique du docteur E _____ du 17 juin 2013 concernant: - une radiographie de la colonne lombaire qui concluait à une spondylolisthésis L5 grade 1 selon Meyerding; - une radiographie des mains du 27 octobre 2014, concluant à une chondrocalcinose et poussée de pseudo-goutte AIPD5: main D : 1,2, + 3 et main G: 2 ; début d'arthrose d'Heberden; - radiographie du 3^e doigt des mains droite et gauche du 15 septembre 2014, concluant à droite: décentrage AIPDD3D, et à gauche : asymétrie; il produisait un autre rapport (lettre de sortie) du service de neurologie des HUG du 5 août 2013

relative à une hospitalisation du 29 au 30 juillet 2013 au service des urgences, puis du 30 au 31 juillet au service de neurologie. Le diagnostic était celui de probables migraines accompagnées, sans complications, sans arrêt de travail ni suivi après sa sortie; un traitement au Dafalgan 1000mg 4x/j. en réserve, en cas de douleurs; enfin un rapport de consultation ambulatoire du service de neurochirurgie des HUG du 28 mai 2015 après une consultation du 27, pour lombosciatalgies en territoire de S1 droite. Le diagnostic était celui de discarthrose L5-S1 avec spondylolisthésis sur lyse isthmique L5 bilatérale. Proposition (chirurgicale): cages intersomatiques transforaminales (TLIF) L5-S1 droite.

4. Il ressort notamment du dossier communiqué par l'assureur perte de gain maladie un rapport d'entretien du 3 juillet 2015 avec le gestionnaire de la Bâloise selon lequel, outre les lombalgies, l'assurée se plaignait d'un état dépressif suite au mal de dos.
5. Selon un rapport d'évaluation IP de l'OAI du 3 août 2015 l'assurée souhaite pouvoir bénéficier d'un soutien de l'OAI pour sa réinsertion professionnelle dans une activité adaptée. Cours de français et stage dans le domaine de la restauration ou de l'emballage. L'impression générale était bonne; l'assurée était accompagnée d'un ami pour traduire. Elle paraît déterminée à réduire le dommage et retrouver un emploi adapté au plus vite. S'agissant de sa situation sociale, elle est mariée, sans enfant; le mari est à l'AI depuis 2001(alcoolisme).
6. Par décision du 21 octobre 2015, l'OAI a consenti une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français intensif du 9 novembre au 3 décembre 2015, prolongé par la suite.
7. Selon un rapport d'expertise psychiatrique du docteur F_____, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, du 7 décembre 2015, à la demande de la Bâloise, il n'existe aucun diagnostic avec effet sur la CT, mais un diagnostic sans effet sur la CT: trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) existant depuis plusieurs mois. L'expert exclut un trouble somatoforme douloureux (ci-après: TSD), l'assurée ne montrant aucune autolimitation ni de fixation exagérée sur ses douleurs et ses limitations physiques.
8. Selon un rapport d'expertise rhumatologique du 15 février 2016, à la demande de la Bâloise, le docteur G_____, FMH en médecine interne et rhumatologie, a examiné l'assurée pendant cent-vingt minutes, le 11 février 2016, en présence d'une traductrice parlant croate. Après avoir procédé à une anamnèse personnelle, noté les antécédents médicaux et chirurgicaux, s'être renseigné sur le suivi actuel de la patiente sur le plan médical (Dr C_____, généraliste traitant, et Dresse H_____, membre FMH, psychiatre traitante) ainsi que l'anamnèse actuelle et les motifs de l'arrêt de travail, avoir relevé les plaintes actuelles de l'assurée, il a procédé à son examen clinique. L'examen neurologique est dans la norme. Les réflexes sont présents et symétriques. La force est la même dans les quatre membres. La démarche et l'équilibre sont sans particularité. L'examen rhumatologique montre la

présence d'un syndrome vertébral sévère avec une impossibilité de se pencher en avant et de grosses contractures dorsolombaires. Présence d'un décrochement au niveau de L5. Il a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites sur une instabilité de L5 (listhésis de degré 1 sur une lyse isthmique bilatérale) et une discopathie L5-S1 sévère; obésité. Il conclut que la CT dans l'activité de femme de ménage est de 0 %, et cela de façon définitive. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, la CT est actuellement de 50 % (dès le 1^{er} mars 2016) et de 100 % au 1^{er} juillet 2016. Ce laps de temps devrait permettre la mise en place d'une prise en charge en kinésithérapie (renforcement actif musculaire en techniques de gainage) et par une diététicienne (perte de poids nécessaire). Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges de plus de 5 kg; pas de mouvements répétés du rachis; travail assis avec la possibilité de changer de positions toutes les heures; ne pas devoir monter sur une échelle ou marcher sur un terrain non plat. Il propose la communication du rapport d'expertise au médecin traitant pour la mise en œuvre de la prise en charge recommandée.

9. Le SMR s'est prononcé dans un avis du 3 mars 2016: l'assurée est en incapacité de travail depuis le 31 janvier 2015 pour des lombalgies sur spondylolisthésis L5-S1 avec lyse isthmique de L5 et sténose foraminale L5-S1. Une intervention chirurgicale par TLIF L5-S1 droite avait été retenue le 25 mai 2015. Cependant, l'évolution des douleurs étant favorable, cette intervention a été annulée le 30 juin 2015. Le médecin traitant retient une CT nulle dans l'activité habituelle et une CT de 50 % dans une activité adaptée. Il a retenu que la symptomatologie douloureuse ayant été accompagnée d'un syndrome anxio-dépressif, des expertises, psychiatrique dans un premier temps, et rhumatologique dans un second temps, ont été diligentées par l'assureur perte de gain maladie. Le SMR a retenu les diagnostics et conclusions des experts et invité le gestionnaire à communiquer un exemplaire de l'expertise rhumatologique au médecin traitant.
10. Il ressort d'une note de travail du groupe de réadaptation du 24 mars 2016 que l'assurée a travaillé en dernier lieu comme femme de chambre à raison de 25 heures par semaine pour un salaire horaire de CHF 21.10. Elle a bénéficié de cours de français durant l'examen des mesures d'intervention précoce. Elle s'est inscrite au chômage le 18 mars 2016 (quatrième inscription). L'assurance-chômage va vraisemblablement mettre en place une mesure d'aide de retour à l'emploi qui tient compte de l'affection médicale.
11. Par courrier du 12 mai 2016, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'actuellement des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. L'instruction de son dossier se poursuivait dans le but de déterminer si elle remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité.
12. La Dresse H_____ a adressé un rapport à l'OAI le 15 mai 2016 (Doc 53 OAI): elle a retenu les diagnostics suivants, avec effets sur la CT : épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), actuellement en rémission incomplète, existant depuis mai-juin 2013; agoraphobie avec trouble panique (F40.1) existant

depuis juin 2013; difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0). Le traitement ambulatoire auprès d'elle avait commencé le 6 novembre 2013 et se poursuivait. Elle n'a retenu aucun diagnostic sans effet sur la CT. Sur le plan anamnestique, elle confirme les renseignements déjà connus. Sur le plan psychiatrique, elle relève qu'en novembre 2013, l'assurée a débuté des soins dans le cadre d'une symptomatologie dépressive sévère, accompagnée d'attaques de panique. Malgré un traitement composé de différents antidépresseurs, associés à des anxiolytiques et des somnifères, l'évolution clinique reste lente et peu favorable. La persistance de la symptomatologie douloureuse somatique et le conflit de couple sont probablement à l'origine de cette évolution très lente et peu favorable. Au début de ses soins, avant la survenue de douleurs lombaires intenses, et malgré une très importante symptomatologie dépressive et anxieuse, la patiente avait préféré maintenir son activité professionnelle, afin d'éviter les conflits incessants avec son mari. Constatations objectives: la patiente souffre de lombalgies intenses lors de la mobilisation ou d'efforts physiques. Sur le plan psychiatrique, elle est angoissée épuisée et démoralisée; elle n'a pas confiance en elle; début d'attaques de panique. Pronostic: amélioration clinique, même si le conflit de couple influence de manière prépondérante l'état de santé mentale de la patiente. Les soins psychiatriques et psychothérapeutiques intégrés ont été réduits en fréquence dès janvier 2016, à la demande de la caisse-maladie. Restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes: elle renvoie aux somaticiens pour les restrictions physiques; restrictions mentales et psychiques: épuisement mental, découragement, fatigue et fatigabilité, sentiment de perte irrécupérable, anxiété, manque d'énergie vitale. CT: du point de vue psychiatrique toute activité professionnelle respectant LF douloureuses pourrait être exercée à 50 %, correspondant à son taux d'activité habituel, sans diminution de rendement. Dans le contexte des mesures de réadaptation professionnelle possibles, la psychiatre traitante indique que la CT est influencée par deux facteurs: douleurs osteoarticulaires et problématique anxieuse et dépressive. Du point de vue psychiatrique, une évolution plus favorable reste encore possible. Elle estime qu'une reprise de l'activité professionnelle est envisageable, à réévaluer dans environ six mois.

