

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/585/2014

ATAS/935/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 décembre 2015

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre
WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1968, originaire de Somalie, naturalisée suisse en 2007 et mère de quatre enfants. Elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI), le 12 septembre 2011, auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI). Elle indiquait percevoir des prestations de Helsana assurance SA (ci-après : Helsana) depuis le 18 février 2011 pour une incapacité de travail à 100 %. Depuis le 18 avril 2005, elle était employée de B_____ SA (ci-après : ISS), pour une activité de nettoyage à 100 %. Son atteinte à la santé était causée par une maladie. Elle souffrait depuis 1999, tant sur le plan physique que psychiatrique. Elle était suivie par le docteur C_____, médecin généraliste du Groupe médical de la Dôle.

Etaient joints à la demande :

- deux « évaluations de la capacité de travail » pour l'assurance collective selon la LCA, rédigées respectivement les 18 avril et 1^{er} septembre 2011, à l'attention de Helsana, par le docteur D_____, du Groupe médical de la Dôle, dont il ressort que le diagnostic consistait en un trouble dépressif sévère et récurrent, des lombalgies chroniques, une fibromyalgie (illisible), une anémie ferriprive sévère et substituée et des troubles mictionnels chroniques. Une amélioration restait possible sans que le médecin ne puisse dire en combien de temps. Aucune activité n'était envisageable, la patiente ne parlant que peu le français et (illisible) les multiples plaintes.

- deux rapports du 29 novembre 2010 du docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie. Le premier indiquait que le poignet droit (de face et de profil) de l'assurée, suite à un traumatisme, avait une structure et une morphologie osseuses et des rapports articulaires conservés et qu'il n'y avait pas d'évidence de lésion osseuse post-traumatique. Les parties molles étaient sans anomalie. Le second, relatif au bassin de face en position couchée, sacrum et coccyx de profil, traitait d'un bilan après chute. Il n'y avait pas d'évidence de lésion osseuse post-traumatique. Selon la description, il y avait un remaniement dégénératif de la symphyse pubienne sous forme d'une ostéophytose débutante ainsi qu'une structure et morphologie osseuses et des rapports articulaires sans évidence de lésion osseuse post-traumatique. Le coccyx était en place, sans évidence de fracture non plus.

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 26 octobre 2010 du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, lequel concluait que les disques étaient d'épaisseur normale et de signal homogène; il n'y avait pas de hernie discale ni médiane ni latérale, il y avait de la sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures avec kyste synovial dans la partie externe des facettes articulaires L5-S1 à gauche, des canaux radiculaires symétriques et libres, pas d'argument pour un canal lombaire étroit, de la sclérose de part et d'autre des articulations sacro-iliaque, à confronter à la clinique; un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène.

- une correspondance de B_____ à Helsana, du 25 février 2011, demandant que la situation soit éclaircie. L'intéressée était tombée malade, la première fois, du 6 juin 2010 au 26 novembre 2011, avec une reprise à 100 % le 27 novembre 2011. Elle avait eu un accident le jour de sa reprise. Un nouvel arrêt du 27 novembre 2011 au 31 janvier 2011 avait été ordonné, puis une reprise à 100 % le 1^{er} février 2011. Une nouvelle incapacité de travail était intervenue, du 18 février 2011 au 13 mars 2011, avec une reprise selon évolution éventuelle le 14 mars 2011.

- un rapport de l'inspecteur des sinistres de Helsana du 30 mars 2011, lequel mentionnait que, dès son entrée au domicile de l'assurée, il n'avait pas eu une très bonne impression. L'époux était présent. La patiente l'avait reçu, allongée sur un canapé et donnant l'air d'être très mal, soit dans une attitude très démonstrative. Elle lui avait indiqué qu'elle avait mal au dos depuis longtemps, mais qu'au mois d'octobre, ses douleurs étaient devenues plus violentes. En ce qui concernait l'accident qui avait eu lieu le jour de la reprise de travail, après maladie, l'assurée lui avait indiqué qu'elle avait glissé sur la neige et qu'elle était tombée sur les fesses. Le cas avait été pris en charge par la SUVA. Elle avait repris son travail le 1^{er} février, mais les douleurs à gauche avaient repris et elle avait du mal à dormir. Elle faisait un début d'état dépressif. Suivaient les coordonnées de la doctoresse qui l'avait suivie pour l'accident et celles du Dr C_____ ainsi que la médication. La patiente allait se rendre prochainement, pour la première fois, chez un psychologue. Elle travaillait seule et s'occupait de passer l'aspirateur, des poubelles, des toilettes, de la poussière, etc. Elle n'avait aucun diplôme et pas de problème avec sa hiérarchie.

2. Le 28 septembre 2011, ISS a retourné à l'OAI le questionnaire pour l'employeur, dont il ressort que les rapports de travail avec l'assurée avaient débuté le 18 avril 2005 et qu'ils étaient toujours en cours. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 8,8 heures par jour, soit 44 heures par semaine. L'assurée travaillait, avant l'atteinte à la santé, 2,5 heures par jour soit 12,5 heures par semaine, comme employée d'entretien. Elle percevait CHF 18.20 par heure ainsi qu'une indemnité vacances de 8,79 %. Le 13^{ème} salaire était de 50 %. Le salaire horaire total s'élevait à CHF 23.97 depuis le 18 avril 2005. Le salaire versé correspondait au rendement. En 2010, l'assurée avait touché un salaire brut de CHF 9'844.60 et un salaire net de CHF 8'372.50 (12 mois de travail), le salaire versé s'était élevé à CHF 9'186.35 (y compris CHF 813.85 de paiement des vacances). En 2011, son salaire brut s'était élevé à CHF 4'414.40 et son salaire net à CHF 4'296.- (5 mois). Sans atteinte à la santé, vu son ancienneté, l'assurée gagnerait, à la date à laquelle l'employeur répondait, CHF 18.20 par heure plus 8,79 % de vacances. Elle bénéficiait, en l'état, d'indemnités journalières pour perte de gains en cas de maladie à 100 % depuis le 18 février 2011. Ses tâches consistaient, principalement, à enlever la poussière, nettoyer les sanitaires, vider les poubelles. Rarement, elle passait l'aspirateur et s'occupait des fournitures, essuie-mains et savons. Sur le plan physique, elle devait marcher et rester debout très souvent, parfois soulever ou

porter des poids légers. Elle n'était jamais assise. Son travail exigeait de la concentration, de l'attention, de l'endurance et du soin, à un degré moyen.

