



### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), originaire du Kosovo et naturalisée suisse, née le \_\_\_\_\_ 1961, est mariée et mère de quatre enfants nés respectivement en 1983, 1986, 1989 et 1991.
2. Alors qu'elle travaillait jusque-là pour les sociétés B\_\_\_\_\_ SA et C\_\_\_\_\_ SA, respectivement comme nettoyeuse et ouvrière, l'assurée a été mise en arrêt de travail à 100% depuis le 8 septembre 2000, puis à 50% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2001, pour une asthénie et un état dépressif.
3. Le 14 juin 2001, elle a déposé une première demande de prestations AI, que l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a rejetée par décision du 12 août 2002. Le Tribunal cantonal des assurances sociales a confirmé ce refus par arrêt du 6 octobre 2004 (ATAS/804/2004), au motif que l'incapacité de travail de l'assurée n'était pas due à une maladie objectivée dont l'assurance-invalidité aurait à répondre, tous les médecins consultés ayant fait état d'un syndrome de déracinement socioculturel et/ou d'un surmenage et d'un épuisement lié à une surcharge de travail. L'instruction avait notamment permis de recueillir les documents suivants :
  - un rapport du 27 novembre 2000, par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assureur perte de gain maladie, retenant le diagnostic « d'épuisement dans un contexte de surmenage et d'état dépressif chronique », relevant en outre un probable syndrome de déracinement socioculturel et précisant qu'objectivement, rien de particulier n'était à signaler à l'examen clinique ;
  - un rapport du Département de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 12 décembre 2000, indiquant que l'assurée y avait été hospitalisée du 4 au 7 décembre 2000 et qu'une asthénie d'origine indéterminée avait été diagnostiquée. Il lui avait été proposé de limiter dans la mesure du possible ses activités professionnelles ;
  - un rapport établi le 20 juillet 2001 par le médecin traitant de l'assurée, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, retenant les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'asthénie d'origine indéterminée depuis mi-2000 et d'état dépressif en décembre 2000 (syndrome de déracinement socioculturel), mentionnant par ailleurs une anémie mixte, sans effet sur la capacité de travail. L'assurée s'était épuisée sans raison apparente en décembre 2000, dans le contexte d'un surmenage, ensuite de quoi elle avait été hospitalisée. Il avait alors été constaté une asthénie d'origine indéterminée, sans qu'une origine psychiatrique ne puisse être mise en évidence. Il paraissait envisageable que la patiente retrouve une capacité de travail en fonction de l'évolution de sa fatigue.

4. Le 22 octobre 2013, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations, en y invoquant des migraines, ainsi que douleurs au niveau du dos, des jambes et des bras.
5. Invitée par l'OAI à transmettre tout document permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé, l'assurée a produit le 14 novembre 2013 :
  - un rapport établi le 13 février 2013 par le Dr E\_\_\_\_\_ à la demande de l'assurance-chômage, faisant état d'un état dépressif, d'une asthénie, d'un déracinement socio-culturel, d'une probable fibromyalgie, de lombalgies chroniques, de gonalgies, et de céphalées d'origine indéterminée. La capacité de travail était évaluée à 50% en tout cas depuis 2010; depuis 2003, aucune activité n'avait été exercée au-delà de 50% ;
  - un préavis du 21 février 2013 du docteur D\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi, retenant une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité de nettoyeuse ;
  - un certificat du 12 novembre 2013 du Dr E\_\_\_\_\_, attestant que sa patiente souffrait de longue date d'un état dépressif sévère et chronique persistant, qui s'était aggravé progressivement ces dernières années en parallèle à une fibromyalgie, raisons pour lesquelles elle ne travaillait plus et ne pouvait plus s'occuper de son ménage. Aucun traitement n'avait permis une amélioration, même un suivi psychiatrique, de sorte qu'il y avait été mis fin.
6. Par avis du 27 janvier 2014, la doctoresse F\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'une aggravation de l'état de santé était plausible, vu la présence d'un état dépressif justifiant un traitement, mais également de douleurs de type fibromyalgie et d'une asthénie chronique.
7. À la demande de l'OAI, la docteure G\_\_\_\_\_, psychiatre, a complété un rapport le 15 mai 2014 : elle avait vu l'assurée à trois reprises en décembre 2004 et janvier 2005 pour un état dépressif. Cette dernière l'avait consultée à nouveau le 30 avril 2014 et lui avait relaté que pendant toutes ces années, son état avait perduré, avec de légères fluctuations. Compte tenu des symptômes rapportés, le diagnostic était celui d'épisode dépressif, mais la patiente se montrait si adynamique et si aboulique qu'il était difficile de savoir ce qui était vrai, d'autant qu'elle ne l'avait vue que deux fois. La psychiatre a répondu par l'affirmative à la question de savoir si les capacités de concentration et de compréhension étaient limitées, en précisant toutefois : « elle se montre comme telle mais je ne sais pas à quel point c'est réellement limité ».
8. Par communication du 1<sup>er</sup> décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de la soumettre à une expertise en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, et lui a transmis la liste des questions destinées aux experts. Un délai de dix jours lui était imparti pour faire part d'éventuelles objections ou proposer des questions supplémentaires.

9. L'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise médicale de Nyon (CEMed). L'assurée s'est entretenue les 24 et 27 novembre 2015 avec les docteurs H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ainsi que I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, lesquels ont rendu leur rapport le 4 mars 2016.

Les experts ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de spondylolisthésis de degré 1 sur spondylolyse bilatérale. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, une fibromyalgie, une cervicalgie commune, une obésité de classe 1, une maladie de reflux, une colopathie fonctionnelle et des migraines.