13. Le service de réadaptation a retenu, dans une note du 25 juillet 2016 un statut mixte: l'assurée travaillait comme femme de chambre à un taux d'activité de 62 % depuis le 23 juin 2012, selon les renseignements de l'employeur; le solde de 38 % est consacré à la sphère ménagère.
14. La doctoresse I_____, spécialiste FMH en rhumatologie (rhumatologue traitante), a adressé un rapport à l'OAI le 12 août 2016. Elle indique que le début de la longue maladie remonte à des années, et que celle-ci s'est aggravée depuis fin 2014. CT exigible: 0 % dans l'activité habituelle, et en tout cas 50 % dans une activité adaptée. Diagnostics avec effet sur la CT: lombosciatalgies droites sur instabilité L5-S1, discopathie sévère L5-S1 et spondylolisthésis sur lyse isthmique bilatérale en L5-S1, depuis des années, aggravées depuis fin 2014. Le traitement ambulatoire

avait commencé auprès d'elle le 19 avril 2016 et se poursuivait. Elle connaît la patiente depuis mi-avril 2016. Elle se plaint de lombosciatalgies bilatérales prédominantes à droite, nettement aggravées depuis fin 2014. Cependant, depuis qu'elle est en arrêt de travail et avec un traitement conservateur les douleurs sont plus supportables. Un avis neurochirurgical avait été donné en 2015, proposant une stabilisation chirurgicale, qui a été suspendue en raison d'une amélioration des symptômes. Actuellement la patiente a peu de douleurs si elle ne fait pas grand-chose. La Dresse I_____ ne pouvait pas se prononcer quant au pronostic. La médication actuelle consistait dans la prise d'AINS, du Zaldiar occasionnellement. Physiothérapie active à sec et en piscine. L'incapacité de travail dans son activité de femme de chambre est de 100 % depuis le 31 janvier 2015, définitive. Limitations fonctionnelles: pas de position debout prolongée, pas de port de charges, pas de travaux lourds, pas de position répétée penchée en avant. Pas d'activité de femme de chambre. Elle ne s'est pas prononcée sur la possibilité d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

15. Le SMR (Dresse J_____) s'est à nouveau prononcé, dans un avis du 14 septembre 2016 au sujet des rapports des psychiatre et rhumatologue traitantes : l'avis psychiatrique n'apporte pas d'élément susceptible de modifier l'avis du SMR basé sur l'expertise psychiatrique; il n'a pas été trouvé d'éléments montrant une éventuelle aggravation depuis l'expertise. De même concernant l'avis rhumatologique: on n'y trouve pas d'éléments pour une aggravation; au contraire, c'est une amélioration qui est décrite. Le rapport du SMR du 3 mars 2016 peut être suivi.
16. Une enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée le 3 octobre 2016, pendant une heure. Un ami de l'assurée était présent pour traduire, si nécessaire. Le rapport reprend les diagnostics et les limitations fonctionnelles. Sans atteinte à la santé, l'assurée aurait poursuivi son activité de femme de chambre à temps partiel auprès du même employeur. Elle a toujours exercé une activité à temps partiel. Elle dit n'avoir jamais trouvé d'activité à temps complet dans son domaine d'activité. Financièrement: l'époux est rentier de l'AI et perçoit une rente de CHF 1'621.-, à laquelle s'ajoute une rente trimestrielle de CHF 1'550.- du deuxième pilier. Le loyer est de CHF 1'587.-. L'assurance-maladie est entièrement prise en charge par les subsides. L'assurée touche CHF 945.- de l'assurance perte de gain maladie. Elle vit avec son mari; les conditions de logement et l'environnement sont décrits (équipement technique et proximité immédiate des transports publics et des commerces).

Quant aux divers travaux et activités, ils ont été évalués selon le tableau reproduit ci-dessous et la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle:

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 conduite du ménage 2-5 % exigibilité	0 %	2 %	0 % 0 %	0 % 0 %
5.2 Alimentation 10-50 % Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions exigibilité	10 %	50 %	10 % 0 %	5 % 0 %
5.3 Entretien du logement 5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits exigibilité	30 %	20 %	70 % 40 %	14 % 8 %
5.4 Emplettes et courses diverses 5-10% poste/assurances/services officiels exigibilité	30 %	8 %	30 % 0 %	2,4 % 0 %
5.5 Lessive/entretien des vêtements 5-20% laver/suspendre/ramasser/repasser..., exigibilité	0 %	20%	0% 0 %	0 % 0 %
5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0-30% Exigibilité	0 %	0 %	0 % 0 %	0 % 0 %
5.7 Divers 0-50% soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/... exigibilité	0 %	0%	0 % 0 %	0 % 0 %
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				13,4 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				21,4 %
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				8 %

Conduite du ménage (5.1): avant comme après l'atteinte à la santé, activité réalisée sans empêchement.

Alimentation (5.2) : avant l'atteinte, l'assurée consacrait environ trente minutes, le soir, à la préparation d'un repas pour deux personnes, (produits frais et précuisinés,

légumes congelés, etc.). Elle cuisinait aussi des plats traditionnels; nettoyait la cuisine, rangeait la vaisselle, mettait et débarrassait la table et nettoyait les surfaces. Elle n'effectuait pas ses propres conserves et provisions. Son époux avait pour habitude de faire la vaisselle tous les jours. Depuis l'atteinte elle dit ne pas avoir changé ses habitudes pour la préparation des repas. Elle effectue les nettoyages des surfaces (plan de travail, évier, table), et a délégué le nettoyage du sol de la cuisine à son époux, qui passe l'aspirateur et la panosse deux fois par semaine. Elle devrait pouvoir passer le balai à poussière dans la cuisine en cas de nécessité. L'époux se charge de la vaisselle comme auparavant.

Entretien du logement (5.3): avant l'atteinte, elle avait à sa charge l'ensemble des tâches d'entretien, qu'elle effectuait avec régularité sans difficulté particulière. Après l'atteinte, l'assurée ne les effectue plus que rarement. Selon son médecin, elles sont contre-indiquées; mais l'assurée dit les avoir déléguées pour la plupart à son époux: l'aspirateur, la panosse, faire les lits, nettoyer la salle de bains et les sanitaires, et nettoyer les vitres. Au vu des limitations fonctionnelles, il est estimé que l'assurée devrait pouvoir faire usage d'un balai à poussière et d'une pelle à long manche pour nettoyer le sol, faire la poussière sur les meubles à sa hauteur, et effectuer de petits rangements ne nécessitant pas de soulever des charges de plus de 5 kg. Elle dit apporter de l'aide à son époux pour changer les draps du lit. Elle n'effectue plus le nettoyage des vitres ni les cadres de fenêtres ni les gros nettoyages à fond.

Emplettes et courses diverses (5.4): avant l'atteinte, elle faisait les grandes emplettes et les courses du quotidien sans difficulté. Les tâches administratives étaient gérées par son époux. Depuis l'atteinte, elle a besoin d'aide pour les achats, si elle doit acheter des articles lourds; elle peut effectuer toutes les autres courses. Il est exigible qu'elle fasse usage d'un caddie à roulettes. Son mari continue à gérer les tâches administratives.

Lessive et entretien des vêtements (5.5): avant l'atteinte, elle se chargeait de l'entretien du linge pour elle et son époux. Elle triait, lavait, mettait le linge à sécher sur l'étendage, le pliait et le rangeait dans les armoires. Elle n'avait pas pour habitude de repasser la totalité du linge (vêtements et linge de maison). Elle repassait de temps en temps, mais n'appréciait pas cette activité et préférait plier et ranger le linge directement. Après l'atteinte, selon ses dires, l'assurée réalise entièrement cette activité elle-même. Son époux porte la corbeille. Ensuite elle peut étendre le linge sur un petit étendage sur le balcon. Elle plie le linge sec et le range dans les armoires. Comme avant l'atteinte, elle repasse rarement.

Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5-6) : pas d'enfants à charge.

Divers (5.7) : avant comme après l'atteinte, pas d'animaux, pas d'activité d'utilité publique.

Pour l'ensemble des activités, les travaux ménagers qu'elle ne peut plus accomplir elle-même en raison de son invalidité sont assurés par son époux (passer

l'aspirateur, nettoyer les sols deux fois par semaine, nettoyer les vitres, les sanitaires, faire les lits, aide pour porter les articles lourds lors des emplettes). Lors de l'entretien, l'assurée a expliqué que son époux lui apporte de l'aide pour les tâches ménagères; elle a précisé que son époux est alcoolique et qu'il dort toute la journée. Il se lève vers 15-16h00. Selon elle, il effectue certaines tâches ménagères en fin d'après-midi et le soir. Le jour de la visite, l'époux était absent: aux dires de l'assurée il avait préféré quitter le logement un moment, car la présence de l'enquêtrice était stressante pour lui. Lors de cette visite, l'enquêtrice a pu observer que l'appartement était d'apparence propre et bien ordonné.