3. Par certificat médical, non daté et reçu par l'OAI le 24 octobre 2011, le Dr C_____ a indiqué que son diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, consistait en troubles dépressifs sévères et lombalgies aiguës et chroniques. Le dernier contrôle avait été effectué le 30 septembre 2011. Auparavant, l'assurée avait été suivie par le docteur G_____ et ce, depuis 1996. L'anamnèse consistait en persistance des douleurs lombaires avec une thymie et dépression. Les symptômes consistaient en lombalgie chronique résistante aux différents traitements. Au moment du certificat, la patiente était sous antalgiques et suivi psychiatrique. Elle était totalement incapable de travailler. L'activité exercée n'était plus exigible. Le rendement était réduit, compte tenu d'un trouble du comportement et d'une lombosciatalgie chronique. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas possibles compte tenu de l'irritation et des troubles du comportement de l'assurée et de ses somatisations multiples. Une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, n'était pas envisageable.
4. Par certificat médical du 20 octobre 2011, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué un état anxio-dépressif, des lombalgies basses non déficitaires existant depuis 2008, des cervico-brachialgies gauches depuis 2008 et des migraines. Une hypertension artérielle et une obésité étaient diagnostiquées, sans effet sur la capacité de travail. Ce médecin suivait la patiente depuis le 29 octobre 2007. Il l'avait revue pour la dernière fois le 6 octobre 2011. Le pronostic, pour l'instant, n'était pas bon. Les symptômes consistaient en des lombalgies chroniques non déficitaires, des insomnies, un manque d'élan vital, une fatigue ++ et une douleur morale. Le médecin avait constaté chez l'assurée une expression lente, de la tristesse, de la négligence et une prise pondérale d'environ 6 kg. Concernant les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, le médecin mentionnait une douleur au bras gauche en mouvement, des douleurs lombaires persistantes en augmentation par flexion, en position debout et assise ainsi qu'un manque d'énergie et d'élan vital. Il était peu probable que l'activité professionnelle exercée soit encore exigible.
5. Selon un rapport d'évaluation du 29 novembre 2011 établi par le conseiller de l'OAI, l'assurée était collaborante et se présentait de manière adéquate. Elle semblait comprendre le fonctionnement de l'assurance. Elle avait émis des signes de souffrance physique à plusieurs reprises durant l'entretien. Le niveau de français de l'assurée était faible. Elle ne pouvait plus faire de gymnastique et ne sortait plus de son quartier. Son mari l'aidait pour les tâches quotidiennes. Elle avait été mère au foyer jusqu'en 1999, date à laquelle des douleurs au dos étaient apparues consécutivement à ses grossesses. La situation s'était empirée avec le travail et était devenue intenable en février 2011, date à laquelle elle avait dû arrêter de travailler. L'assurée décrivait les limitations suivantes : tensions, déprime, angoisses, peur, cauchemars, problèmes de sommeil, vertiges, tension artérielle, beaucoup de

douleurs au dos, elle entendait des voix et mettait une heure à une heure trente pour se lever le matin, avait du mal à rester debout et assise, le port de charges était limité à un kilo, elle avait des douleurs du nerf sciatique jusqu'au genou, elle ne pouvait pas marcher plus d'un arrêt de bus, avait des migraines, ne pouvait pas rester assise et avait peur de tomber. Selon la patiente, il n'y avait aucune amélioration tant au niveau de son état de santé physique que psychique. Elle estimait ne pas pouvoir travailler en raison de ses limitations et ce, dans n'importe quelle activité. En conclusion, le conseiller mentionnait avoir informé l'assurée du fonctionnement de l'assurance, à savoir des différentes phases du processus, de la notion économique de l'invalidité ainsi que des différentes possibilités déterminées par la décision de principe. Un cours de français, avec objectif de mobiliser l'assurée et d'améliorer son niveau de français, lui avait été proposé, mais elle avait refusé, estimant que ses problèmes de santé ne lui permettaient pas de suivre un cours, même à raison de quelques heures par semaine.

6. Selon une note relative à un entretien téléphonique entre la SUVA et l'OAI, la première avait conclu à une totale capacité de travail de l'assurée dès février 2011 et transmis copie de son dossier à la seconde.
7. Par avis médical du 22 décembre 2011, le médecin du service médical régional AI (ci-après : SMR) a mentionné un certain nombre de questions qui devaient être posées au médecin-traitant.
8. Par communication du 20 février 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible.
9. Le 8 mars 2012, le Dr C_____ a précisé à l'OAI qu'il n'y avait pas de suivi spécialisé relatif au problème du dos de la patiente. Au titre des limitations fonctionnelles observées à ce niveau, il faisait état de troubles statiques chroniques lombaires. La capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était de 20%. Il communiquait le nom du psychiatre.
10. Par certificat médical du 3 juillet 2012, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé le diagnostic de dorsalgie-sciatalgie provenant d'une arthrose vertébrale, de gonalgie/gonarthrose - coxarthrose, migraines, HTA - problème ophtalmologique, dépression, surpoids, 85 kg/1m61. Au titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail était mentionné un fibrome utérin. Sous anamnèse était mentionnée « évolution de plusieurs pathologies ». Il avait vu la patiente seulement deux fois et des informations lui manquaient. Au titre de symptômes actuels, des douleurs importantes perturbaient le sommeil de la patiente et sa marche était réduite à 10 voire 30 minutes. Objectivement, il avait constaté une prise de poids récente (10 kg). Sous pronostic, était mentionné « pathologies multiples en cours d'examens et de traitements ». L'incapacité de travail était de 100 % avec une forte limitation physique. L'activité exercée par la patiente n'était plus exigible. Des mesures médicales seraient sans effet pour réduire les restrictions énumérées. Il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle,

respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Les activités uniquement en position assise ou debout étaient proscrites, tout comme se pencher, être accroupi, à genou, soulever et porter, monter sur une échelle ou un échafaudage, monter des escaliers. Les activités exercées principalement en marchant sur un terrain irrégulier, avec les bras en dessus de la tête et avec des rotations en position assise et en position debout étaient mentionnées avec un point d'interrogation. La capacité de concentration était limitée, tout comme la résistance.

11. Le 28 septembre 2012, la doctoresse J_____, médecin au SMR, a préconisé un examen bi-disciplinaire, rhumato-psychiatrique au SMR, lequel s'est tenu le 28 février 2013, en présence d'un interprète.
12. Il ressort du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique établi le 21 mars 2013, respectivement par les doctresses K_____, ancienne médecin cheffe-adjointe en physiatrie et experte médicale SIM et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, experte médicale certifiée par la SIM, que la patiente présentait une capacité de travail exigible de 50 % dans l'activité habituelle pour des raisons ostéo-articulaires et de 100 % dans une activité adaptée depuis juillet 2011.

Sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique incapacitante et sa capacité de travail exigible était de 100 % dans toutes activités. Concernant les limitations fonctionnelles, pour des raisons ostéo-articulaires, il fallait éviter une position statique prolongée debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, assise, agenouillée et accroupie. Le port de charge était limité à 10 kg occasionnellement, 5 kg à répétition. L'assurée ne pouvait pas travailler sur une machine vibrante ni à la chaîne. Elle ne pouvait pas se déplacer en terrain accidenté sur des longues distances, ni monter et descendre à répétition des échelles, des escaliers et pentes. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques. Sur la base de l'examen clinique actuel, l'incapacité de travail était de 50 % d'un 100 % pour le travail de nettoyage et de 0 % pour une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 100 % dans toutes activités. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus par les praticiennes consistaient en gonalgies bilatérales dans le cadre de genua valga et un début de gonarthrose bi-compartimentale et lombalgies chroniques non déficitaires dans le contexte d'un trouble statique et discrètement dégénératifs, avec dysbalances musculaires et insuffisance posturale. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient fibromyalgie (17/18 tender points), obésité et hypertension artérielle traitée. Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de troubles obsessionnels compulsifs, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques, ni de limitations

fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. La symptomatologie dépressive réactionnelle d'accompagnement des douleurs chroniques, sans incidence sur la capacité de travail, était en rémission complète. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui faisait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, les praticiens n'avaient pas retenu ce diagnostic. Par ailleurs, à l'examen clinique rhumatologique, la Dresse K_____ avait diagnostiqué une fibromyalgie, laquelle n'était pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale, d'un état psychique cristallisé au profit de la maladie ni d'échec de traitement. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité n'étaient donc pas réunis et le pronostic était favorable.

13. Par avis du 9 avril 2013, la Dresse J_____ a retenu une incapacité de travail de 50 % dès le 18 février 2011 dans l'activité de nettoyage (la part correspondant aux travaux lourds n'étant plus exigible). Dès cette date, une pleine capacité de travail tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires était exigible.

Elle a précisé que, sur le plan psychiatrique, l'assurée avait développé une symptomatologie anxio-dépressive d'accompagnement de ses douleurs chroniques. Elle n'avait consulté qu'à deux reprises le Dr I_____ et avait bénéficié d'un soutien psychologique auprès d'une psychologue. Depuis décembre 2012, elle n'avait plus de prise en charge psychiatrique ambulatoire. L'examen clinique psychiatrique réalisé au SMR était dans les limites de la norme.