Dans leur appréciation, les experts ont indiqué que l'assurée souffrait de migraines fréquentes mais contrôlées par un traitement, qui n'engendraient pas d'incapacité de travail dans l'activité de nettoyeuse. L'intéressée prenait un traitement jugé efficace contre sa maladie de reflux et n'avait pas de problèmes relevant de la médecine interne en dehors de son problème d'obésité. Au plan rhumatologique, elle présentait tous les symptômes d'une fibromyalgie, parallèlement à des problèmes neuropsychologiques et de sommeil. Les plaintes liées à sa fibromyalgie impliquaient des douleurs des ceintures et des membres, qui n'étaient pas expliquées par une lésion anatomique ou une maladie inflammatoire et répondaient apparemment mal aux traitements. Ces douleurs n'entraînaient toutefois pas de limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail durable. Par ailleurs, durant l'examen clinique, avaient été observés des signes de non-organicité de Waddell et de Hoover, des manifestations intempestives ainsi que des réactions d'opposition. Les radiographies ne montraient que des modifications dégénératives débutantes du rachis, normales pour l'âge de l'assurée, hormis un spondylolisthésis de degré 1 de la colonne lombaire et une lyse isthmique bilatérale. Cette particularité rachidienne était généralement peu symptomatique mais pouvait le devenir en cas d'obésité. Elle empêchait le port de charges supérieures à cinq kg – surtout avec les bras éloignés du corps –, les travaux en hauteur, les mouvements répétitifs et les positions en porte-à-faux du tronc.

Au plan psychique, l'examen somatique ne permettait pas d'expliquer l'importance des douleurs dont se plaignait l'assurée. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (ci-après : TSD) devait être nié, car si un déracinement socioculturel avait été relevé par certains médecins, il était contesté par l'assurée. Par ailleurs, il n'y avait pas de conflit relationnel, bien que l'assurée relevait des tensions conjugales qu'elle peinait à dater. La fibromyalgie avait connu deux périodes d'évolution, d'abord de 2000 à 2005, puis durant une seconde période dès 2007. Selon l'assurée, l'atteinte dépressive était similaire à celle subie au début des années 2000, mais plus intense. L'anamnèse orientée permettait d'évoquer un épisode dépressif d'intensité sévère, tandis que le status confirmait un état dépressif chez une femme au discours pauvre et factuel, avec une pensée opératoire et un net

défaut d'introspection. Ce status, qui se traduisait par une humeur modérément déprimée, des idées dépressives, un abattement, une fatigabilité, une expression émotionnelle partiellement réduite, un léger ralentissement et des troubles neurocognitifs, correspondant plutôt à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et ne permettant pas de retenir une dépression sévère. Pour le reste, il n'y avait pas de signe de trouble de la personnalité et la dépendance de l'assurée envers son époux était une conséquence de son état dépressif.

S'agissant des ressources, les fonctions supérieures de l'assurée étaient préservées, malgré un discours pauvre et factuel, qui pouvait être le fruit d'une scolarité assez limitée. Elle avait connaissance de deux autres langues que sa langue maternelle, dont le français. Elle avait également été capable d'apprendre le métier de couturière avec sa belle-sœur, même si cela n'avait pas été sanctionné par un diplôme. Elle était une personne agréable et sociable, aimant avoir des activités de loisir avec ses amies et sa famille. Ses ressources paraissaient partiellement diminuées mais un traitement adapté de l'épisode dépressif et une aide à la réinsertion professionnelle devaient permettre de les récupérer. Elle bénéficiait par ailleurs d'un soutien familial, car son fils vivait sous le même toit, et pour le ménage, elle recevait de l'aide de son époux et de ses filles. Ses enfants l'aidaient aussi financièrement.

S'agissant du traitement, l'assurée avait été suivie par une psychiatre en 2004-2005, puis de nouveau depuis avril 2014. Par le passé, elle avait pris seulement deux traitements, n'agissant pas sur le seuil de la douleur. Le dosage sanguin de Fluoxétine montrait une mauvaise compliance et l'arsenal thérapeutique n'était pas épuisé, car d'autres antidépresseurs et un anxiolytique pouvaient être proposés. Un processus de réadaptation devait être possible, moyennant une meilleure adhésion au traitement. Cela étant, la pensée opératoire et les difficultés d'introspection pouvaient entraver la réadaptation. Quant à la cohérence, il existait des discordances entre les plaintes et l'observation durant l'examen, et la dépression sévère alléguée n'était pas retrouvée au status. De plus, l'épisode dépressif moyen ne justifiait pas la totale inactivité de l'assurée. La capacité de travail était jugée nulle dans l'activité antérieure, mais totale dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée, hormis durant une période limitée entre avril et mai 2014, correspondant à ses deux seules consultations psychiatriques. Quant à la question de savoir si la situation de l'assurée s'était aggravée depuis 2002, tel était le cas si l'on considérait que le spondylolysthésis avait décompensé depuis lors. Quant à l'état dépressif, il existait déjà en 2002 et l'état dépressif sévère qu'avait signalé le médecin traitant en 2013 n'avait pas été confirmé par la psychiatre, qui n'avait vu l'assurée qu'à deux reprises en 2014. En définitive, on pouvait exiger de l'assurée qu'elle surmonte ses douleurs, si l'adhésion au traitement était améliorée et qu'elle était accompagnée dans son processus de réadaptation.

10. Dans un rapport transmis à l'OAI le 9 mars 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics d'état dépressif, de probable fibromyalgie et d'asthénie chronique. Il a

précisé que le tableau clinique n'avait pratiquement pas changé depuis 2000, lorsqu'il avait vu l'assurée pour la première fois.

11. Le 13 avril 2016, la doctoresse J\_\_\_\_\_ du SMR s'est ralliée aux conclusions de l'expertise et a retenu que, depuis le 21 février 2013, l'assurée était totalement incapable d'exercer son activité antérieure de nettoyeuse, mais pleinement apte à exercer toute activité permettant d'éviter le port de charges supérieures à cinq kg, les travaux en hauteur ou avec les bras éloignés du corps, ainsi que les mouvements répétitifs et les positions en porte-à-faux du tronc. On pouvait exiger de l'intéressée une meilleure adhésion à son traitement psychotrope, de manière à traiter son épisode dépressif et faciliter sa réinsertion professionnelle, mais également un traitement de physiothérapie afin de réduire ses limitations du rachis.
12. Le 13 juillet 2016, l'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice a indiqué que l'assurée avait travaillé comme nettoyeuse quatre heures par jour pour B\_\_\_\_\_ SA de 1995 à 2010, avant de réduire cette activité, puis d'être mise en arrêt de travail en février 2013. Selon ses dires, elle aurait continué de travailler quatre heures par jour comme nettoyeuse si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

Avant l'atteinte, l'assurée assumait la conduite du ménage. Depuis l'atteinte, elle ne s'y intéressait plus, car elle restait très concentrée sur ses problèmes dorsaux, ses douleurs et ses risques de chute. C'était son mari qui avait pris la relève.