17. En date du 23 décembre 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente (rente limitée dans le temps) et refus de mesures professionnelles. Il était retenu un statut mixte (62 % active et 38 % travaux habituels). Aux termes du rapport d'enquête ménagère, l'assurée présente un empêchement de 8 % dans la sphère ménagère. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	% invalidité
Activité lucrative	62 %	100 %	62 %
Ménage	38%	8 %	<u>3 %</u>
Total			65 %

À la fin du délai d'attente elle présente un degré d'invalidité de 65 % lui ouvrant le droit à un trois-quarts de rente. Selon le SMR, dès le 1^{er} mars 2016, son état de santé s'améliore, et par conséquent l'exigibilité médicale retenue est de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé, et respectant les limitations fonctionnelles.

Pour la période dès le 1^{er} mars 2016, la CT raisonnablement exigible étant de 50 %, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus: CHF 27'430.- sans invalidité ; CHF 24'325.- avec invalidité ; perte de gain CHF 3'105.- déterminant un taux d'invalidité de 11.32 %. Le revenu sans invalidité est fondé sur les renseignements reçus de l'employeur: salaire horaire de CHF 21.10 comprenant les indemnités vacances et jours fériés. Ce salaire horaire a donc été multiplié par vingt-cinq heures pour déterminer le salaire mensuel, puis par cinquante-deux semaines. Le revenu avec invalidité est fondé sur le salaire statistique résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2014), tableau du domaine privé, pour une femme, ligne Total, activité niveau 1, indexé à 2016: CHF 54'055.-. Une déduction de 10 % au maximum peut être accordée en raison des limitations fonctionnelles présentes. Le revenu annuel avec invalidité raisonnablement exigible dans une activité simple et répétitive à un taux de 50 % est donc porté à CHF 24'325.-. Les autres critères habituellement admis ne permettent pas de réduction supplémentaire.

Activité partielle	Part	Empêchement	% invalidité
Activité lucrative	62 %	11.32 %	7 %
Ménage	38%	8 %	<u>3 %</u>
Total			10 %

Selon le SMR, dès le 1^{er} juillet 2016, l'état de santé s'améliore et par conséquent l'exigibilité médicale retenue est de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. La comparaison des revenus dès cette date est donc la suivante : CHF 27'430.- sans invalidité; CHF 30'162.- avec invalidité; perte de gain CHF 0.- déterminant une perte économique de 0 %. Le revenu avec invalidité est fixé sur les mêmes bases que pour la période précédente, y compris une déduction de 10 % au maximum (limitations fonctionnelles présentes): le revenu annuel avec invalidité raisonnablement exigible dans une activité simple et répétitive est ramené au taux d'activité habituelle avant l'atteinte, de 62 % et détermine donc un montant de CHF 30'162.-. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	% invalidité
Activité lucrative	62 %	0 %	0 %
Ménage	38%	8 %	3 %
Total			3 %

18. Par décision du 12 juillet 2017, l'OAI a rendu une décision de rente, aux termes de laquelle selon prononcé du 9 juin 2017, l'assurée avait droit à une rente de l'assurance-invalidité du 1^{er} janvier 2016 jusqu'au 31 mai 2016, soit une rente de trois-quarts, basée sur un degré d'invalidité de 65 %, déterminant un montant mensuel de CHF 213.-; les bases de cette rente étaient les suivantes :

- prise en compte du revenu de l'activité lucrative: de l'assurée
- bonifications pour tâches éducatives : aucune
- durée de cotisations : 4 années
- revenu annuel moyen déterminant: CHF 42'300.-
- durée de cotisations de la classe d'âge : 29 années
- total des années de contributions prises en compte : 4 années
- échelle de rente : 7 (rente partielle)

Le rassemblement des comptes avait révélé des lacunes de cotisations, lesquelles ont pu être partiellement comblées par des durées de remplacement (mois complémentaires durant l'année du cas d'assurance). Lors du calcul du revenu annuel moyen déterminant, il a été procédé au partage du revenu (splitting) pendant la durée du mariage.

Quant aux motifs, ils étaient conformes à ceux décrits dans le projet de décision détaillé ci-dessus (ch. 17).

19. Par courrier recommandé du 11 août 2017, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise, observant que cette dernière se base sur l'avis du SMR qui n'a pas pris en compte les conclusions de son rhumatologue traitant, la Dresse I_____ qui, dans son rapport du 12 août 2016 fondé sur un examen du 2 août, considérait que la CT

exigible dans une activité adaptée était « en tout cas 50 % » et non pas 100 % comme retenu par l'OAI. Un rapport médical de sa rhumatologue suivrait sous peu.

20. L'intimé a répondu au recours par courrier du 5 septembre 2017. Il conclut à son rejet. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, le SMR a bien pris en compte le rapport de la rhumatologue du 12 août 2016, constatant dans son avis du 14 septembre 2016 qu'il ressort de ce rapport que la CT est de 0 % dans l'activité habituelle, et en tout cas de 50 % dans une activité adaptée. La rhumatologue a également déclaré que la situation rhumatologique s'était aggravée depuis fin 2014. Elle décrit l'évolution en amélioration et indique qu'une intervention chirurgicale a été suspendue en raison de cette amélioration des symptômes. Les limitations qu'elle retient coïncident avec celles déjà décrites dans l'avis précédent du SMR. Le service médical précise encore au sujet de cet avis qu'il ne trouve pas d'éléments pour une aggravation: c'est au contraire une amélioration qui est décrite. Il proposait dès lors de suivre son dernier avis du 3 mars 2016. Ceci dit, la recourante n'allègue aucun fait précis susceptible de remettre en cause la décision attaquée et ne produit aucun document médical à l'appui de son recours.
21. Le 6 octobre 2017, la chambre de céans a reçu un rapport médical de la Dresse I_____ auquel était annexée la copie de son rapport du 12 août 2016. Dans son rapport du jour, la rhumatologue invite la chambre de céans à revoir la décision entreprise. Sur le plan anamnestique et diagnostique, elle rappelle qu'il s'agit d'une patiente de 51 ans présentant des lombosciatalgies à bascule, principalement à droite sur instabilité L5-S1, discopathie sévère L5-S1 et spondylolisthésis sur lyse isthmique bilatérale en L5-S1. Les douleurs sont présentes depuis environ 2013, mais nettement aggravées depuis fin 2014. Elle travaillait comme femme de chambre et avait été mise en arrêt de travail à 100 % depuis le 31 janvier 2015. Avec l'arrêt de l'activité professionnelle et les différentes prises en charge, les symptômes sont devenus plus supportables. Quant à l'expertise du Dr G_____, qui a vu la patiente le 11 février 2016, ce spécialiste a constaté à l'examen clinique un syndrome vertébral lombaire sévère. Il a estimé la CT à 0 % dans l'activité de femme de chambre et de 50 % dès le 1^{er} mars 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, puis 100 % dès le 1^{er} juillet 2016. Pour lui la situation devait s'améliorer avec la mise en place d'une prise en charge de type renforcement musculaire et perte de poids. Il retenait les limitations suivantes: pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, travail assis avec possibilité de changer de position. Cependant, selon la rhumatologue traitante, par la suite, malgré la prise en charge active de type renforcement et gainage, les douleurs ont persisté à chaque augmentation de son activité. Elles sont actuellement plus supportables, car elle ne travaille pas et n'a aucune activité. L'évolution a été marquée par une aggravation depuis fin 2014 en rapport avec son activité professionnelle de femme de chambre, et elle s'est améliorée avec l'arrêt de toute activité. En l'état actuel des choses, le fait de reprendre une activité professionnelle même adaptée va être difficile et va occasionner une recrudescence

des douleurs, raison pour laquelle sa CT a été décrite de 0 % dans son activité de femme de chambre et toute activité lourde, mais de seulement 50 % dans une activité adaptée. La phrase « en tout cas à 50 % » (mentionnée dans son rapport du 12 août 2016) est mal interprétée.

22. Après avoir soumis ce rapport au SMR, l'OAI a persisté dans ses conclusions par courrier du 31 octobre 2017. Il se ralliait aux conclusions de son service médical.

Selon le SMR (Dr K_____) - avis du 30 octobre 2017 - la rhumatologue traitante, dans son courrier du 6 octobre 2017, indique que l'amélioration escomptée par l'expert (Dr G_____) ne s'était pas produite et que la CT n'était toujours que de 50% dans des activités adaptées aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos. Elle précise toutefois qu'à l'heure actuelle l'état de santé s'est nettement amélioré par l'arrêt de l'activité de femme de ménage. Elle confirme un traitement des plus modestes (antalgiques et anti-inflammatoires seulement à la demande). La lecture du courrier du début octobre 2017 et du rapport du 12 août 2016 ne permet pas de comprendre les raisons médicales qui pourraient justifier une CT diminuée dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles. L'arrêt de l'activité de femme de ménage entraîne une amélioration notable, avec une situation pleinement rassurante à l'heure actuelle. La reprise d'une activité strictement adaptée ne sollicitant pas de contraintes au niveau du dos, ne pouvant pas aggraver la situation, la CT est bien pleine dans toute activité respectant strictement les limitations fonctionnelles d'épargne du dos.