14. Une enquête ménagère a été effectuée le 29 octobre 2013 par une enquêtrice de l'OAI, sur la base d'un entretien d'une heure en présence du mari de l'assurée à son domicile. S'agissant des empêchements dans les diverses activités du ménage, le rapport a retenu :

Travaux	Pondération	Empêchement	Invalidité
Conduite du ménage	3 %	0 %	0 %
Alimentation	34 %	20 %	6,8 %
Entretien du logement	20 %	45 %	9 %
Emplettes et courses diverses	8 %	0 %	0 %
Lessive et entretien des vêtements	20 %	20 %	4 %
Soins aux enfants	15 %	20 %	3 %
Divers	0 %	0 %	0 %
Total	100 %		22,8 %

Le rapport précise qu'en raison de ses problèmes de santé, l'assurée rencontrait des difficultés à entretenir son ménage et que les limitations principales étaient les activités nécessitant beaucoup de déplacement et les travaux ménagers lourds.

Sous « conduite du ménage, planification, organisation, répartition du travail, contrôle », le rapport mentionne que l'assurée avait toujours été en mesure de conduire son ménage et qu'elle l'était toujours.

Sous « alimentation », il était constaté que, depuis ses problèmes de santé, l'assurée préparait rarement les repas et que c'était son mari qui s'en chargeait. L'assurée indiquait avoir des douleurs en continu dans tout le corps et ne pas pouvoir rester debout suffisamment longtemps pour préparer un repas complet sans aide. Il était estimé que l'assurée devait pouvoir participer pour mettre et débarrasser la table, effectuer des petites tâches ne nécessitant pas de porter des objets lourds comme débarrasser le lave-vaisselle et ranger la vaisselle, nettoyer l'évier et la table, préparer et éplucher les légumes en étant assise à la table de la cuisine.

Sous « entretien du logement », le rapport mentionne que l'assurée ne participait plus du tout aux tâches ménagères en raison des douleurs dont elle disait souffrir en continu durant la journée. Elle ne pouvait pas passer la serpillière, ni l'aspirateur et nettoyer les sanitaires, mais il était estimé qu'elle pourrait se charger de petites tâches de l'entretien quotidien, comme effectuer du rangement, faire la poussière sur les meubles à sa hauteur, nettoyer les lavabos, etc., en fractionnant l'activité sur de courtes périodes.

Sous « lessive et entretien des vêtements », il était estimé que si l'assurée ne pouvait pas porter la corbeille de linge et descendre à la buanderie pour le mettre au sèche-linge, elle devrait pouvoir mettre le linge dans la machine et faire démarrer cette dernière, plier et ranger du linge, en étant assise à table et en fractionnant l'activité sur de courtes périodes et sur plusieurs jours, et étendre les petites pièces de linge sur un étendage.

L'époux, qui était sans emploi depuis 2010, était la plupart du temps à la maison et avait repris la plupart des tâches ménagères avec l'aide de ses enfants. Une exigibilité totale de 29,9 % était retenue pour la famille. En tenant compte de cette exigibilité, les empêchements pondérés dans la sphère ménagère étaient de 22,8 %. Concernant le statut, l'assurée disait que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué son activité professionnelle à un taux d'activité de 28 % en tant qu'employée d'entretien. Dans les faits, elle avait poursuivi une activité comme nettoyeuse au même taux d'activité depuis octobre 2004. Il n'y avait pas eu de changement dans la situation socio-familiale depuis l'atteinte à la santé. L'assurée signalait une perte de gain dès février 2012, date à laquelle l'assurance avait cessé ses versements. Il était ainsi vraisemblable que, sans atteinte la santé, l'assurée aurait un statut mixte, de 28 % pour l'activité professionnelle et de 72 % pour les travaux ménagers.

15. Par décision du 28 janvier 2014, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée. Après l'instruction du dossier, il apparaissait qu'elle ne présentait aucune invalidité pour

les 28 % qu'elle consacrait à son activité professionnelle, mais présentait 23 % d'invalidité dans le 72 % de son temps consacré aux travaux ménagers. Il en résultait un taux total d'invalidité de 16,5 %, soit un taux inférieur à 40 %, qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

16. Le 26 février 2014, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée. Son état de santé ne lui permettait pas de travailler à plein temps. Elle était extrêmement dépressive et souffrait d'importantes douleurs qui ne lui laissaient aucun répit. De surcroît, l'OAI indiquait qu'elle pouvait travailler à plein temps comme employée d'entretien (sic), tout en reconnaissant un empêchement ménager de 23 %. Or, ces deux activités étaient très semblables, à la différence qu'en tant qu'activité salariée, le travail de nettoyage était beaucoup plus pénible que le travail ménager. Les conclusions de l'OAI étaient incohérentes et injustes. Elle concluait à l'annulation de la décision et à la reconnaissance d'une invalidité entière.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit :

- une attestation du 20 février 2014, par laquelle le Groupe médical de la Dôle confirmait les différents diagnostics qui avaient entraîné des multiples certificats médicaux justifiant les autres maladies et la demande à l'OAI, soit des gonalgies chroniques confirmées par des examens complémentaires (radios, IRM), des lombo-sciatalgies chroniques sur protrusion discale L5-S1, des céphalées chroniques hypertensives, HTA, des troubles du comportement (dépression récurrente) et une fibromyalgie. La patiente était par ailleurs suivie par une psychiatre pour trouble du comportement.

- un certificat médical du Dr I_____ du 25 février 2014, dont il ressort qu'il suivait la patiente depuis le 6 septembre 2011 et qu'elle était également suivie par Madame M_____, psychologue-psychothérapeute, dans leur centre de consultation. La patiente présentait actuellement un état dépressif évoluant depuis trois à quatre ans, se manifestant par une asthénie, une douleur morale, des troubles du sommeil, une dévalorisation, un sentiment d'insécurité entraînant un repli à domicile. Lors des consultations, elle exprimait fréquemment ses douleurs physiques : arthralgie, algie diffuse, gonalgie, dorsalgie en ayant une difficulté à exprimer ce qu'elle ressentait. Le traitement avait très récemment été modifié passant, depuis le 21 janvier 2014, du Cypralex au Cymbalta. La patiente ne travaillait plus depuis 2011. L'aptitude actuelle au travail dans une activité normale apparaissait hypothéquée tout comme un emploi protégé. Il ne paraissait pas possible d'évaluer cette capacité avec précision, mais elle devait être estimée inférieure à 50 %. La patiente alléguait ne rien faire chez elle en raison de ses douleurs. Il semblait pertinent d'effectuer un test dans la réalité sans notion de rendement.

17. Par mémoire complémentaire du 27 février 2014, l'assurée a développé ses arguments. Il était surprenant de constater que malgré le fait que les experts avaient relevé 17 points sur 18 pour la fibromyalgie, ils arrivaient à la conclusion que celle-ci ne pouvait pas être retenue. Ils retenaient qu'elle ne présentait aucune atteinte

psychique et était capable de travailler à 100 %, alors que, comme constaté par le Dr C_____, elle souffrait de dépression et était suivie depuis des années par un psychologue et un psychiatre.

Le Dr I_____ relevait lui aussi une incapacité de travail d'au moins 50 % pour un état dépressif. Les douleurs dont elle se plaignait avaient été constatées par les Drs H_____, C_____, I_____ et les experts mandatés par l'OAI. Tous s'accordaient à dire qu'elle présentait une symptomatologie douloureuse diminuant son autonomie et sa capacité de mobilité. Les experts minimisaient ses atteintes à la santé en affirmant qu'elles n'avaient aucune influence sur sa capacité de travail. Leurs conclusions n'étaient pas pertinentes eu égard à leur manque de cohérence et au vu de la présence au dossier d'avis divergents posant, entre autres, le diagnostic de fibromyalgie.