Avant l'atteinte, l'assurée faisait la cuisine avec ses filles, ainsi que la vaisselle et les travaux d'entretien de la cuisine. Depuis l'atteinte, elle ne cuisinait plus et c'était son mari qui préparait les repas, entretenait la cuisine et faisait la vaisselle. Selon l'enquêtrice, on pouvait toutefois exiger de l'assurée qu'elle cuisine des petites choses ou aide son époux, y-compris pour nettoyer la vaisselle.

Avant l'atteinte, l'assurée entretenait le logement. Depuis l'atteinte, elle ne faisait plus rien, car elle avait mal au dos et était très démotivée et énervée lorsque son époux lui demandait de faire quelque chose. Son mari s'occupait de l'entretien quotidien et ses filles faisaient les grands nettoyages le week-end. Selon l'enquêtrice, l'assurée serait toutefois capable de faire le ménage, le rangement et à la poussière à sa hauteur, si elle était motivée à le faire.

Avant l'atteinte, l'assurée faisait les courses seules ou avec son époux, tandis que son mari s'occupait de toutes les démarches administratives. Depuis l'atteinte, elle refusait la plupart du temps d'accompagner son mari au centre commercial, qui était à cinq minutes du domicile. Lorsqu'elle s'y rendait quand même, elle prenait des calmants et se couchait dès son retour à domicile.

Avant l'atteinte, l'assurée faisait les lessives et repassait. Depuis l'atteinte, c'était son mari qui faisait les lessives, pliait et rangeait les habits. Selon l'enquêtrice, on pouvait cependant exiger de l'assurée une participation, par exemple pour plier les habits et les ranger.

Enfin, avant l'atteinte, l'assurée faisait de la couture, des nappes et d'autres effets pour elle et ses proches, ce qu'elle ne faisait plus depuis l'atteinte, faute de motivation. En définitive, l'enquêtrice évaluait ses empêchements totaux à 17%, en tenant compte d'une aide exigible de son époux et de son fils de 30%.

13. Le 25 juillet 2016, l'OAI a transmis à l'assurée un préavis de décision, à teneur duquel il entendait lui refuser le droit à une rente invalidité. Il a retenu un statut mixte réparti à raison de 50% pour la sphère professionnelle et de 50% pour la sphère ménagère. Dans la sphère professionnelle, l'assurée ne subissait aucune perte de gain, car le revenu d'invalidité que l'on pouvait exiger d'elle à 50% malgré son état de santé (CHF 24'207.-), évalué sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (tableau TA1, niveau 1, femme, ligne total, avec un abattement de 10%) était supérieur au revenu sans invalidité qu'elle aurait réalisé au même taux si elle était restée en bonne santé (CHF 19'533.-, soit CHF 18.75 x 21.5 heures x quarante-huit semaines, montant indexé jusqu'en 2014). Dans la sphère ménagère, il résultait de l'enquête des empêchements de 17%. Globalement, le degré d'invalidité était estimé à 8.5%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.
14. L'assurée s'est opposée au préavis par courrier du 23 août 2016. Elle a contesté le rapport d'enquête ménagère, arguant que l'infirmière, lors de sa visite, avait noté qu'elle ne pouvait rien faire chez elle hormis utiliser la machine à café lorsque son mari était absent. C'était son mari et son fils qui effectuaient toutes les tâches ménagères et son époux avait renoncé à ses loisirs depuis deux ans pour s'occuper d'elle à plein temps, de sorte qu'elle ne comprenait pas comment ses empêchements ménagers avaient pu être évalués à 17%. Par ailleurs, la docteure K\_\_\_\_\_ avait informé son mari que ses scanners du dos étaient très mauvais et qu'elle ne devait pas rester seule, car elle risquait à tout moment de tomber. Après plusieurs années de suivi et divers changements de son traitement, la Dre G\_\_\_\_\_ lui avait indiqué qu'elle ne pouvait plus rien faire pour elle, car aucun traitement ne convenait à sa maladie mentale. Elle contestait la pleine capacité de travail retenue dans une profession adaptée et compte tenu de ses limitations, mais également de son manque de formation et d'expérience professionnelle, elle ne voyait pas quelle activité elle pourrait encore exercer. Depuis février 2013, son incapacité de travail était totale. Enfin, elle relevait que jusqu'en 2001, elle avait toujours travaillé à 100% et que son arrêt à 50% résultait non pas d'une volonté de vaquer à ses tâches ménagères mais d'une incapacité.
15. Par décision du 23 septembre 2016 l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait qu'un degré d'invalidité de 8.5%, inférieur au seuil légal de 40%. S'agissant des arguments invoqués à l'appui de l'opposition, ils ne permettaient pas de modifier son appréciation. En effet, il avait été tenu compte d'une exigibilité des membres de la famille de 30% pour évaluer les empêchements dans la sphère ménagère, tandis que dans la sphère professionnelle, il avait tenu compte d'une pleine capacité de travail dans une

---

activité adaptée aux limitations fonctionnelles ; il s'agissait d'une évaluation médico-théorique. S'agissant du statut, l'assurée avait déclaré lors de l'enquête ménagère que sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à 50% pour B\_\_\_\_\_ SA. En 2001, ses quatre enfants étaient âgés de 10 à 18 ans et en septembre 2008, elle s'était inscrite au chômage en vue de rechercher une activité à 50%.

16. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours le 24 octobre 2016. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à l'annulation de la décision du 23 septembre 2016 et à l'octroi, dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement d'une demi-rente d'invalidité.