23. Entre-temps, la chambre de céans ayant convoqué les parties en comparution personnelle, un conseil s'est constitué pour la défense des intérêts de la recourante, sollicitant le renvoi de l'audience.

24. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 5 février 2018, en présence d'une interprète en langue croate :

la recourante a déclaré : " Outre le fait qu'à mon sens l'OAI n'ait pas tenu compte de l'avis médical de ma rhumatologue traitante, lorsqu'il a rendu sa décision, ..., je conteste (...) le fait que l'OAI n'ait pas ordonné lui-même une expertise rhumatologique, et se soit contenté de celle du Dr G_____ qui, pour moi, n'était pas objectif, car il travaillait pour le compte de la Bâloise, et à ce titre, il devait satisfaire à l'assurance qui l'avait mandaté. Dans le rapport de cet expert j'estime que plusieurs éléments étaient faux, notamment ma date de naissance - il est noté dans le concerne une année de naissance de 1977 alors que je suis née en 1966 -; vous me faites observer que dans le corps du rapport l'expert mentionne que j'ai 49 ans: c'est juste; les renseignements sur mes frères et sœurs : j'ai en effet un frère et trois sœurs et non l'inverse; l'expert a relevé en outre que j'avais pu me rendre à son cabinet en montant les escaliers sans aucun problème, alors que lorsque je suis partie il m'a appelé l'ascenseur, et dans ses conclusions il a mentionné que je ne pouvais travailler que dans un environnement dont le sol était plat. En réalité, pour monter les escaliers j'ai eu de la peine et j'ai dû me tenir à la rambarde. Il a enfin

noté que l'expertise avait duré deux heures alors que je ne suis restée qu'une heure dans son bureau.

Je confirme m'être inscrite au chômage en 2016, soit, en tenant compte des conclusions de l'expert G _____ à 50 % lors de mon inscription au 17 mars 2016 et à 100 % dès le 1^{er} juillet 2016. J'émarge toujours au chômage, et ceci jusqu'à la fin de mon délai-cadre, le 18 mars 2018. Je touche mes indemnités journalières. J'ai travaillé depuis novembre 2016 jusqu'au mois de juillet 2017 à raison de deux heures par jour dans un restaurant en qualité de nettoyeuse, même si ma doctoresse n'était pas d'accord, de sorte que l'état de mon dos s'est aggravé. C'est pour cela que j'ai arrêté de travailler en juillet 2017. Le chômage continue à me verser mes indemnités journalières normales, à raison de CHF 1'400.- ou CHF 1'500.- par mois. Je cherche un travail à mi-temps, car j'ai un certificat médical d'incapacité de travail d'autant, que je dois remettre régulièrement au chômage et je remplis mes preuves de recherches d'emploi.

Mes problèmes de santé concernent uniquement mon dos. J'ai aussi une dépression mais nous sommes ici aujourd'hui pour mes problèmes de dos. Pour répondre à votre question, je suis toujours suivie par une psychiatre (Dresse L. _____), que je rencontre une fois par mois. J'ai un trouble compulsif d'alimentation qui a débuté récemment. Je suis sous médicaments: 3 antidépresseurs le matin plus un Xanax 3 fois par jour. Les consultations que j'ai chez elle concernent une psychothérapie. Pour répondre à une question de mon conseil, je n'ai pas ressenti d'amélioration de mon état de santé entre janvier et juillet 2016. Je confirme que la physiothérapie active préconisée par l'expert G _____ a été mise en place. Dans un premier temps le Dr C _____ m'a indiqué que cela ne servirait à rien car il estimait que lorsqu'il s'agit d'un problème dégénératif et chronique la physiothérapie ne sert à rien. Plus tard, la Dresse I _____ m'a prescrit de la physiothérapie en piscine durant deux mois; j'y suis allée huit fois pendant deux mois. Les exercices en eux-mêmes n'étaient pas très efficaces, mais en revanche, les postures que j'ai apprises m'ont bien aidée. Il y a deux semaines j'ai essayé de faire de l'aquagym, pour voir si cela me faisait du bien au dos ; tant que j'étais en mouvement cela m'a soulagé, mais une fois que les muscles se sont refroidis mes douleurs ont repris et j'ai été obligée de me coucher pendant l'après-midi. S'agissant de la recommandation de l'expert concernant un suivi par une diététicienne en vue d'une perte de poids, je n'ai rien entrepris jusqu'ici parce que cela n'a pas de sens vu mon trouble alimentaire compulsif. La journée je peux me contrôler mais le soir, j'ai des accès de fringale. Ma psychiatre m'a également découvert des attaques de panique, qui me poussent à fuir les transports en commun et les grands magasins, et je suis sous prescription de Fluoxetine. Avec ce médicament, cela va mieux. S'agissant de la spondylodèse qui était prévue en 2015, et qui n'a finalement pas eu lieu, le neurochirurgien m'a expliqué via une traductrice que l'intervention chirurgicale n'était pas recommandée. Lorsque j'ai quitté le travail à l'hôtel mon état s'est un peu amélioré. Le chirurgien m'a dit que lorsque je perdrai le contrôle de mon système urinaire, de

même que la sensation des « 3 orteils au pied droit » je pourrai me présenter pour une opération, en me précisant que ce délai pouvait s'étendre sur quelques mois à quelques années. Il était très gentil, et il m'a indiqué que si j'étais un membre de sa famille il ne me recommanderait pas l'opération avant la perte des sensations susmentionnées. Il estime que je ne gagnerai pas beaucoup en qualité de vie par rapport à cette opération d'où le conseil de mes médecins d'aller de l'avant comme ça. Aucun de mes médecins y compris la psychiatre ne sont très favorables à une telle opération.

Mon conseil me demande de décrire brièvement le déroulement d'une journée type : maintenant que je ne travaille pas, je me lève autour de 7h-7h30, je fais mes exercices d'étirement (deux exercices) qui me conviennent. Ensuite je me lève, je me fais un café, je m'assieds et je me masse avec une crème. Je m'assieds droite, car si c'est plus facile d'être courbée, le thérapeute m'a recommandé une posture plus droite pour des questions de musculature. Si je dois sortir pour des courses, c'est à ce moment-là que je le fais. J'ai un sac à dos car je ne peux même pas porter un sac à mains; jusqu'à 13h je fais un peu de ménage et un peu de cuisine. L'après-midi je m'allonge avec les jambes surélevées avec des oreillers pour alléger la pression sur le dos. J'ai une bosse visible sur le dos. Cela peut durer 2 à 3 heures. Le reste je le laisse à mon mari, notamment l'aspirateur. Personne ne nettoie les vitres et personne ne repasse les habits mon mari ne porte plus les chemises. Nous portons des habits que nous n'avons pas besoin de repasser. ..., je ne peux pas vraiment porter jusqu'à 5 kg de charges, mais plutôt maximum 1 kg par main ; depuis que j'ai travaillé au restaurant ma situation s'est péjorée: j'avais été autorisée à travailler à genoux pour ne pas me pencher en avant. Je nettoiais les sols et les tables. Je suis toujours suivie par la Dresse I_____, que je consulte une fois par mois. Elle suit l'évolution de ma maladie, notamment pour voir cela ne gagne pas la nuque. Elle doit également m'établir des certificats d'arrêt de travail. "

25. La Chambre de céans a entendu la Dresse I_____ (témoin) le 30 avril 2018 :

Le témoin a déclaré : "J'ai rencontré la patiente pour la première fois en avril 2016. Je la suis toujours à raison d'une fréquence d'environ une fois par mois. Je l'ai revue pour la dernière fois dans le courant de ce mois. Mon suivi porte sur le contrôle de l'adéquation du traitement, sur la nécessité éventuelle de séances de physiothérapie, et éventuelles modifications du traitement médicamenteux, ainsi que l'établissement des arrêts de travail. Ma patiente n'a pas tenté de reprendre une activité même adaptée, non pas parce qu'elle ne le voulait pas, mais parce que celle-ci ne lui a pas été proposée. Vous me rappelez que dès mars 2016, elle s'est inscrite au chômage, d'abord à 50 %, puis à 100 % dès début juillet 2016 d'après ce qu'elle vous a expliqué en comparution personnelle. Elle vous a indiqué également qu'elle avait travaillé depuis novembre 2016 jusqu'en juillet 2017 à raison de 2 heures par jour dans un restaurant en qualité de nettoyeuse, précisant "même si ma doctoresse n'était pas d'accord" et vous me demandez si c'est moi qui n'étais pas d'accord avec cette reprise d'activité. Je ne me souviens pas, et je n'ai rien noté à ce sujet dans

mon dossier, avoir indiqué à ma patiente que je n'étais pas d'accord avec cette reprise d'activité. Peut-être s'agissait-il de sa psychiatre traitante. Je pense que moyennant l'observance des limitations fonctionnelles, ma patiente pourrait reprendre une activité professionnelle à 50 %, ceci depuis le début que je la connais. C'est toujours valable actuellement."