Elle ne pourrait pas travailler dans la vente, comme réceptionniste, standardiste, téléphoniste, ou à la saisie de données, dès lors qu'il ne lui était pas possible de rester assise toute la journée et qu'elle devait changer de position régulièrement. Par ailleurs, tous les travaux nécessitant le port de charges ou des déplacements (distribution du courrier interne, commissionnaire), lui étaient également déconseillés. Ainsi, une liste des activités professionnelles adaptées semblait impossible à dresser surtout à un taux d'activité de 100 %. Elle concluait à l'annulation de la décision litigieuse et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux prestations de l'AI et, en particulier, à une demi-rente.

18. Par réponse du 24 avril 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. La décision attaquée se fondait sur une instruction médicale complète, et en particulier sur une expertise du SMR, qui devait se voir reconnaître pleine valeur probante.
19. Par réplique du 27 mai 2014, l'assurée a persisté dans ses conclusions, en produisant un rapport médical du Dr I_____ du 20 mai 2014.

Ce rapport indique qu'elle était suivie toutes les deux semaines par Mme M_____, depuis septembre 2011, et que le Dr I_____ l'avait vue les 6 septembre 2011 et 22 mai 2012, ainsi que les 21 janvier, 12 février et 18 avril 2014. La patiente présentait actuellement un état dépressif d'intensité moyenne. A chaque consultation, elle exprimait effectivement ses douleurs physiques. Ses plaintes étaient multifocales. Le changement de traitement du 21 janvier 2014 avait apporté une amélioration moyenne. Il existait un ralentissement marqué avec une apathie, un manque de réactivité, une lenteur apparente et les phobies de l'extérieur étaient aussi invalidantes. Le médecin rappelait que le 25 février 2014, il avait évoqué la possibilité que l'assurée puisse être testée en milieu réel afin de se prononcer valablement sur sa capacité de travail, qu'il avait estimée inférieure à 50 %.

20. Par duplique du 11 juin 2014, l'OAI a persisté dans ses conclusions.
21. Par ordonnance du 1^{er} octobre 2014, la chambre de céans, estimant l'expertise du SMR non probante, a ordonné une expertise pluridisciplinaire qu'elle a confiée aux

docteurs N_____, spécialiste FMH en rhumatologie et O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

22. Dans son rapport d'expertise du 7 mai 2015, le Dr O_____ a indiqué qu'il s'était fondé sur le dossier transmis, deux entretiens avec l'assurée, un monitoring thérapeutique et un entretien avec le Dr N_____.
23. Sous « Contexte actuel selon l'assurée », il est indiqué que cette dernière travaillait dans le nettoyage à raison de 2 heures 30 par jour depuis 2005 pour B_____. Auparavant, elle travaillait pour une autre entreprise de nettoyage qui avait fait faillite un an après son engagement. Elle était en incapacité de travail depuis 2011 pour des douleurs, une fibromyalgie et des problèmes d'arthrose (genoux, vertèbres dorsales et cervicales). Les douleurs étaient surtout présentes le matin et le soir et représentaient le problème principal. Elle ne mentionnait pas de troubles psychiques initialement, mais rapportait ensuite qu'elle était suivie par un psychothérapeute et qu'elle souffrait de dépression. Elle avait présenté des dépressions post-partum, marquées en 2001 et 2006. Depuis qu'elle souffrait d'une fibromyalgie, soit depuis 2008, la dépression était constante. Elle voyait une psychologue une à deux fois par mois et prenait du Cymbalta depuis un an environ, ce qui avait diminué ses angoisses. Malgré ces traitements, l'assurée notait la persistance d'insomnies. Pour cette raison du Stilnox avait été prescrit récemment, en plus du Lexotanil et de l'Imovane. Elle n'avait pas été hospitalisée en milieu psychiatrique. Elle n'était plus suivie par un rhumatologue, mais l'avait été précédemment par la Dresse P_____.

Sous « Anamnèse », il est indiqué que l'assurée était en arrêt de travail depuis 2011 et que, depuis lors, elle bougeait moins, ce qui diminuait les douleurs. Malgré cela, la dépression s'aggravait. L'assurée avait des douleurs sur tout le corps. Elle avait grandi à Mogadiscio, en Somalie, où sa famille était assez aisée, avant de perdre ses biens durant le conflit armé. Elle avait suivi une scolarité normale, mais avait échoué aux examens pour entrer à l'université où elle voulait étudier l'économie. Dès lors, elle avait tenu le commerce familial jusqu'en 1991. Elle était venue en Suisse au début des années 90, quittant la Somalie, en raison du conflit armé. Une partie de sa famille était restée au pays. Elle était naturalisée depuis 2007. Elle avait huit frères et sœurs et conservait des contacts avec une de ses sœurs, qui résidait à Dubaï, mais pas avec les autres membres de sa fratrie, qui ne l'aimeraient pas, selon elle, parce qu'ils pensaient qu'elle ne voulait pas les aider financièrement, alors qu'elle le pourrait. L'assurée s'était mariée en 1995. Son mari était malade, mais elle ne savait pas de quoi. Il travaillait comme gardien de musée. Leurs contacts étaient de qualité moyenne. Ils avaient quatre enfants, âgés de 20, 17, 14 et 6 ans, normalement scolarisés. L'assurée avait signalé des difficultés relationnelles avec sa fille de 17 ans. Elle avait sa belle-famille en Suisse et deux connaissances et entretenait quelques contacts avec l'une de ses belles-sœurs. Depuis 2008 environ, elle avait renoncé à la vie sociale qu'elle avait au sein de la communauté somalienne.

Sous « Plaintes subjectives », le rapport mentionne que, durant le conflit armé, dans son pays d'origine, elle avait vu les cadavres de certaines de ses connaissances et qu'elle avait risqué sa vie, à plusieurs reprises, en tentant de quitter le pays. Elle s'était sentie rassurée en Suisse et elle avait ensuite tout oublié. Actuellement, il y avait des réminiscences, mais pas de réviviscences ni d'état d'hypervigilance. Elle ne présentait pas de cauchemars en lien avec les traumatismes vécus. Elle était une personne émotive, fragile et sensible. Elle ressentait une fatigue marquée et constante ainsi qu'une diminution de son niveau d'énergie. Elle ressentait de la tristesse en continu, qui variait en intensité. Elle pouvait se montrer irritable, notamment quand ses enfants ne l'écoutaient pas. Au quotidien, elle se levait à 6h00 du matin, réveillait ses enfants, préparait le petit-déjeuner puis restait à la maison sans avoir d'activité particulière. Elle ne faisait pas le ménage. Elle passait la poussière. Elle ne préparait pas les repas de midi ni du soir.