En premier lieu, elle a reproché à l'administration d'avoir retenu un statut mixte plutôt qu'un statut d'active, dès lors qu'elle avait travaillé à 100% « voire plus » jusqu'en l'an 2000, lorsque ses premiers problèmes de santé étaient apparus. À l'époque, elle cumulait plus de onze heures hebdomadaires de travail comme nettoyeuse pour B\_\_\_\_\_ SA, et, de manière certes fluctuante mais lorsqu'elle le pouvait, plus de cinquante heures par semaine dans une fabrique de montres, ceci alors que ses enfants vivaient encore chez elle. L'administration n'avait pas motivé le statut mixte retenu. Pour sa part, elle n'avait pas fait de déclaration à ce sujet hormis dans son opposition. En conséquence, l'administration aurait dû évaluer son invalidité selon la méthode de comparaison des revenus, ce d'autant que la méthode mixte avait été jugée discriminatoire par la Cour européenne des droits de l'homme.

En second lieu, elle a contesté la valeur probante de l'expertise et reproché à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son dossier. En effet, les experts du CEMed n'avaient pas discuté des troubles cognitifs et mnésiques dont elle s'était plainte, hormis lorsqu'ils avaient affirmé, sans argumenter leur point de vue, qu'ils n'avaient observé aucun trouble de l'attention. Elle estimait que si l'administration avait correctement investigué ces atteintes, elle lui aurait reconnu une totale incapacité de travail.

Enfin, à titre subsidiaire, elle a fait valoir que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI était incorrect, dès lors qu'elle aurait touché en 2013 un salaire horaire de CHF 20.30 pour son activité auprès de B\_\_\_\_\_ SA, représentant une rémunération annuelle de CHF 11'875.- (CHF 20.30 x 11.25 heures x cinquante-deux semaines). Pour le compte de L\_\_\_\_\_ SA (recte : C\_\_\_\_\_ SA), elle avait perçu en l'an 2000 un salaire horaire de CHF 16.-, dont elle inférait un salaire annuel de CHF 41'600.- (CHF 16.- x cinquante heures x cinquante-deux semaines). Globalement, elle parvenait à un revenu sans invalidité d'au moins CHF 53'475.50 par année, lequel conduirait à un taux d'invalidité de 55% si le revenu d'invalidité retenu par la décision attaquée devait être confirmé.

17. Dans sa réponse du 21 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours : l'expertise du CEMed était probante et les plaintes de la recourante avaient été prises en considération ; le fait que les experts n'en avaient pas déduit une incapacité de travail ne suffisait pas à remettre en cause leurs conclusions. Par ailleurs, l'assurée devait se voir reconnaître un statut mixte 50%-50%, car elle avait travaillé à mi-temps pendant plus de dix ans, avant de diminuer son horaire pour des raisons de santé. De plus, l'assurée s'était inscrite au chômage à 50% et les salaires ressortant de son extrait de compte individuel AVS ne permettaient pas d'admettre un statut d'active à 100%. En particulier, elle n'avait travaillé comme ouvrière pour C\_\_\_\_\_ qu'en l'an 2000, de sorte que son statut n'avait pas été durablement modifié. Les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas de démontrer qu'elle avait diminué son taux d'activité pour des raisons de santé. Hormis en 2000, il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elle n'aurait pas travaillé à plus de 50% ; elle n'avait du reste pas cherché un emploi à un taux supérieur.
18. La recourante a répliqué le 12 décembre 2016, en persistant dans ses conclusions. Ce qu'elle reprochait à l'expertise du CEMed, c'était qu'elle ne tenait pas compte de ses plaintes de troubles cognitifs, notamment mnésiques, qui n'avaient pas été discutés. Or, pour qu'elle puisse se voir reconnaître une valeur probante, il devait en ressortir que ses plaintes avaient été prises en considération. S'agissant du statut, elle persistait dans l'argumentation développée dans son recours et relevait que selon le Dr E\_\_\_\_\_, c'était en raison de son état de santé qu'elle avait réduit sa charge de travail, avant de cesser définitivement toute activité en 2012. Ce médecin avait par ailleurs considéré qu'il ne lui était pas possible d'exercer la moindre activité professionnelle, que ce soit celle de nettoyeuse ou une autre plus légère. Enfin, le docteur M\_\_\_\_\_, neurologue, avait estimé qu'une évaluation de sa mémoire n'était pas possible, de sorte qu'à ce stade, sa capacité de travail était manifestement nulle. L'assurée joignait à son recours :
- un rapport du 23 novembre 2016 du Dr M\_\_\_\_\_, jugeant qu'une évaluation de la mémoire n'était pas possible, compte tenu de l'état apathique et dépressif important de l'assurée. Il préconisait de réévaluer ses fonctions cognitives après un sevrage des traitements en cours, l'introduction d'un nouveau médicament, mais également une prise en charge par un psychiatre et de la médecine alternative ;
  - un rapport établi le 5 décembre 2016 par le Dr E\_\_\_\_\_, à teneur duquel ce médecin la considérait incapable de travailler à 100%, non seulement comme nettoyeuse, mais également dans une activité plus légère. Selon le praticien, elle présentait une pathologie psychiatrique « plus importante » (possible schizophrénie simple), se traduisant par un isolement social, un manque de communication, également en famille, une inversion totale du rythme nyctéméral et une absence d'émotivité et d'empathie avec l'entourage. Le médecin précisait qu'en vingt ans de suivi, il n'avait jamais vu l'assurée sourire

ou établir un contact émotionnel, de sorte qu'il ne pensait pas, dans ces circonstances, qu'elle puisse trouver une profession adaptée.