La recourante a précisé: " Pour répondre à votre question, lorsque j'étais au chômage jusqu'au mois de mars de cette année, je recherchais dans le domaine de femme de chambre et femme de ménage. Vous me faites observer que c'est précisément dans le domaine où tous les médecins considèrent que je ne peux définitivement plus travailler, et pourtant c'est là où je recherche un emploi. Je précise à ce sujet que ce n'est pas moi qui souhaitais trouver un emploi dans ce domaine, mais le sens de ce que me conseillait mon conseiller personnel."

Le témoin a repris : " Pour répondre à votre question, je n'ai pas eu connaissance de l'avis du SMR du 30 octobre 2017 au sujet des attestations médicales d'août 2016 et du 6 octobre 2017. Vous m'en donnez lecture. Sur la base de l'avis que vous venez de me lire, je ferai deux observations : d'une part, le fait que ma patiente ne travaille pas rend plus facile la gestion des douleurs: elle prend en effet des anti-inflammatoires d'une part et d'autre part, elle pratique de la physiothérapie en piscine. Ces traitements ont bon effet sur ses douleurs, mais celles-ci subsistent tout de même. En termes de CT résiduelle exigible dans une activité adaptée, cela se traduit en effet par une CT de 50 %. En effet, je dois souligner que ma patiente éprouve des douleurs qui trouvent leur source dans des éléments objectifs, soit un glissement d'une vertèbre sur une autre (spondilolisthésis) ainsi que les signes d'instabilité, ce qui ressort notamment d'une IRM que nous avons refaite récemment."

Le conseil de la recourante : " Je produis à ce sujet un chargé complémentaire, dont copie est immédiatement remise à l'intimé, comportant en particulier un rapport d'IRM cervico-lombaire du 13 avril 2018 par le service radiologique de l'Hôpital de La Tour, ainsi que trois certificats d'arrêt de travail établis respectivement par le témoin ici présent et la psychiatre traitante."

Le témoin a repris : " Pour répondre à votre question, j'ai eu connaissance du rapport d'expertise du Dr G_____ de février 2016. Hormis la date de reprise d'activité à 100 % pour les raisons que j'ai expliquées dans mes attestations successives, je suis d'accord avec ses conclusions. Je précise ma pensée en disant que je conteste le principe de la reprise d'activité à 100 %, pour les raisons que je viens d'exposer par ailleurs. S'agissant de la proposition qu'avait faite en son temps le service de neurochirurgie des HUG (intervention de type TLIF), vous me demandez si au vu de l'évolution de l'état de santé de ma patiente, cette proposition serait aujourd'hui à nouveau d'actualité : je ne suis pas neurochirurgienne, mais je peux vous donner un avis de rhumatologue: après que les symptômes aient diminué, et qu'en conséquence l'intervention envisagée ait été abandonnée, je crois me (souvenir) que ma patiente avait été revue par le neurochirurgien qui lui avait

expliqué toutes les implications et complications possibles que pouvait engendrer une telle intervention. Au vu des risques que cette opération ne puisse finalement guère améliorer la situation, mais au contraire générer des lombalgies post-opératoires et autres difficultés, notamment des troubles au niveau des jambes, perte de forces et troubles sensitifs, Madame A_____ ne souhaite finalement pas se lancer dans cette opération, au moins aussi longtemps que les traitements en cours et l'état actuel des choses ne s'aggravent pas. Je partage ce point de vue en tant que rhumatologue, donc pour moi, et dans l'état actuel des choses, l'intervention n'est pas exigible.

Sur question de Mme M_____, je confirme avoir eu connaissance du rapport IRM de 2015. Aussi, comparativement entre les IRM de 2015 et 2018, la seule chose qui apparaît en 2018 et qui ne figurait pas en 2015, c'est l'apparition d'un œdème des plateaux vertébraux, signe d'une inflammation, probablement sur instabilité. Sur le plan clinique, il n'y a pas eu de changements entre 2016 et 2018. Depuis que je connais ma patiente, elle est atteinte d'un important syndrome vertébral, en réaction probable avec l'instabilité visible selon l'IRM. Par rapport aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr G_____, dont j'ai expliqué tout à l'heure que je souscrivais aux prescriptions à l'exception de la réserve (recte: reprise) à 100 %. Il m'est demandé pourquoi à mon avis malgré les limitations fonctionnelles (LF) retenues par l'expert, je considère toutefois la limite de la capacité résiduelle à 50%: connaissant ma patiente, et au vu de son état actuel, j'ai du mal à imaginer qu'elle puisse rester 8 heures par jour en position assise prolongée. En effet, une telle posture serait difficile à tenir pendant autant de temps et risquerait d'entraîner des douleurs de plus en plus importantes. Je ne pourrais pas vous dire ce que l'on pourrait considérer comme nombre d'heures idéal. Par rapport aux recommandations de l'expert G_____ d'entreprendre une kinésithérapie dans le but d'un renforcement musculaire notamment, je confirme que ces mesures ont été entreprises, mais j'ai estimé que des mouvements en piscine seraient plus adaptés, raison pour laquelle nous avons commencé par là. "

La recourante a précisé: " J'ai en effet interrompu mes séances de physiothérapie en piscine il y a environ 4 semaines, ceci parce que cela me fait plus de mal que de bien, ceci quelques heures après, lorsque le corps se refroidit. Ces bains sont à une température de 25 à 26 degrés."

Le témoin : " Sur question de Mme M_____, je confirme avoir prescrit régulièrement ces séances, mais je ne n'ai pas sous les yeux, car cela se trouve dans mon ordinateur la date des derniers bons de physio."

La recourante a précisé: " En fait, il n'y en a pas eu (en) 2018, mais j'ai été de mon propre chef à la piscine de Meyrin pour faire des exercices de dos. Je précise que la piscine de Meyrin est dotée d'un responsable qui fait faire des exercices de dos aux personnes qui en ont besoin, exercices qui n'ont rien à voir avec les exercices prescrits par ma rhumatologue. De toute manière, même avec ces exercices il n'y a

pas eu d'amélioration. J'avais envisagé de me réinscrire en septembre, mais je n'irai pas, car cela n'améliore pas la situation."

Le témoin: " Pour répondre à une question de l'intimé au sujet de la prescription de ces séances, je n'ai jamais noté dans mon dossier la moindre plainte de ma patiente par rapport à des effets délétères par rapport à ces séances. En fait, je ne me souviens pas exactement le libellé de mes bons de physiothérapie, en particulier de savoir si je prescrivais des séances en piscine et des séances à sec. Je ne sais pas quand ma patiente a cessé les séances de physiothérapie à sec, car après je n'ai noté que "exercices en piscine", par quoi il faut comprendre les séances d'aquagym auxquelles Mme A_____ faisait référence tout à l'heure."

La recourante : " J'ai fait en 2016, des séances de physiothérapie à raison de deux séances par semaine en alternance en piscine et à sec. J'ai toutefois arrêté ces séances lorsque j'ai commencé à travailler en novembre 2016. C'est seulement en 2018 que j'ai été essayer la piscine en aquagym à la piscine de Meyrin, et ceci seulement une seule fois, pour voir si cela me faisait du bien. Je confirme donc que je n'ai plus fait de physiothérapie ni d'exercices en piscine de novembre 2016 à 2018, soit la seule fois où j'ai été à l'aquagym. "

Le témoin: " Sur question de l'intimé, je confirme qu'une perte de poids pourrait en partie améliorer la situation et faire diminuer les symptômes. Mais nous avons déjà discuté de cela avec la patiente, qui m'avait indiqué que la psychiatre la traitait pour des troubles de comportement alimentaire, ce qui rendait difficile le suivi efficace par une diététicienne. "

Madame M_____, pour l'intimé: " J'observe qu'aucune pièce médicale au dossier ne fait état, sur le plan diagnostique, d'un trouble du comportement alimentaire. Le psychiatre traitant n'en parle en tous cas pas dans son rapport. "