Sous « Examen clinique », l'expert a indiqué que l'assurée s'était présentée à deux reprises, de façon ponctuelle, accompagnée de son mari. Sa maîtrise du français était assez partielle. Elle permettait la description des événements ainsi que l'obtention des éléments anamnestiques, mais pas de discuter de symptômes, car la plupart des termes étaient mal compris par l'assurée. Pour cette raison, le deuxième entretien s'était déroulé en présence d'une traductrice. Il n'y avait pas de restriction marquée du champ de la pensée sur les douleurs, mais celles-ci revenaient au premier plan dans ses discours lorsqu'elle était invitée à s'exprimer sur ses symptômes. A une ou deux reprises, l'assurée avait eu des comportements algiques, mais cela avait été limité dans le temps et pas accompagné d'attitude démonstrative. Elle se déplaçait assez librement et sans difficulté. La présentation vestimentaire était soignée. La compréhension des questions était relativement bonne à une ou deux exceptions près. Les réponses étaient généralement informatives. Il n'y avait pas de tendance à la digression. L'assurée était normalement orientée dans les trois modes. Elle ne présentait pas de troubles de la vigilance, de mémoire, de concentration ou de l'attention. Elle était quelque peu réservée, mais pas particulièrement timide ni anxieuse. L'évocation des événements vécus dans son pays n'avait pas provoqué la réapparition de symptômes anxieux. Elle ne présentait pas de fatigue marquée. Le dynamisme était conservé. Le visage était normalement expressif. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, ni de sentiment de lassitude. A une ou deux reprises, elle avait soupiré. Elle n'était pas particulièrement en prise à une souffrance psychique. Elle ne paraissait pas particulièrement triste. A aucun moment, elle ne s'était montrée particulièrement émue. Elle avait un discours bien ancré dans la réalité. L'expert n'avait pas observé de troubles du cours ou du contenu de la pensée. Elle n'avait pas adopté d'attitude d'écoute ni de phénomène de barrage de la pensée. Elle ne présentait pas d'élément maniaque, notamment pas d'accélération psychique ni d'état d'agitation. Elle n'était pas projective, méfiante ni interprétative. La collaboration était bonne.

Sous « Diagnostics », l'expert a indiqué qu'il n'y avait pas de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité travail étaient un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, une dysthymie et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le degré de gravité de ces trois troubles psychiques était faible.

Sous « Appréciation du cas et pronostic », l'expert notait en premier lieu que les plaintes subjectives étaient beaucoup plus importantes que les constatations objectives. Les douleurs étaient principalement localisées au niveau de l'épaule, des fesses, des pieds et du dos. Les antalgiques étaient efficaces. Elle allait mieux, mais les douleurs ne disparaissaient pas. À l'examen clinique, il avait observé des comportements algiques, mais pas de restriction marquée du champ de la pensée sur les douleurs, de troubles cognitifs, de symptômes anxieux à l'évocation des événements vécus dans son pays, de fatigue manifeste, de ralentissement psychomoteur, de souffrance psychique ni de tristesse marquée. Le résultat du monitoring thérapeutique montrait une absence de compliance au traitement médicamenteux, tant pour l'antidépresseur que pour le traitement antalgique, hormis le Dafalgan, dont le dosage n'avait pas été fait.

Il persistait des symptômes dépressifs sous la forme d'une certaine irritabilité et de fatigue, mais qui faisaient plus l'objet d'une description de la part de l'expertisée que d'une observation. La rémission étant partielle, on pouvait retenir une dysthymie. Une prise régulière du traitement devait permettre d'obtenir un état de rémission de ces troubles. Un certain nombre des symptômes dépressifs s'inscrivait dans une attitude régressive, l'expertisée étant prise dans un processus d'invalidation. Les sollicitations financières de ses proches parents restés au pays pouvaient être la cause de ce comportement. Elle présentait également un syndrome douloureux somatoforme persistant. A cet égard, les plaintes somatiques étaient au premier plan. Leur survenue ne s'inscrivait pas dans un cadre particulièrement précis. Il n'avait pas observé de comportement manifestement algique. Selon les observations du Dr N_____, cette affection était accompagnée de phénomène d'amplification. Le syndrome douloureux somatoforme persistant n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique sévère. Même s'il y avait une comorbidité psychiatrique sévère avec un épisode dépressif léger ou même moyen, comme retenu par le médecin traitant, on ne pourrait pas parler d'échec d'une mesure thérapeutique, vu l'absence de compliance au traitement pharmacologique. Lors du second entretien avec l'assurée, il lui avait présenté ses résultats et elle avait affirmé qu'elle prenait régulièrement ses médicaments. Finalement, tant les plaintes subjectives de l'observation clinique permettaient d'exclure un syndrome de stress post-traumatique. En conséquence, la capacité travail était entière. L'expertisée ne présentait pas de limitations fonctionnelles dans son activité habituelle ni dans une autre activité. Sa capacité résiduelle de travail était de 100 % quelle que soit l'activité envisagée. Elle pouvait travailler huit heures par jour sans diminution de rendement.

Sous la rubrique « Réponses aux questions », l'expert a encore notamment indiqué que comme le Dr I_____, il retenait des troubles dépressifs récurrents et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Leur divergence d'appréciation portait sur la sévérité de l'épisode dépressif. Le contenu très succinct des rapports médicaux du Dr I_____ ne permettait pas de comparaison suffisante pour la comprendre. Il fallait relever que la fréquence des entretiens avec ce dernier ne correspondait pas à la prise en charge d'une dépression moyenne car cette affection nécessitait des entretiens médicaux hebdomadaires voire bimensuels et surtout des adaptations du traitement pharmacologique.

Dans le rapport du SMR, aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu. Dès lors que l'expertisée avait décrit clairement deux épisodes de dépression du post-partum, le diagnostic de troubles dépressifs récurrents devait être retenu. L'évaluation des plaintes subjectives était très succincte et cela ne permettait pas de faire de comparaison. En revanche, il n'y avait pas de différence significative par rapport à l'observation clinique. Il avait retenu la présence de symptômes dépressifs sous la forme d'une certaine irritabilité et de fatigue, essentiellement sur la base des symptômes rapportés par l'expertisée. Lors de l'examen pratiqué au SMR, la rémission était considérée comme complète. La divergence d'appréciation venait probablement du fait qu'il avait pris en compte, au maximum, les symptômes de l'expertisée, sauf si ces derniers s'écartaient trop de son observation clinique. Contenu des symptômes rapportés par l'expertisée et des éléments du dossier médical ainsi que de l'observation du Dr N_____, la présence d'un trouble somatoforme ne faisait aucun doute, car les plaintes algiques étaient au premier plan et associées à des phénomènes d'amplification. Le tableau clinique n'allait probablement pas s'améliorer parce que l'expertisée était prise dans un processus d'invalidation. On ne se trouvait pas en présence d'une comorbidité psychiatrique sévère. Il n'y avait pas d'état de rémission complète durant les dernières années. L'expertisé avait moins de relations sociales. Elle n'avait toutefois jamais été véritablement intégrée en Suisse. À la question de savoir si en présence d'une comorbidité psychiatrique, il y avait un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de la résolution du conflit, mais apportant soulagements du point de vue psychiatrique, l'expert a indiqué qu'il n'avait pas mis en évidence de intrapsychique (sic).

24. Dans son rapport d'expertise du 16 juillet 2015, le Dr N_____ a indiqué que l'expertise rhumatologique avait été effectuée les 22 janvier et 2 février 2015, à Genève, en présence d'un traducteur somalien. L'expert a brièvement résumé les pièces du dossier et mentionné avoir recueilli lui-même une arthro-IRM du genou gauche, effectuée par le professeur Q_____, le 22 mars 2012. Il a relevé que l'anamnèse avait été difficile car l'expertisée ne donnait pas de détails sur sa situation. Elle indiquait que son état ne s'était pas amélioré malgré le fait qu'elle ne travaillait plus et qu'elle faisait le minimum à la maison. S'agissant de sa vie quotidienne, elle avait indiqué ne rien faire de ses journées et rester la plupart du

temps alitée. Son mari faisait la cuisine et les commissions et ses enfants s'occupaient du nettoyage et du repassage. Elle surveillait que tout se passe bien. Elle prenait plusieurs médicaments, mais ne faisait pas de physiothérapie car ce traitement augmentait les douleurs. Il y avait une persistance des cervico-dorso-lombalgies malgré les traitements. Les plaintes somatiques étaient des douleurs au niveau des épaules, des cervicales, du rachis dorsal et lombaire, des coudes et des genoux. Les douleurs étaient présentes 24 heures sur 24. L'expertisée dormait mal, mais indiquait que les problèmes dus au sommeil étaient la conséquence des années de guerre en Somalie. Les douleurs augmentaient au moindre effort et au port de charges. Elle devait constamment changer de position.