19. L'intimé a dupliqué le 3 janvier 2017, en persistant dans ses conclusions en rejet du recours. Il produit un nouvel avis émanant de la Dresse N\_\_\_\_\_ du SMR : le diagnostic de schizophrénie simple n'avait jamais été évoqué jusqu'alors, que ce soit par la Dresse G\_\_\_\_\_ en 2014 ou par l'expert-psychiatre du CEMed. L'expertise n'avait pas mis en évidence de symptômes compatibles avec une schizophrénie simple et il paraissait hautement improbable qu'une telle maladie se déclare aussi tardivement, chez une assurée de 55 ans. La symptomatologie était au demeurant non spécifique et bien expliquée par le trouble dépressif. Quant au rapport du Dr M\_\_\_\_\_, ce spécialiste n'avait pas été en mesure de procéder à une évaluation de la mémoire en raison du manque de collaboration de l'assurée, qui s'était montrée apathique. En définitive, les documents produits à l'appui du recours ne mettaient pas en évidence d'élément nouveau ou ignoré, pas plus qu'ils ne permettaient de retenir l'existence d'une schizophrénie ou d'une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise.
20. La chambre de céans a entendu les parties en audience le 13 février 2017, en présence d'une interprète assermentée en langue albanaise.

La recourante a déclaré : « Vous me demandez si j'ai recherché du travail ces derniers temps : je vous réponds que je ne peux même pas rester chez moi, alors rechercher un travail, vous n'y pensez pas. Vous me faites observer que je peux donc sortir de chez moi, au moins : vous plaisantez, car en effet je ne peux rien faire. Je suis toujours suivie par la Dresse G\_\_\_\_\_, ma psychiatre traitante. Je vais à sa consultation soit une fois toutes les deux semaines, soit une fois par mois. Elle me prescrit un traitement. En outre, je suis avec elle une psychothérapie. Ma psychiatre me pose des questions, me demande ce que je fais, me demande si je prends correctement mes médicaments. La longueur des consultations varie d'une fois à l'autre [...]. Je précise toutefois que les questions relatives au suivi de mon traitement me sont posées à chaque consultation. Vous me demandez si ma psychiatre a peur que je ne sois pas régulière dans mon traitement. En fait, j'oublie de prendre mes médicaments et c'est mon mari qui me les donne. Vous me demandez si à un moment donné dans mon existence j'ai dû réduire mon temps de travail pour pouvoir m'occuper de mes enfants : tant que j'ai pu travailler à plein temps, je l'ai fait, mais si j'ai dû réduire mon temps de travail à 50 %, c'est parce que j'ai eu des problèmes de santé. Il est vrai donc que je n'ai jamais réduit mon temps de travail pour pouvoir m'occuper de mes enfants. Je tiens à relever que mon mari et moi nous sommes toujours occupés ensemble de l'éducation de nos enfants ».

Le conseil de la recourante a persisté à requérir des investigations médicales complémentaires au sujet des pertes de mémoire de sa cliente.

Interrogée à son tour, la représentante de l'intimé a déclaré: « nous persistons dans nos explications en ce qui concerne le statut de la recourante. Quant à la nécessité d'un complément d'expertise tel que sollicité par la recourante, nous nous y opposons. En effet, la question a déjà été évoquée dans le cadre de l'expertise, mais également par rapport au neurologue consulté, lequel a notamment observé qu'il n'était pas possible de se faire une idée de la question de la mémoire de la recourante, en raison de son état apathique et de son état dépressif très important. Dès lors, si telle est l'opinion d'un médecin qui est spontanément consulté par la recourante, je vois difficilement ce que pourrait faire un expert. Ce qui a été relevé en plus, c'est qu'il y a aussi un problème de compliance au traitement, compliance qui permettrait, si elle était observée, une nette amélioration de l'état de la patiente. S'agissant de l'évaluation des revenus, sur la base d'une année, nous avons effectivement retenu 48 semaines et non pas 52, dans la mesure où le tarif horaire du salaire inclut les indemnités vacances ».

21. Par écriture du 5 juillet 2017, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle entendait se prévaloir de faits nouveaux : un scanner du rachis et des imageries avaient mis en évidence des lésions arthrosiques des vertèbres et des disques intervertébraux, dont résultaient des douleurs invalidantes. À l'appui de ses dires, elle a joint :
  - le bilan d'un scanner du rachis effectué le 10 juin 2017 par le docteur O\_\_\_\_\_, radiologue, concluant à un trouble statique du rachis cervico-dorso-lombaire, à une spondyluncarthrose C4-C5 et C5-C6, à une discarthrose au passage lombo-sacré, à un antélisthésis grade I et à un spondolsthésis bilatéral ;
  - un courrier adressé à son avocat le 4 juillet 2017 par le docteur P\_\_\_\_\_, médecin généraliste, à teneur duquel le scanner du rachis avait montré des lésions arthrosiques des vertèbres et des disques intervertébraux, qui provoquaient des douleurs invalidantes, difficiles à soulager et entraînant une impotence fonctionnelle quasi-totale. Subjectivement, l'assurée estimait que ses symptômes s'aggravaient depuis décembre 2016. Même si les lésions radiologiques étaient restées inchangées, la symptomatologie physique et psychique s'était aggravée.
22. Par écriture du 6 septembre 2017, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours, en produisant un nouvel avis du SMR : le Dr P\_\_\_\_\_ avait indiqué que les lésions observées n'avaient pas évolué et le scanner montrait une arthrose déjà connue au niveau cervical. Les rapports invoqués ne mettaient pas en évidence d'aggravation de l'état de santé, de sorte que le SMR persistait à considérer que la recourante était pleinement capable d'exercer toute activité respectant strictement ses limitations fonctionnelles d'épargne lombaire.
23. Cette écriture transmise à la recourante, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'elle a déposée en 2013.
4. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5<sup>ème</sup> révision AI). 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.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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).