Le témoin: " Sur question de Me RADOSAVLJEVIC, depuis le début de mon suivi, il m'est difficile de dire si l'état de santé s'est amélioré ou détérioré. Je peux cependant dire que globalement l'état de la patiente est resté plutôt la même chose qu'au début. Je rappelle que les symptômes vont plutôt dans le sens d'une amélioration lorsqu'elle n'a pas d'activité, mais d'un autre côté, il y a l'apparition objective à la dernière IRM d'une inflammation. En consultant mes notes, pour la période d'avril à juillet 2016, j'avais noté, d'ailleurs dès la première séance, qu'il y avait une amélioration en raison du fait qu'elle n'exerçait aucune amélioration (recte: activité), en juin 2016, j'ai noté un léger mieux dû au traitement et aux séances de physiothérapie, mais, quant à dire qu'il y aurait eu pendant cette période-là une amélioration "radicale", je ne peux pas le dire ainsi. S'agissant du traitement médicamenteux, au moment où j'ai commencé à la suivre, elle ne prenait pas d'anti-inflammatoires, mais seulement des antidouleurs. Nous avons introduit les anti-inflammatoires dans le courant de l'année 2016. Je n'ai rien marqué à ce sujet avant août 2016. Je n'ai pas spontanément prescrit du METFIN à ma patiente, mais c'est à la demande de la Dresse L_____, psychiatre, que je l'ai fait par rapport à la

question des troubles alimentaires dont elle s'occupe. La psychiatre ne voulait pas gérer elle-même cette médication. Cela remonte en fait à cette année, 2018, mais je n'ai pas la date précise car tout cela se trouve dans le dossier électronique. Je pense qu'il doit s'agir de mars 2018 environ. Pour répondre à la question du conseil de la recourante, qui me demande si la proposition du Dr G_____ de la mise en place d'une kinésithérapie procédant d'un gainage associé à une perte de poids, était de nature à permettre le recouvrement d'une CT à 100 % dans une activité adaptée, je réponds qu'en principe le but d'un médecin est d'améliorer l'état des patients, mais pas nécessairement avoir comme objectif d'augmenter la CT. Naturellement, si la prise en charge d'un gainage et d'une stabilisation comme dans le cas d'espèce se déroule correctement, on peut imaginer une amélioration de la CT. Je ne ferais toutefois pas un raccourci comme celui qui est fait ici, mais je relève également qu'il était logique que l'expert fasse une telle proposition, tout en soulignant qu'il s'exprimait au conditionnel quant à la perspective de recouvrement de la pleine CT dans une activité adaptée, d'autant que le délai dans lequel il l'envisageait était relativement court. En pratique, la prise en charge d'un renforcement et d'un gainage doit se faire progressivement et dans un certain temps, à moyen terme, ceci dans la mesure où les exercices peuvent générer de nouvelles douleurs, ce qui était également arrivé à Mme A_____, d'où la nécessité de prévoir un certain temps pour obtenir les résultats recherchés, si l'on y arrive."

Sur quoi, un délai a été imparti aux parties pour se prononcer sur l'instruction orale et l'intimé pour soumettre au besoin les nouvelles pièces médicales au SMR.

26. L'intimé s'est déterminé par courrier du 28 mai 2018. Il persiste dans ses conclusions. Le SMR, dans son avis du 25 mai 2018 au sujet des nouvelles pièces médicales produites et le procès-verbal d'audition de la Dresse I_____. considère, que le compte-rendu de l'IRM du rachis, examen postérieur à la décision entreprise, montre le spondylolisthesis et les signes d'inflammation, mais sans fournir d'informations sur les conséquences de ces images; quant aux certificats d'incapacité de travail, ils sont tous postérieurs à la décision entreprise et n'apportent aucune information sur les causes des incapacités. S'agissant de l'audition de la Dresse I_____ : la rhumatologue confirme que si la recourante n'a pas repris d'activité, c'est parce qu'on ne lui en a pas proposé. Selon elle, une activité adaptée a toujours été possible depuis le début de son suivi en avril 2016, mais seulement à 50 %. Elle ne justifie cette limitation de la CT que par la plus grande facilité pour l'assurée de suivre ses traitements. Les douleurs sont justifiées par un spondylolisthesis (atteinte vertébrale dégénérative fréquente chez les personnes de plus de 50 ans); mais quelle que soit l'origine des douleurs, elle confirme que les traitements sont très efficaces sur celles-ci. Elle indique ne s'écarter de l'évaluation du Dr G_____ que sur l'estimation de la CT résiduelle dans une activité adaptée. Mais elle ne justifie son point de vue que par la difficulté de l'assurée de se tenir assise pendant huit heures. Or, les limitations fonctionnelles retenues dans l'avis du SMR du 3 mars 2016 prennent en compte la nécessité de

changer de position toutes les heures. De même en ce qui concerne la mise en place d'une kinésithérapie spécifique (gainage) et d'un traitement pour une perte de poids, comme préconisé par le Dr G_____ ; elle confirme également que cela devrait améliorer l'état de santé de l'assurée. Il faut donc comprendre que la rhumatologue traitante est en parfait accord avec les conclusions de l'expert. A lecture de cette audition, comme le témoin l'explique, on constate que les différences d'évaluation entre les experts et médecins traitants sont liées aux critères d'appréciation de la situation différents, les experts restant sur un plan strictement médico-théorique, contrairement aux médecins traitants qui intègrent la globalité de la situation de leurs patients dans la prise en charge de ceux-ci.

27. La recourante s'est déterminée par mémoire du 18 juin 2018. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision entreprise en tant qu'elle indique que le droit à la rente s'éteint à compter du 1^{er} juin 2016. Ceci fait, dire et constater que la recourante est invalide à 100 % depuis le 31 janvier 2015 et à 50 % depuis le 1^{er} juin 2016, ceci pour une durée indéterminée; dire et constater que l'empêchement de la recourante dans la tenue du ménage s'élève à 50 % à tout le moins, et que son degré d'invalidité à ce titre s'élève à 19 % au moins; octroyer à la recourante une demi-rente d'invalidité à tout le moins à compter du 1^{er} juin 2016; subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, notamment sous forme d'expertise médicale et examens complémentaires, et nouvelle décision; le tout avec suite de frais et dépens. Après avoir résumé les divers documents médicaux jusqu'à fin 2015, la recourante, remarque que plusieurs indications figurant dans l'expertise du 15 février 2016 du Dr G_____ sont erronées (p. ex. l'année de naissance, certains éléments de vie privée), ce qui démontrerait une certaine légèreté de l'expert. Selon ses propres déclarations devant la chambre de céans, elle conteste la durée effective de l'examen médical, expliquant en quoi elle voit des contradictions dans les observations de l'expert; elle rappelle que les mesures et traitements préconisés par l'expert dans un but de renforcement musculaire, ont été mises en place, mais son médecin traitant estimait toutefois qu'ils seraient mieux adaptés en commençant par des mouvements en piscine. Malgré son assiduité à suivre les mesures recommandées par l'expert, elle n'a pas ressenti d'amélioration de son état de santé. La prise en charge diététique demeure inutile, en raison d'un trouble compulsif d'alimentation, dans le contexte de sa dépression et des attaques de panique pour lesquelles elle demeure sous médication, et qui ne l'aide pas. D'ailleurs son poids n'a pas d'incidence sur le phénomène du vide discal dont elle souffre. S'agissant de l'appréciation des avis respectifs de ses médecins traitants le SMR s'est borné à suivre aux conclusions de l'expert – fondées sur un unique entretien d'une heure -, sans dire en quoi l'avis de celui-ci était préférable à ceux pourtant unanimes des médecins traitants qui en connaissance de cause ont affirmé qu'elle ne pouvait pas reprendre une activité dans une activité adaptée, qu'à 50 %. Contrairement à ce qu'affirment les médecins du SMR (Doc 63 dossier OAI), aucune amélioration objective ne ressort du dossier médical : par exemple, dans leur avis du 14 septembre 2016, commentant le rapport de la

rhumatologue traitante du 12 août 2016, ils retenaient que cette dernière n'observait pas d'aggravation depuis l'expertise, mais décrivait une amélioration. Or, il est expliqué dans ce rapport que depuis que la recourante est en arrêt de travail, les douleurs sont plus supportables, ce qui ne signifie pas que son état de santé s'est amélioré: si elle reprenait une activité physique, il se péjorerait et les douleurs deviendraient parfaitement insupportables. La recourante reproche encore au SMR de s'être prononcé sans jamais l'avoir examinée personnellement. Les détails de ces critiques seront repris dans la mesure utile dans les considérants qui suivront. Dans ce contexte elle estime que l'intimé aurait dû lui-même ordonner une (nouvelle) expertise, d'autant que celle du Dr G_____ remonte à dix-huit mois avant la décision querellée; si un tel examen était ordonné actuellement, il ne manquerait pas de mettre en évidence une aggravation de l'état de santé de la recourante. Elle fait encore grief à l'intimé, par rapport à la détermination du degré d'invalidité, d'avoir retenu 100 % de CT exigible au lieu de 50 %, et de n'avoir procédé à une réduction supplémentaire sur le salaire statistique que de 10% au lieu du maximum de 25 %: selon elle ce maximum se justifierait car seule une activité légère et spécifique ne conviendrait en raison des limitations fonctionnelles, de son âge (52 ans), de l'absence de toute formation professionnelle, et du fait qu'elle ne soit arrivée en Suisse qu'il y a six ans, et ne parle pas bien le français. Selon elle l'intimé a encore sous-estimé le taux d'empêchements pour les activités habituelles (3 %), alors qu'il devrait se situer au-dessus de 8 % et s'élever au moins à 50 %. Quant à l'enquête économique, les pondérations et pourcentages retenus par l'enquêtrice sont inadéquats et non conformes à la réalité. C'est à tout le moins un degré d'invalidité de 19 % (50 % de 38 %) qu'il conviendrait de retenir concernant la tenue du ménage, et non de 3 %. Elle en conclut que le droit à la rente ne s'éteint pas à compter du 1^{er} juin 2016; au contraire une rente doit être octroyée sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %, comme préconisé par les médecins qui l'ont suivie et la suivent encore