L'expert a indiqué sous « Statut clinique somatique », que l'expertisée se déplaçait sans boiterie, avec rapidité et souplesse. Elle montait les escaliers sans difficulté et ne devait pas changer de position ou prendre une position antalgique durant l'entretien. Elle s'habillait et se déshabillait sans difficulté. La démarche était sans particularité.

Sous « Status ostéoarticulaire », l'expert a indiqué que le rachis cervical était inexaminable, car l'expertisée retenait volontairement tous les mouvements. Il n'y avait pas de contracture musculaire. S'agissant du rachis dorsal et lombaire, il a constaté des troubles de la posture avec un relâchement de la sangle abdominale et une augmentation de la lordose. La palpation et la mise sous pression du sacro-iliaques étaient douloureuses. S'agissant des membres inférieurs, la recherche des points douloureux pour une fibromyalgie était positive (18 points sur 18). Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité travail étaient :

- cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles de la posture et discarthrose, présentes depuis 2011 ;
- suspicion de spondylarthrite ankylosante présente depuis une date indéterminée.

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité travail étaient :

- fibromyalgie présente depuis une date indéterminée ;
- obésité, présente depuis une date indéterminée.

Sous « Appréciation du cas et pronostic » l'expert a noté qu'il avait fait faire un nouveau bilan radiologique qui démontrait des troubles statiques et dégénératifs du rachis, qui pouvaient expliquer une partie des douleurs décrites par l'expertisée. Le manque d'activité physique et la faible musculature au niveau du rachis et de l'abdomen participaient aux douleurs. L'expertisée devrait perdre du poids et faire une activité physique régulière (marche rapide, natation ou vélo). Au niveau des sacro-iliaques, le radiologue signalait une atteinte pouvant entrer dans le cadre d'un processus inflammatoire. L'expert signalait à ce sujet qu'un doute existait déjà sur l'IRM d'octobre 2010, mais qu'aucune investigation supplémentaire n'avait été faite. L'anamnèse ne relevait pas d'éléments faisant penser à une spondylarthrite ankylosante. L'expertisée ne se plaignait pas de réveils en fin de nuit liés aux

douleurs et ne décrivait pas de raideur matinale. Malgré cette constatation des investigations supplémentaires devraient être menées par le médecin traitant. Il proposait une IRM des sacro-iliaques et le dosage de l'HBA-B27. Si ces investigations se révélaient positives, une thérapie adaptée pourrait être donnée et permettre de supprimer une grande partie des douleurs. Au niveau des genoux, les RX montraient la présence d'un début de gonarthrose, dont l'expertisée ne se plaignait pas. L'examen clinique était normal. Il ne retenait donc pas de diagnostic clinique concernant les genoux. Les deux diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail empêchaient toute activité comme femme de ménage de manière définitive. En revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité travail était entière, depuis le 1^{er} mars 2012. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

- pas de port de charges de plus de 5 kg;
- pas de mouvements répétés du rachis en flexion, en rotation et en extension;
- ne pas devoir monter sur une échelle, un escabeau;
- ne pas devoir marcher sur une surface non plane;
- pouvoir travailler assis;
- éviter les positions debout statiques;
- pouvoir changer de position toutes les heures.

Sous « Réponses aux questions », l'expert a indiqué que l'expertisée présentait des troubles rhumatologiques depuis le 26 octobre 2010, soit la date de l'IRM. Ses plaintes étaient objectivées du point de vue rhumatologique sur les RX et l'examen clinique mettait en évidence des troubles de la posture liés au relâchement et à la faiblesse musculaire. Il existait une suspicion de spondylarthrite ankylosante.

Les limitations fonctionnelles et les conséquences sur la capacité travail étaient les mêmes pour les deux diagnostics. L'incapacité travail durable était survenue le 1^{er} mars 2012, date de la fin de la prise en charge par l'assurance-accidents. L'exigibilité dans l'activité habituelle de nettoyeuse était de 0 %. L'exigibilité était de 100 % pour toutes les activités répondant aux limitations fonctionnelles, comme par exemple un travail à un établi avec la possibilité de changer de position toutes les heures. Les activités inadaptées étaient celles qui contrevenaient aux limitations fonctionnelles, par exemple une activité debout en position statique avec des mouvements répétés du rachis. Il n'y avait pas de diminution du rendement. Les chances de succès d'une réadaptation professionnelle étaient impossibles à prévoir. Pour évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales, il fallait prévoir des examens complémentaires pour exclure ou confirmer le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Si ce diagnostic était confirmé, un traitement adéquat devrait améliorer la capacité travail. S'agissant des avis médicaux des médecins traitants, ils étaient trop succincts et trop vagues. L'expertisée n'avait jamais bénéficié de l'avis d'un rhumatologue et d'examen et de traitements appropriés. Il n'y avait pas de divergence majeure entre ses conclusions et celles des experts du SMR, à part le fait que ceux-ci n'avaient pas tenu compte de

la possibilité d'une spondylarthrite ankylosante. Le pronostic global était bon, si l'expertisée participait davantage aux traitements physiques, perdait du poids et renforçait sa musculature.

25. Le 31 août 2015, la recourante a contesté l'appréciation faite par les experts de sa capacité travail résiduelle. Cette dernière était toujours fortement limitée par ses affections physiques ainsi que la dépression qu'elle combattait depuis plusieurs années, sans succès. Elle persistait ainsi dans les conclusions de son recours.
26. L'intimé a contesté, pour sa part, la valeur probante de l'expertise du Dr N_____, car il retenait, aux pages 16, 17 et 19 de son rapport, des dates différentes pour déterminer le début de l'incapacité de travail de l'assurée. Il s'était à l'évidence trompé en indiquant "Monsieur" en page 18 de son rapport. L'expert retenait que l'activité habituelle de nettoyeuse n'était plus adaptée, alors que l'activité habituelle de l'assurée était celle d'agent d'entretien de bureau, ce qui n'impliquait pas le même cahier des charges. Faute d'avoir expliqué en quoi les limitations fonctionnelles retenues seraient contre-indiquées dans l'activité d'agent d'entretien de bureau, les conclusions de cet expert ne pouvaient être suivies. L'expert retenait la possibilité d'une spondylarthrite ankylosante, qui n'était pas prouvée objectivement, ce qui ne permettait pas de retenir une totale incapacité de travail. En conclusion, l'intimé concluait à ce que la chambre de céans se réfère aux conclusions des experts du SMR, qui restaient valables.
27. Interpellé par la chambre de céans, le Dr N_____ a indiqué, le 18 novembre 2015 que les pages 17 à 19 du rapport relatif à l'expertise de l'assurée avaient été annexées, par erreur, à ce dernier.
28. Sur ce, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

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

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

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

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

En l'espèce, la décision litigieuse du 28 janvier 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'AI.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Dans ce contexte, la rente de l'assurance-invalidité vise à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 1 LAI); cela présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif

correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40 % au moins. Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé. En choisissant de ne pas travailler, la personne assurée a ainsi délibérément renoncé au salaire qu'elle aurait pu réaliser en travaillant; l'absence de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité (cf. ATF 137 V 334 consid. 5.5.3 p. 345).

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

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPG, 5 al. 1 LAI et 27 RAI).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils

ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGa, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGa, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3. p. 507; pour le cas des rentiers et des assurés qui ont pris une retraite anticipée, voir cependant arrêt 9C_9/2013 du 27 mars 2013 consid. 2.4 et la référence). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment 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. 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 l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références).

7. 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 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)

8. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2).

Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient 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 psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie à l'exception de la fatigue due au cancer (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), à la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

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). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci 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). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131

V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

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 troubles somatoformes douloureux 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

Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic du trouble somatoforme douloureux : comme « plainte essentielle », il faut une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse » (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1).

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 syndrome somatoforme douloureux 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. A 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 trouble somatoforme douloureux 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 assécurologique 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 (inévitabile) 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).

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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. 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).

d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison

de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

f. 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 chiffre 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

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).

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

g. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

11. En l'espèce, il y a lieu de déterminer en premier lieu le statut de l'assurée. Elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué son activité professionnelle à un taux d'activité de 28 % en tant qu'employée d'entretien. Il est établi qu'elle a poursuivi une activité de nettoyeuse au même taux d'activité d'octobre 2004 à 2011 et qu'il n'y a pas eu de changement dans sa situation socio-familiale depuis l'atteinte à la santé. En conséquence, il peut être retenu, avec un degré de

vraisemblance prépondérante, que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à 28 %.

La recourante a ainsi un statut mixte, de 28 % pour l'activité lucrative et de 72 % dans l'accomplissement des travaux habituels.

12. Il convient d'analyser ensuite la force probante des expertises judiciaires.

a. L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise du Dr N_____, relevant que dernier a retenu des dates différentes pour déterminer le début de l'incapacité de travail, soit 2009, 2010 et 2012, en référence aux pages 16, 17 et 19 de son rapport et qu'il s'était, à l'évidence, trompé en indiquant "Monsieur" en page 18 de son rapport.

Cette critique est fondée, si l'on prend en compte les pages 17 à 19 du rapport du Dr N_____. Il apparaît toutefois que ces pages ne font pas partie de l'expertise de l'assurée, ce qu'a confirmé le Dr N_____.

Le Dr N_____ a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité travail des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles de la posture et discarthrose, présentes depuis 2011. Il a précisé dans ses réponses, à la fin de son rapport, que l'incapacité de travail durable était survenue le 1^{er} mars 2012, date de la fin de la prise en charge par l'assurance-accidents. Il est effectivement établi que HELSANA a pris en charge le cas jusqu'à fin février 2012. Ainsi, il n'y a pas de contradiction entre les dates mentionnées dans le rapport, l'expert ayant justifié pour quel motif il mentionnait la date du 1^{er} mars 2012, pour le début de l'incapacité de travail durable.

b. L'intimé reproche encore au Dr N_____ d'avoir retenu que l'activité habituelle de nettoyeuse n'était plus adaptée, alors que l'activité habituelle de la recourante était celle d'agent d'entretien de bureau, ce qui n'impliquait pas le même cahier des charges.

A cet égard, il y a lieu de relever que l'assurée a, elle-même, indiqué à l'OAI, dans sa demande de prestations, que son activité était le nettoyage. Son employeur a mentionné pour sa part qu'elle était employée d'entretien et précisé à l'OAI, dans son rapport du 28 septembre 2011, que les tâches de l'assurée consistaient, principalement, à enlever la poussière, nettoyer les sanitaires, vider les poubelles et, rarement à passer l'aspirateur et s'occuper des fournitures. L'activité de nettoyage correspond ainsi manifestement à celle d'agent d'entretien, étant précisé que ces activités peuvent évidemment toutes deux impliquer des tâches différentes selon les besoins spécifiques des bénéficiaires des prestations. On ne saurait ainsi reprocher à l'expert d'avoir considéré que l'activité de la recourante était le nettoyage, comme elle l'a elle-même indiqué. Ce grief doit donc être rejeté.

c. L'intimé relève encore que l'expert retenait la possibilité d'une spondylarthrite ankylosante. Or, une telle possibilité, non prouvée objectivement, n'était ni probable, ni vraisemblable, et ne permettait pas de retenir une totale incapacité de

travail. Le fait que l'expert n'avait pas procédé lui-même à des investigations à ce sujet, laissait penser qu'il avait lui-même exclu cette possibilité.

Si l'on voit mal comment un diagnostic ayant une répercussion sur la capacité travail peut être posé sur une simple suspicion, il faut relever que l'expert retient un autre diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, qui est, lui, clairement établi, à savoir des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles de la posture et discarthrose. Ce dernier permet, à lui seul, de justifier les conclusions de l'expert quant à la capacité de travail de la recourante. Ainsi, les conclusions ne seraient pas différentes si le diagnostic de spondylarthrite ankylosante était établi. Ce grief est infondé.

d. En conclusion, l'expertise du Dr N_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

e. L'expertise du Dr O_____ n'a, quant à elle, pas été critiquée par les parties.

f. Il ressort des rapports détaillés des experts N_____ et O_____ que leurs expertises ont été rendues en pleine connaissance du dossier médical, qu'elles reposent sur un examen approfondi, prennent en compte les plaintes de l'assurée, qui a été assistée d'un interprète, contiennent des conclusions motivées et pas de contradiction. Elles remplissent ainsi les critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante.

13. Il y a maintenant lieu d'examiner si la recourante souffre d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations de l'AI.
14. En ce qui concerne les troubles somatiques dont souffre l'assurée, ils n'entraînent pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, selon l'expertise du Dr N_____, dont la force probatoire a été reconnue. Les avis contraires des médecins traitants, dont aucun n'est spécialisé en rhumatologie contrairement à l'expert, ne remettent pas sérieusement en doute les conclusions de ce dernier.
15. En ce qui concerne le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, dont souffre l'assurée, il ne limite pas sa capacité de travail, selon l'expertise du Dr O_____, dont la force probatoire a été reconnue. Cette conclusion n'est pas sérieusement remise en cause par les avis médicaux des médecins du Groupe médical de la Dôle, qui ne sont pas spécialisés en psychiatrie. Les avis médicaux du Dr I_____ ne remettent pas non plus en doute les conclusions de l'expert psychiatre. Dans son rapport du 3 juillet 2012 à l'OAI, le Dr I_____ retenait en effet une incapacité de travail totale, tout en indiquant qu'il n'avait vu que deux fois la patiente et que des informations lui manquaient. Dans son certificat du 25 février 2014, il a retenu une capacité de travail inférieure à 50 %, en précisant ne pas pouvoir évaluer cette capacité avec précision et en retenant un état dépressif, dont il ne précisait pas l'intensité.

16. En ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué par le Dr O_____ et la fibromyalgie diagnostiquée par le Dr N_____, il convient d'analyser si les conclusions des experts sont compatibles avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

S'agissant des indicateurs de la catégorie du degré de gravité fonctionnelle, la plainte essentielle de l'assurée porte bien sur des douleurs constantes. L'intensité de ces dernières doit toutefois être relativisée, dès lors que l'assurée a indiqué au Dr O_____ que les douleurs avaient diminué depuis son arrêt de travail, qu'elles étaient surtout présentes le matin et le soir et que les antalgiques étaient efficaces, sans supprimer toutefois la douleur. Le degré de gravité fonctionnelle apparaît également limité du fait que tant le Dr O_____ que le Dr N_____ ont constaté que l'assurée se déplaçait sans difficulté.

Le Dr O_____ a relevé que l'expertisée ne présentait pas de symptômes d'anxiété, qu'elle n'était pas particulièrement en prise à une souffrance psychique, ni particulièrement triste.

Ainsi, au vu de la teneur des expertises et des déclarations de l'assurée, les douleurs ressenties par cette dernière sont d'une intensité variable et ne s'accompagnent pas d'un sentiment de détresse marqué.

Il ressort de l'expertise psychiatrique que les plaintes somatiques de l'assurée ne sont pas survenues dans un cadre précis. Elle vit entourée de sa famille, avec laquelle elle n'a pas de conflit majeur. L'incapacité de travail est survenue en 2011, soit bien après son arrivée en Suisse, en 1993, et les scènes violentes auxquelles elle a assisté dans son pays, et plusieurs années après les dépressions post-partum marquées (2001 et 2006). Il n'apparaît donc pas que les douleurs dont souffre l'assurée sont survenues dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux.