---

Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2<sup>ème</sup> phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

6. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, les syndromes sans étiologie claire n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

Toutefois, dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type TSD et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

#### A. Axe « atteinte à la santé »

##### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du TSD persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

## 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

## 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du TSD avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

## B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

#### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

#### II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

##### A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

##### B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un

---

indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

7. Dans sa nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable et ce, même si les caractéristiques d'un TSD - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 s. ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.1-3.2 et les références).
8. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).
9. a. L'application de la méthode mixte peut s'avérer discriminatoire dans certaines situations de changement de statut pour des motifs familiaux, ainsi que la Cour européenne des droits de l'homme l'a jugé par l'arrêt du 2 février 2016 dans la cause n° 7186/09 Di Trizio contre Suisse. Dans cette cause, une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants, s'était vue de ce fait supprimer sa rente d'invalidité en application des

---

règles sur la révision de la rente ; cela constituait dans ce cas une violation de l'art. 14 CEDH (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4).

b. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la suppression d'une rente d'invalidité dans le cadre d'une révision est contraire à la CEDH lorsque seuls des motifs d'ordre familial (la naissance d'enfants et la réduction de l'activité professionnelle qui en découle) conduisent à un changement de statut de « personne exerçant une activité lucrative à plein temps » à « personne exerçant une activité lucrative à temps partiel » ; dans un tel cas, le versement de la rente en cours doit être poursuivi (ATF 143 I 50).

c. Par modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018, du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), le Conseil fédéral a introduit un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, de façon à renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle dans le respect des exigences de la CourEDH (art. 27 et 27bis al. 2 à 4 RAI). Comme le Conseil fédéral l'a expliqué dans son communiqué de presse et son rapport explicatif du 1<sup>er</sup> décembre 2017 (accessible sur internet à l'adresse <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services>), le nouveau mode de calcul accorde un poids égal aux conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels ; dans le domaine professionnel, la détermination du taux d'invalidité se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps ; de même, en ce qui concerne les travaux habituels, le calcul est aussi effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps ; les tâches ménagères et familiales sont ainsi mieux prises en compte.

Cette modification comporte une disposition transitoire, à teneur de laquelle les rentes en cours octroyées jusqu'au 31 décembre 2017 en application de la méthode mixte doivent être soumises à une révision, à initier avant fin 2018 (al. 1 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1<sup>er</sup> décembre 2017). Au cours de ces révisions, les faits déterminants devront être fondamentalement réévalués d'un point de vue médical et économique et une nouvelle enquête sera généralement nécessaire (cf. Lettre circulaire AI n° 372 du 9 janvier 2018).

En revanche, lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et accomplissant par ailleurs des travaux habituels, une nouvelle demande sera examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1<sup>er</sup> décembre 2017).

---

Dans ce cas de figure, c'est à l'assuré qu'il revient de déposer une nouvelle demande. L'office AI est tenu d'examiner la nouvelle demande s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente. Un calcul simple permet de vérifier si cette condition est remplie. Les variables initialement disponibles (statut activité lucrative / travaux habituels, revenu sans invalidité, revenu d'invalidé, incapacité à accomplir les travaux habituels) doivent être prises en compte à cette fin et utilisées dans la nouvelle formule de calcul. Cet examen simple vise à éviter le dépôt de nouvelles demandes qui conduiraient les offices AI à devoir réexaminer la situation médicale, personnelle et professionnelle d'un assuré alors même que tout laisse à penser que l'application du nouveau mode de calcul ne permettra pas de reconnaître un taux d'invalidité donnant droit à une rente (Office fédéral des assurances sociales, rapport explicatif concernant la modification du règlement du 17 janvier 1961 – évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, p. 15).

10. 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 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).

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).

11. 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).

Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constituée en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision 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). 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).

12. a. 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 125 V 351 consid. 3).

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).

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).

b. 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).

c. 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).

13. En l'espèce, l'OAI a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise du CEMed, à teneur desquelles la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée permettant d'éviter le port de charges supérieures à cinq kg, les travaux en hauteur, les mouvements répétitifs et les positions en porte-à-faux du tronc.

Pour sa part, la recourante s'estime incapable d'exercer la moindre activité et conteste la valeur probante de ce rapport, en reprochant aux experts de ne pas avoir discuté des troubles cognitifs et mnésiques dont elle leur a fait part. Elle déplore une instruction insuffisante de son dossier et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. À l'appui de son recours, elle produit divers rapports émanant de ses médecins.

14. Afin de se prononcer sur la capacité de travail, il convient de se pencher sur la valeur probante des rapports versés au dossier.

a. La chambre de céans constate que l'expertise du CEMed est fondée sur des examens en rhumatologie, psychiatrie et médecine interne, ainsi que sur le dossier

médical. L'anamnèse est complète et les plaintes de l'assurée ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions des experts sont motivées.

De cette expertise, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante, il ressort que, sur le plan rhumatologique, les radiographies n'ont montré chez l'assurée que des modifications dégénératives débutantes du rachis – normales pour son âge – à l'exception d'un spondylolisthésis de degré 1 de la colonne lombaire, entraînant diverses limitations fonctionnelles relatives au port de charges supérieures à cinq kg, aux travaux en hauteur, aux mouvements répétitifs et aux positions en porte-à-faux du tronc. Sur le plan de la médecine interne, l'assurée souffre essentiellement d'une obésité et de migraines, qui sont traitées et n'engendrent pas d'incapacité de travail. Sur le plan psychique, elle présente selon les experts un état dépressif moyen, qui peut être soigné et n'engendre pas non plus d'incapacité de travail durable. Dans la mesure où l'examen somatique ne permettait pas d'expliquer l'importance des douleurs dont elle se plaignait, notamment au niveau des ceintures et des membres, les experts lui ont également diagnostiqué une fibromyalgie, dont ils ont discuté les répercussions sur la capacité de travail au regard des indicateurs prescrits par la nouvelle jurisprudence relative aux affections psychosomatiques assimilées au trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281).

b. Sous l'angle de la jurisprudence citée, les experts ont justifié leur diagnostic de fibromyalgie, en expliquant pourquoi ils écartaient celui de TSD. S'agissant du traitement, ils ont estimé que le trouble psychique pouvait être soigné, notamment en proposant à l'assurée d'autres traitements antidépresseurs, voire également un traitement anxiolytique et antalgique (tel que le Lyrica). Ils ont souligné que l'assurée – qui présentait un faible taux de Fluoxétine dans le sang et n'avait pas une idée claire de son traitement – pouvait mieux adhérer à sa médication. Ainsi, on ne se trouve pas en l'espèce dans un cas où les traitements se sont soldés définitivement par un échec malgré une coopération optimale de l'assurée, ce qui, selon la jurisprudence, constitue un indice important d'une atteinte non invalidante.