28. L'intimé s'est encore prononcé par courrier du 3 juillet 2018, notamment après avoir soumis au SMR les nouveaux documents médicaux produits par la recourante, soit les certificats de ses médecins traitants du mois de juin 2018. Selon le SMR les ces documents ne sont pas susceptibles de conduire à une appréciation différente du cas: le certificat de la rhumatologue traitante du 15 juin 2018 acte un arrêt de travail du 1^{er} au 30 juin 2018; elle ne justifie pas de motifs médicaux de cet arrêt. Dans son certificat du 14 juin 2018, la psychiatre traitante mentionne les mêmes diagnostics retenus comme incapacitants dans son rapport du 15 mai 2016. Elle y ajoute l'existence d'un trouble du comportement alimentaire ayant été la cause d'une prise pondérale (BMI non spécifiée). On y comprend que le traitement antidépresseur a été modifié. Dans son rapport du mois de mai 2016, elle préconisait une CT de 50 % et indiquait une évolution favorable encore possible du point de vue psychiatrique. En juin 2018 elle ne se prononce pas sur la CT. Le SMR remarque qu'il n'est pas exclu que la prise pondérale dont on ne connaît pas l'ampleur ait un impact négatif sur les douleurs lombaires. L'article de littérature sur les

phénomènes du vide discal n'apporte aucun élément susceptible de modifier l'avis du SMR.

29. Quant à la recourante, elle s'est encore exprimée par la plume de son conseil, par courrier du 24 juillet 2018 à propos de la prise de position de l'intimé du 28 mai 2018. Quel que soit le motif pour lequel la recourante n'avait pas repris d'activité, cela ne change strictement rien au fait que tous les médecins qui l'ont rencontrée, à l'exception de l'expert, ont estimé qu'elle était capable de travailler à 50 % uniquement, dans une activité adaptée. On ignore sur quelle base le SMR prétend que la limitation de l'activité à 50 % ne se justifie que par la plus grande facilité pour l'assurée de suivre ses traitements. Contrairement à ce que ce dernier affirme d'autre part, la Dresse I_____ n'a jamais affirmé que les traitements étaient très efficaces sur les douleurs liées au spondylolisthésis; elle a uniquement indiqué que les traitements avaient un bon effet sur ses douleurs, celles-ci subsistant tout de même, soulignant que sa patiente éprouve des douleurs qui trouvent leur source dans des éléments objectifs. Prenant encore d'autres exemples, la recourante fait valoir que l'interprétation que fait le SMR des déclarations de la rhumatologue traitante ne sont pas soutenables. Quant aux derniers documents médicaux produits, ils démontrent en tout cas qu'à aucun moment la situation de santé de la recourante n'a évolué favorablement, susceptible de lui reconnaître une CT de 100 % dans une activité adaptée comme le retenait l'expert, dont l'opinion reste isolée à ce propos.
30. Sur quoi les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA; et sur le plan cantonal, par renvoi de l'art. 61 LPGA, art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62, 89Ass LPA), sous réserve de ce qui sera dit plus loin au sujet des conclusions constatatoires.
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, à dater du 1^{er} janvier 2016 (premier jour du mois au cours duquel le délai d'attente d'une année est arrivé à échéance), et en particulier au-delà du 1^{er} juin 2016.
4. Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il n'y a pas lieu de tenir compte de la

modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1^{er} décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

En vertu des dispositions transitoires de la modification du 1^{er} décembre 2017, lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1^{er} décembre 2017 du RAI parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27^{bis}, al. 2 à 4, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2).

5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).
7. 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.

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

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).

8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 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.

a. 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).

b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une

expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

d. 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).

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

12. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

13. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

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

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au ch. 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

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

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui

concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

15. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste 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. 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 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).
16. Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1).
17. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

18. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
19. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

a. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés

professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

b. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

c. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale

maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). A l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10 % dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

-
20. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit, consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

21. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer

que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

22. En l'espèce, dans son recours (11 août 2017), la recourante - qui n'était pas assistée d'un conseil à l'époque, a contesté la décision de l'OAI du 12 juillet 2017, en reprochant essentiellement à l'intimé, respectivement au SMR, de lui avoir reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans avoir pris en compte les conclusions du rapport du 12 août 2016 de sa rhumatologue traitante, en tant que cette dernière considérait sa CT exigible dans une activité adaptée d'« en tout cas 50 % » et non 100 % comme le prétend l'intimé. Dans ses écritures du 18 juin 2018, désormais représentée par un conseil, elle concluait à l'annulation de la décision entreprise en tant qu'elle retient que le droit à la rente s'éteint à compter du 1^{er} juin 2016. Elle considère au contraire être invalide à 100 % depuis le 31 janvier 2015 et à 50 % dès le 1^{er} juin 2016 et pour une durée indéterminée et conclut à cet égard à ce que la chambre de céans le constate ; elle conclut encore à ce qu'il soit dit et constaté que son taux d'empêchement « dans la tenue du ménage » s'élève à 50 % à tout le moins et que son degré d'invalidité à ce titre de même 19 % à tout le moins. Elle conclut enfin à ce que lui soit octroyée une demi-rente invalidité à tout le moins à compter du 1^{er} juin 2016, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision; et plus subsidiairement au renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout avec suite de frais et dépens.
23. On remarquera liminairement que les conclusions constatatoires de la recourante - en l'espèce, qu'il soit dit et constaté qu'elle est invalide à 100 % depuis le 31 janvier 2015 à 50 % depuis le 1^{er} juin 2016, ceci pour une durée indéterminée, de même qu'il soit constaté que l'empêchement dans la tenue du ménage s'élève à 50 % à tout le moins et que son degré d'invalidité à ce titre s'élève à 19 % à tout le moins - ne sont pas recevables: des conclusions constatatoires ne sont que subsidiaires à des conclusions condamnatoires. Ceci dit, et comme relevé précédemment, le recours est néanmoins recevable pour le surplus, dans la mesure où la recourante conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à tout le moins à compter du 1^{er} juin 2016 ; autre étant la question de savoir si cette conclusion est fondée.
24. Si elle en reste pour l'essentiel à sa critique initiale, elle remet par la suite (mémoire du 18 juin 2018) en cause la valeur probante de l'expertise rhumatologique du Dr G_____ du 15 février 2016. Il y a dès lors lieu d'examiner la valeur probante de cette expertise.

Contrairement à ce que prétend la recourante, le Dr G_____, spécialiste reconnu en rhumatologie, n'est pas un médecin interne à la Bâloise, mais un praticien indépendant; de surcroît, si l'initiative de lui confier un mandat d'expertise émanait de l'assurance perte de gain, l'intimé s'est toutefois joint à l'assureur perte de gain.

Conformément aux exigences de la jurisprudence rappelée précédemment, pour que l'on puisse reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise effectuée par un médecin indépendant de l'assureur qui l'a mandaté, le Dr G_____ a dûment étayé son rapport, lequel a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, au terme d'un examen clinique détaillé, et en considération des plaintes de la recourante. Ses conclusions sont claires et convaincantes, aucun élément du dossier tel qu'il se présentait au moment de l'expertise n'étant susceptible de mettre en doute la pertinence de l'évaluation de l'expert. D'ailleurs, sur le plan de la médecine interne et en particulier sur le plan rhumatologique, l'avis de l'expert coïncide avec l'avis des médecins traitants de la recourante, tant en ce qui concerne le diagnostic qu'en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de 50 %, dès le 1^{er} mars 2016, comme l'a confirmé la rhumatologue traitante, lors de son audition par la chambre de céans.

Il convient également d'observer qu'au vu de ses constatations, et de ses diagnostics (lombosciatalgies droites sur une instabilité de L5 (listhésis de degré I sur une lyse isthmique bilatérale) et une discopathie L5-S1 sévère ; obésité), l'expert a formulé des propositions de mise en place d'une prise en charge en kinésithérapie (renforcement actif musculaire technique de gainage) et par une diététicienne (perte de poids nécessaire). Ces propositions sont cohérentes, l'expert émettant sur cette base le pronostic que, grâce aux effets conjugués de ces mesures thérapeutiques, dans un délai de quelques mois, l'expertisée pourrait recouvrer une pleine capacité de travail (100 %), soit de passer de 50 à 100 %. Toute autre est la question de savoir si l'évolution de la situation a confirmé ou non le pronostic de l'expert, et d'apprécier la manière dont le SMR – et à travers lui l'intimé – a interprété les projections de l'expert, comme on le verra plus loin.