S'agissant de l'indicateur du succès du traitement, le Dr O_____ a établi, par le biais d'un monitoring thérapeutique, que l'assurée ne prenait pas régulièrement son traitement médicamenteux, qui devait permettre d'obtenir un état de rémission de son trouble dépressif récurrent. On ne saurait donc retenir un échec du traitement, malgré la coopération optimale de l'assurée. Il y a également lieu de relever à cet égard que l'assurée n'a pas été suivie par un spécialiste rhumatologue.

S'agissant de l'indicateur de la comorbidité, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle, qualifié de peu sévère par l'expert. A teneur de l'expertise du Dr N_____, elle souffre également de troubles somatiques qui la limitent physiquement, ne lui permettant plus d'exercer son activité professionnelle dans le ménage. Cet expert a également relevé que le manque d'activité physique et la faible musculature au niveau du rachis et de l'abdomen participaient aux douleurs de l'assurée.

S'agissant de la structure de la personnalité de l'assurée, le Dr O_____ a relevé que ses réponses étaient généralement informatives, qu'elle était normalement orientée

dans les trois modes. Elle avait un discours bien ancré dans la réalité. Il n'avait pas observé de troubles du cours ou du contenu de la pensée. Elle n'avait pas adopté d'attitude d'écoute ni de phénomène de barrage de la pensée. Elle ne présentait pas d'élément maniaque, notamment pas d'accélération psychique ni d'état d'agitation. Elle n'était pas projective, méfiante ni interprétative. Cet expert a toutefois relevé que le tableau clinique n'allait probablement pas s'améliorer parce que l'expertisée était prise dans un processus d'invalidation. Sous réserve de cette dernière constatation, la personnalité et les ressources personnelles de l'assurée n'apparaissent pas limiter sa capacité à surmonter le trouble somatoforme douloureux.

S'agissant de l'indicateur du contexte social, il y a lieu de constater que l'assurée bénéficie du soutien de son environnement familial proche, soit son mari et ses enfants. L'assurée a indiqué avoir renoncé à la vie sociale qu'elle avait au sein de la communauté somalienne depuis 2008 et avoir deux connaissances. L'expert O_____ a relevé à cet égard qu'elle n'avait jamais été véritablement intégrée en Suisse.

S'agissant des indicateurs liés à la cohérence, le Dr O_____ a relevé que les plaintes subjectives étaient beaucoup plus importantes que les constatations objectives. Contrairement à ses plaintes, l'assurée ne présentait pas de fatigue marquée et ne paraissait pas particulièrement en prise à une souffrance psychique. A aucun moment, elle ne s'était montrée particulièrement émue. Les Drs O_____ et N_____ ont tous deux constaté que l'expertisée se déplaçait sans difficultés. Le Dr O_____ a également relevé que la fréquence des entretiens avec le Dr I_____ ne correspondait pas à la prise en charge d'une dépression moyenne, car cette affection nécessitait des entretiens médicaux hebdomadaires, voire bimensuels, et surtout des adaptations du traitement pharmacologique.

Dans la mesure où l'assurée ne fait que peu de choses à la maison et n'a manifestement aucune autre activité, qu'elle a renoncé à fréquenter la communauté somalienne en 2008, les limitations apparaissent uniformes dans ses diverses activités.

L'absence de compliance médicamenteuse et de suivi par un spécialiste rhumatologue relativise le poids effectif des souffrances.

17. Il ressort de l'analyse qui précède que les expertises judiciaires ont pris en compte tous les indicateurs établis par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour évaluer le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et qu'il n'est pas nécessaire de faire procéder à un complément d'expertise. Au vu de l'analyse des indicateurs, il doit être retenu, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis, que le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie dont souffre la recourante sont surmontables et, partant, qu'ils ne sont pas invalidants.
18. Selon le Dr N_____, les limitations fonctionnelles de l'assurée l'empêchent d'effectuer toutes activités comme femme de ménage, mais sa capacité de travail est

entière, dès le 1^{er} mars 2012, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il y a lieu d'examiner l'impact de cette conclusion sur sa capacité à accomplir les travaux habituels dans son ménage. Pour déterminer cette capacité, il y a lieu en principe, s'agissant de troubles somatiques, de se fonder sur les conclusions de l'enquête ménagère.

En l'espèce, un enquête ménagère a été établie par une enquêtrice qui s'est rendue au domicile de l'assurée et s'est fondée sur un entretien d'une heure avec celle-ci et son époux. Cette enquête a pleine valeur probante, dès lors qu'il n'apparaît pas que les déclarations de l'assurée ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical. En effet, le fait que l'expert ait retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de nettoyeuse n'implique pas forcément une incapacité totale à accomplir les travaux habituels dans son ménage. Si les deux activités sont très semblables, le travail de nettoyage dans une activité professionnelle est plus pénible que le travail ménager dans la sphère privée, car ce dernier peut plus facilement être aménagé en fonction des limitations. En effet, l'obligation de réduire le dommage impose que la personne qui s'occupe du ménage fasse ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin de réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail, soit en aménageant des pauses et en repoussant les travaux peu urgents. De tels aménagements ne sont pas possible dans une activité professionnelle. En l'espèce, les tâches que l'enquêtrice a estimé pouvant être exigées de l'assurée sont compatibles avec ses limitations, dès lors qu'elle a pris en considération le fait qu'elle ne pouvait pas porter de choses lourdes, qu'elle ne pouvait faire que des petites tâches - en fractionnant l'activité sur plusieurs périodes, en travaillant assise ou pas longtemps debout et en n'ayant pas à se baisser de manière répétitive - et en retenant qu'elle ne pouvait pas passer la serpillière et l'aspirateur ainsi que nettoyer les sanitaires. L'assurée a elle-même indiqué au Dr O_____ qu'elle préparait le petit-déjeuner et passait la poussière et au Dr N_____ qu'elle surveillait que tout ce passe bien s'agissant des tâches ménagères effectuées par son mari et ses enfants.

Ainsi, il y a lieu de retenir, conformément aux conclusions de l'enquête ménagère, une incapacité de 23 % du 72 % du temps consacré par l'assurée aux travaux ménagers.

19. S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, il convient encore de comparer le salaire que pourrait obtenir l'assurée dans l'activité qu'elle exerçait avant ses problème de santé avec celui qu'elle peut réaliser dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Elle a touché CHF 9'186.35 en 2010, ce qui correspond à CHF 9'521.17 en 2014, soit l'année de la décision en cause.

Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de sa part dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 50'700.- par année (CHF 4'225.- x 12; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux limitations de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 52'854.75, et à CHF 54'781.20 indexé à 2014 selon l'évolution des salaires en termes nominaux, ce qui correspond à un salaire de CHF 15'338.73 à 28 %. Il convient encore d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10 % pour tenir compte des limites fonctionnelles de la recourante. Il en résulte que le salaire annuel qu'elle pourrait réaliser avec ses limitations fonctionnelle est de CHF 15'338.73.

Ce dernier étant plus élevé que celui qu'elle gagnerait en exerçant la même activité professionnelle qu'avant ses troubles, mais actualisé, il n'y a pas d'invalidité à retenir dans le 28 % de son activité professionnelle.

20. Le taux d'invalidité total à retenir est de 16,5 %. Ce taux retenu n'ouvre pas le droit aux prestations de l'AI, l'art. 28 let. c LAI conditionnant ce droit à une invalidité de 40 % au moins.
21. Le recours s'avère ainsi mal fondé et sera rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
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

La présidente

Brigitte BABEL

Catherine TAPPONNIER

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