Par ailleurs, les experts ont écarté toute comorbidité psychiatrique importante, considérant que l'épisode dépressif moyen dont souffrait l'assurée pouvait être traité. S'agissant de sa personnalité, l'assurée se caractérisait par une pensée opératoire et un net manque d'introspection, mais il n'y avait pas d'argument en faveur d'un dysfonctionnement important de la personnalité. S'agissant du contexte social, elle bénéficiait d'un soutien familial, car son fils vivait sous le même toit et pour le ménage, elle recevait de l'aide de son époux et de ses filles. En outre, tous les membres de sa famille se réunissaient une fois par semaine et elle conservait de rares contacts avec des amis. S'agissant de ses ressources, ses fonctions supérieures étaient préservées, malgré un discours factuel. Elle avait également été capable d'apprendre le métier de couturière avec sa belle-sœur, même si cela n'avait pas été sanctionné par un diplôme. Ainsi, ses ressources paraissaient partiellement

diminuées, mais un traitement adapté de l'épisode dépressif et une aide à la réinsertion professionnelle devaient permettre de les récupérer. S'agissant enfin de la cohérence, les experts ont relevé des discordances entre les plaintes de l'assurée et leurs observations cliniques, mais également des signes de non-organicité et des « manifestations intempestives » durant l'examen clinique (exagération de la réponse verbale ; hyposensibilité globale du membre inférieur droit ; localisation non anatomique de la douleur).

Au vu de l'ensemble de ces éléments, force est d'admettre avec les experts que la fibromyalgie que présente la recourante est surmontable, partant qu'elle n'est pas invalidante.

c. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que la mise en œuvre d'examen complémentaires conduirait à des conclusions différentes ou qu'un médecin traitant a nécessairement une meilleure vision de la situation qu'un expert ; il faut bien plutôt établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de celle-ci ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3).

En l'occurrence, la recourante se limite à affirmer que les troubles cognitifs et notamment mnésiques dont elle souffrirait justifieraient de s'écarter de l'expertise du CEMed et d'ordonner une sur-expertise, faute pour les experts d'en avoir écarté les répercussions sur la capacité de travail au moyen d'une motivation circonstanciée. Ce faisant, elle ne se prévaut pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise mais plutôt d'une motivation insuffisante en relation avec certaines de ses plaintes. Pour autant, elle ne produit aucun document propre à démontrer l'existence de troubles mnésiques et encore moins leur influence délétère sur sa capacité de travail : ni sa demande de prestations AI, ni les rapports de son médecin traitant, ni ceux de sa psychiatre ne signalent la présence de troubles de la mémoire incapacitants. Dans ces circonstances, on ne saurait reprocher aux experts du CEMed d'avoir omis d'approfondir la question des troubles mnésiques allégués, et le fait que leur appréciation soit peu étayée sur ce point spécifique ne saurait suffire pour dénier toute valeur probante à leur expertise et en justifier une nouvelle. S'agissant de l'aspect cognitif, il a été abordé succinctement par les experts en page 17 de leur rapport et n'a donc pas été ignoré. Pour le reste, on remarquera que l'assurée n'a pas requis l'ajout d'un volet neuropsychologique à la liste des disciplines prévues pour l'expertise après avoir reçu, en décembre 2014, la communication de l'administration l'informant qu'une expertise en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie était envisagée, et l'invitant à faire part de ses éventuelles objections dans les dix jours.

---

Les rapports des médecins de la recourante ne permettent pas non plus de s'écarter des conclusions du CEMed : le Dr E\_\_\_\_\_ se livre à une simple appréciation divergente de la capacité de travail, sans faire état d'éléments objectifs qui n'auraient déjà été pris en compte. La recourante n'explique au demeurant pas en quoi le point de vue de son médecin traitant serait mieux fondé que celui des experts. De son côté, la Dre G\_\_\_\_\_, psychiatre, n'a diagnostiqué qu'un épisode dépressif et a indiqué ne pas être en mesure d'évaluer la capacité de travail, tout en précisant dans son rapport que l'assurée se montrait si adynamique et si aboulique qu'il était difficile de savoir « ce qui était vrai ». Le Dr M\_\_\_\_\_, neurologue, ne s'est pas prononcé non plus sur la capacité de travail. Enfin, le Dr P\_\_\_\_\_ a fait état d'une arthrose des vertèbres et des disques intervertébraux, dont les experts ont déjà tenu compte dans leur évaluation.

d. Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par les experts.

15. Sur la base de l'enquête économique du 13 juillet 2016, l'intimé a retenu que l'assurée présentait des empêchements totaux de 17% dans ses travaux ménagers.

Cette enquête a été élaborée par une infirmière qualifiée en connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Ses conclusions quant aux empêchements dans les différents champs d'activité sont motivées. Par ailleurs, elle tient compte des indications de l'assurée et du fait que cette dernière vit avec son époux et son fils, de sorte qu'une participation de ceux-ci aux travaux ménagers peut être exigée, laquelle a été évaluée par l'enquêtrice à 30%. C'est le lieu de rappeler qu'il n'existe pas, selon le Tribunal fédéral, de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive, où l'aide des membres de la famille va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3). Or, dans son recours, l'assurée ne prétend pas que son époux et son fils seraient incapables de contribuer aux tâches ménagères dans la mesure retenue. Elle ne remet pas non plus en question la pondération et les empêchements retenus par l'enquêtrice. Partant, il y a lieu de s'en tenir aux empêchements ménagers évalués par cette dernière, lesquels s'élèvent globalement à 17% en tenant compte de l'aide exigible des proches.