Les critiques formelles de la recourante ne permettent de mettre en doute ni l'objectivité et l'impartialité de l'expert, ni la pertinence de ses constatations médicales: la recourante voit dans certaines indications figurant dans l'expertise les signes d'une certaine légèreté dans l'établissement du rapport d'expert. Elle pointe à cet égard une erreur dans son année de naissance (1977 au lieu de 1966), au niveau du « concerne » dudit rapport. Cette erreur de plume n'a toutefois aucune incidence sur le fond de l'expertise, dès lors que dans le corps de celle-ci, l'expert a bien pris en compte l'âge effectif de l'expertisée. Le fait que l'expert ait mentionné, dans les renseignements anamnestiques familiaux que l'assurée fait partie d'une fratrie de trois frères et une sœur, et non l'inverse, n'a pas d'incidence non plus sur l'ensemble de l'expertise, et ne saurait être interprété dans le sens que le souhaiterait l'expertisée. Il n'y a pas lieu non plus de mettre en doute les constatations que l'expert, lorsque celui-ci indique que l'expertisée pouvait monter les escaliers sans effort, alors que lorsqu'elle a quitté le cabinet, l'expert lui avait appelé l'ascenseur. Le fait que l'expert, en prenant congé de l'assurée à la fin de son examen, l'ait invitée à prendre l'ascenseur, n'a rien d'insolite. Cela ne saurait être considéré comme un indice de ce que ses constatations au sujet de la capacité de l'intéressée

d'avoir pu sans autre monter les escaliers à pied ne serait pas conforme à la réalité. Il est en effet usuel, comme faisant partie des observations de l'expert quant au comportement spontané de l'assuré au moment où il se présente au cabinet, d'observer la manière dont ce dernier se déplace, que ce soit dans les escaliers ou encore lorsque l'expert va le chercher à la salle d'attente; il en va de même de l'observation de la manière dont il se déshabille ou se rhabille, par exemple. Dès lors, lorsqu'à la fin de l'examen, n'ayant plus besoin de vérifier davantage le comportement spontané de l'intéressé, il apparaît logique et relevant de la courtoisie que l'expert l'invite à prendre l'ascenseur pour repartir, sans qu'il ne faille y voir une relation avec la manière dont l'intéressé aurait monté les escaliers en arrivant à l'examen.

La recourante fait grief à l'intimé, respectivement au SMR, de s'être borné à suivre aux conclusions de l'expert – fondées sur un unique entretien d'une heure. On rappellera à ce sujet qu'à teneur de la jurisprudence, ce n'est pas la durée de l'examen personnel de l'expert qui est important mais bien plutôt le contenu du rapport. En l'espèce rien ne permet de suspecter que l'expert ait bâclé son examen. On rappellera en effet que pour l'essentiel la Dresse I_____ partage l'avis de l'expert. En retenant encore une CT de 50% dans une activité adaptée, l'expert ne s'est pas écarté de l'appréciation des médecins traitants (rhumatologue, généraliste et psychiatre); seule la question de la reprise à plein temps pour les raisons exposées précédemment allait au-delà des prévisions des médecins-traitants; mais, comme on le verra cela n'a en définitive pas d'incidence sur le résultat de la décision entreprise.

Ainsi, au vu de ce qui précède, la chambre de céans estime que le rapport d'expertise rhumatologique du Dr G_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

25. La recourante fait grief à l'intimé, respectivement au SMR de s'être borné à suivre aux conclusions de l'expert sans tenir compte de l'avis des médecins traitants et notamment de la rhumatologue traitante: par exemple, dans son avis du 14 septembre 2016, commentant le rapport de la rhumatologue traitante du 12 août 2016, le SMR retenait que cette dernière n'observait pas d'aggravation depuis l'expertise, mais décrivait une amélioration. Or, la recourante relève qu'il est expliqué dans ce rapport que depuis que la recourante est en arrêt de travail, les douleurs sont plus supportables, ce qui ne signifie pas que son état de santé se soit amélioré: si elle reprenait une activité physique, il se péjorerait et les douleurs deviendraient parfaitement insupportables.

Il est vrai à cet égard que le SMR est sans doute allé vite en besogne en considérant sans aucune réserve que dès le 1^{er} juillet 2016 la recourante aurait retrouvé une pleine capacité de travail (100 %), ceci sur la base du pronostic formé à l'époque par l'expert. Or, force est de constater que la récupération de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée présupposait que les mesures thérapeutiques préconisées par l'expert soient effectivement mises en place, et dans l'affirmative,

aient donné les résultats escomptés. Or, la décision entreprise ayant été rendue le 9 juin, respectivement le 12 juillet 2017, (soit seize mois après que l'expert a énoncé ce pronostic), le SMR et l'intimé se devaient alors d'actualiser la situation en interrogeant les médecins-traitants sur l'évolution de la CT de la recourante après introduction des mesures préconisées par l'expert.

Le SMR s'est en outre fondé sur une expression qui pouvait certes prêter à confusion: la rhumatologue traitant, dans son rapport du 12 août 2016, avait indiqué que, selon elle la CT dans une activité adaptée était "d'au moins 50%"; en déduire, comme l'a fait le SMR, que la CT était pleine et entière, procédait d'une interprétation insoutenable. La Dresse I _____ a, en procédure de recours confirmé que son propos avait mal été interprété (attestation médicale du 6 octobre 2017). Mais elle a confirmé lors de son audition par la chambre de céans que pour elle la CT de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles avait toujours été de 50% depuis qu'elle la suivait (avril 2016), et que c'était toujours le cas.

La recourante reproche encore au SMR de s'être prononcé sans jamais l'avoir examinée personnellement. Ce grief n'est pas fondé. Selon la jurisprudence rappelée précédemment les rapports du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

26. La recourante critique encore les degrés d'invalidité retenus par l'intimé, et en particulier le taux retenu (3 %) pour ce qui est de ses tâches ménagères, le taux d'empêchement dans le cadre de la tenue de son ménage étant selon elle bien supérieur aux 8 % retenus, soit à tout le moins de 50 %. Selon elle les pondérations et le pourcentage relatif aux empêchements retenus dans le cadre de l'enquête économique du 4 octobre 2016 ne sont pas adéquats ni conformes à la réalité. Il convient ainsi de déterminer si l'enquête économique sur le ménage à laquelle l'intimé a fait procéder le 3 octobre 2016 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit

correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

En l'espèce le rapport d'enquête ménagère remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. La recourante se contente de contester les chiffres retenus pour en proposer d'autres, sans justifier son point de vue par des éléments objectifs susceptibles de jeter le moindre doute quant à la pertinence des constatations faites par la personne qualifiée qu'est l'auteur de ce rapport.

27. La recourante fait encore grief à l'intimé, par rapport à la détermination du degré d'invalidité, de n'avoir procédé à une réduction supplémentaire sur le salaire statistique que de 10% au lieu du maximum de 25 %: selon elle ce maximum se justifierait car seule une activité légère et spécifique conviendrait en raison des limitations fonctionnelles, de son âge (52 ans), de l'absence de toute formation professionnelle, et du fait qu'elle ne soit arrivée en Suisse qu'il y a six ans, et ne parle pas bien le français.

A juste titre la recourante ne critique pas en soi la méthode utilisée par l'intimé pour procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, notamment en ayant recours aux salaires statistiques de l'ESS pour le salaire avec invalidité. Elle ne critique que le taux de réduction appliqué par l'intimé au salaire statistique déterminé: elle estime insuffisante la réduction admise par l'intimé de 10 %, considérant qu'il eût été justifié de retenir la réduction maximum de 25 %. Au vu de la jurisprudence citée précédemment, la recourante ne saurait être suivie. Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution - que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit -, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Ainsi, la chambre de céans considère que la réduction appliquée par l'intimé n'est pas critiquable, et tient compte de l'ensemble des caractéristiques personnelles de la recourante, et s'inscrit dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration.

28. Ceci dit, la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante tel qu'il semble ressortir des documents produits en procédure de recours, tous postérieurs à la décision entreprise, comme le SMR semble l'admettre sur le principe, n'a pas à être examiné par la chambre de céans, qui ne peut se prononcer, dans la règle, qu'en fonction de l'état du dossier tel qu'ils se présentait au moment de la décision entreprise. Cette question devra dès lors faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'OAI.

Ainsi n'y a-t-il pas lieu d'ordonner une (nouvelle) expertise, comme le souhaiterait la recourante qui considère que si un tel examen était ordonné actuellement, il ne manquerait pas de mettre en évidence une aggravation de son état de santé.

29. Au vu de ce qui précède, même en admettant que, contrairement au pronostic que l'expert avait formulé quant au recouvrement d'une pleine capacité de travail (100 %) depuis le 1^{er} juillet 2016, celui-ci ne s'est pas réalisé à cette date, il n'en demeure pas moins - ce que la recourante ne conteste pas - que sa CT dans une activité adaptée serait restée à 50 %, de sorte que, le degré d'invalidité fondé sur les calculs de la décision entreprise pour la période commençant le 1^{er} mars 2016 resteraient valables dès le 1^{er} juillet 2016, déterminant ainsi un degré d'invalidité de 10 %, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. On rappellera en effet, à l'intention de la recourante, que contrairement à ce qu'elle semble soutenir, 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).

30. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

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

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

Statuant

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

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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