16. À ce stade, il convient de vérifier le calcul du degré d'invalidité, partant de se prononcer sur le droit de la recourante à une rente.

a. L'OAI a retenu un statut mixte, réparti à raison de 50% pour la sphère professionnelle et de 50% pour la sphère ménagère. Le choix de cette méthode d'évaluation de l'invalidité ne prête pas le flanc à la critique, dès lors que l'assurée a déclaré, lors de l'enquête économique sur le ménage, qu'elle avait travaillé quatre

---

heures par jour pour B\_\_\_\_\_ SA de 1995 à 2010 et que, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait continué à œuvrer comme nettoyeuse selon le même horaire. Elle s'est par ailleurs inscrite au chômage à 50% en 2008 et semble ne jamais avoir exercé une activité lucrative à 100% de manière durable, au vu des revenus modiques ressortant de son extrait de compte individuel AVS (de l'ordre de CHF 16'000.- en moyenne entre 1994 et 2011).

Par ailleurs et à l'inverse de ce que la recourante semble faire valoir lorsqu'elle cite l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme Di Trizio contre Suisse, l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne conduit pas dans son cas à un résultat discriminatoire. En effet, l'assurée a présenté une seconde demande de prestations AI après s'être vue notifier une première décision négative en 2002, de sorte que la procédure ne relève pas d'une révision du droit aux prestations, singulièrement de l'octroi d'une rente, suivie de la suppression de celle-ci suite à la venue au monde d'enfants. En outre, elle a reconnu en audience que ce n'était pas en raison d'un motif d'ordre familial qu'elle avait souhaité travailler à temps partiel, ce qui permet d'exclure une violation du droit au respect à la vie privée et familiale (ATF 143 I 50 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4).

En tout état de cause, la question du statut est sans incidence sur l'issue du litige, dès lors que la recourante présente des taux d'invalidité nettement inférieurs à 40%, tant dans le domaine professionnel que dans le domaine ménager, de sorte que même si un statut d'active devait lui être reconnu, elle ne pourrait prétendre au versement d'une rente (cf. infra consid. 16c).

b. Dans la sphère professionnelle, l'intimé a fixé le revenu sans invalidité à CHF 19'533.- en annualisant le salaire horaire communiqué par B\_\_\_\_\_ SA pour l'année 2013. La recourante requiert que le revenu qu'elle percevait auprès de L\_\_\_\_\_ SA (recte : C\_\_\_\_\_ SA) en l'an 2000 soit ajouté à celui qu'elle touchait auprès de B\_\_\_\_\_ SA.

Le revenu sans invalidité se déduit du salaire réalisé en dernier lieu avant l'atteinte à la santé (ATF 129 V 222). En l'espèce, le SMR a situé la survenance de l'atteinte à la santé en février 2013 et l'assurée a travaillé en dernier lieu pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA, jusqu'en 2012. Le revenu que l'assurée a perçu en l'an 2000 dans le cadre d'une mission pour l'entreprise de travail temporaire C\_\_\_\_\_ SA ne saurait être pris en considération, car il ne correspond pas au dernier salaire réalisé avant l'atteinte à la santé. En effet, comme cela a déjà été jugé, l'assurée ne présentait à l'époque aucune atteinte ayant valeur de maladie à charge de l'AI (ATAS/804/2004 du 6 octobre 2004 consid. 5). Par ailleurs, l'assurée n'a travaillé pour C\_\_\_\_\_ SA que pendant environ une année, soit une durée relativement brève. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a fixé son revenu sans invalidité sur la seule base du salaire que lui versait B\_\_\_\_\_ SA. Cela étant, il a calculé le revenu sans invalidité en tenant compte d'un salaire horaire de CHF 18.75, auquel il a omis d'ajouter l'indemnité de vacances de 8.33% ressortant du rapport de l'employeur (cf pièce 81

---

du dossier de l'intimé). En tenant compte de cette indemnité et de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2014, année déterminante pour la comparaison des gains, on obtient un revenu sans invalidité à 50% de CHF 21'147.40, légèrement plus élevé que celui auquel est parvenu l'intimé (CHF 20.30 x 21.5 heures x quarante-huit semaines x CHF 2'673.- [ISS en 2014] / CHF 2'648.- [ISS en 2013]). Il convient toutefois de préciser que même en tenant compte de cet élément de rémunération supplémentaire, le revenu sans invalidité de l'assurée demeure inférieur au revenu d'invalidité qu'elle pourrait encore réaliser malgré son atteinte à la santé, de sorte que, dans la sphère professionnelle, sa perte de gain reste nulle. Cette correction est donc sans incidence sur le taux d'invalidité auquel on parvient à l'issue du calcul.

Quant au revenu d'invalidité, l'intimé l'a chiffré à CHF 24'207.- en se référant au salaire statistique d'une femme exerçant une activité simple et répétitive à 50% selon l'ESS 2014 (tableau TA1, ligne total, femme, niveau 1), duquel il a retranché 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. La recourante ne conteste ni ce salaire statistique, ni le taux d'abattement retenus par l'administration, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

c. De la comparaison des revenus, il résulte une perte de gain nulle dans la sphère professionnelle  $[100 \times (\text{CHF } 21'147.- - \text{CHF } 24'207.-) / \text{CHF } 21'147.-]$ . De l'enquête du 13 juillet 2016, il ressort des empêchements ménagers de 17%. Le degré d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelle et ménagère, s'élève à 8.5%  $[(50\% \times 0\%) + (50\% \times 17\%)]$ . Inférieur à 40%, ce taux n'ouvre pas droit au versement d'une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

d. L'intimé a déterminé le degré d'invalidité conformément aux anciennes règles de calcul de la méthode mixte dans la mesure où il a statué avant l'entrée en vigueur de la modification du RAI. Si la recourante estime que la nouvelle méthode de calcul devrait lui permettre de prétendre à une rente – ce qui ne semble a priori pas être le cas, compte tenu de la capacité résiduelle de travail de 100% dont elle dispose dans une activité adaptée –, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande en ce sens auprès de l'OAI (cf. supra consid. 9c).

17. Mal fondé, le recours est rejeté.

18. Bien que la procédure ne soit pas gratuite (art. 69 al. 1bis 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; RS E 510.03).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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