

## **GE\_GERICHTE A/1472/2015 vom 17. August 2015**

GE Cour de justice, 2015-08-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1472\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1472_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/1472/2015 du 17 août 2015

IT: GE\_GERICHTE A/1472/2015 del 17 agosto 2015

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.08.2015 A/1472/2015

A/1472/2015 ATAS/592/2015 du 17.08.2015 ( AI ) , REJETE En fait En droit républicque et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/1472/2015 ATAS/592/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17 août 2015 10<sup>ème</sup> Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître VAUDAN Jean-Baptiste recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1961, ressortissante portugaise, mariée, qui travaillait comme femme de ménage depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2003, auprès de B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) à Satigny, à raison de 8 heures par semaine, a cessé toute activité professionnelle dès le 23 août 2010, en raison d'une hernie discale, traitée par spondylodèse le 16 septembre 2010. Son employeur l'a annoncée à l'assurance perte de gain maladie collective, Allianz, le 1<sup>er</sup> novembre 2010. Dans les mois qui ont suivi, les symptômes de la maladie se sont aggravés, sous forme de lombosciatalgies. 2. En date du 21 juillet 2011, à l'initiative de l'assurance susmentionnée, l'assurée a présenté une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI, l'assureur ou l'intimé). 3. Le 28 juillet 2011, Allianz a adressé à l'OAI copie des rapports médicaux et des correspondances relatifs à l'assurée. 4. Le 17 août 2011, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a fait tenir un premier rapport médical à l'assureur : il a posé le diagnostic de status après PLIF (posterior lumbar interbody fusion - technique d'arthrodèse lombaire) L4-L5 en septembre 2010, ayant un effet sur la capacité de travail et, au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle ainsi que des troubles de l'adaptation. Selon l'anamnèse, les lombalgies et lombosciatalgies L5-S1 gauche étaient présentes depuis 2008. Les symptômes actuels étaient des lombosciatalgies L5-S1 gauche persistantes, le pronostic étant défavorable malgré la chirurgie et les traitements médicamenteux. Sa patiente était sous incapacité totale de travail dès le 10 mai 2011. Les restrictions physiques retenues étaient : une mobilité réduite et port de charge impossible. Ces restrictions empêchaient le travail habituel de l'assurée, dans le nettoyage. L'activité professionnelle exercée n'était plus exigible du point de vue médical, les restrictions énumérées ne pouvant être réduites par des mesures médicales. Dans le questionnaire annexe sur les limitations dues à l'état de santé, il notait entre autres que les capacités d'adaptation et de résistance étaient limitées par la fatigue et les douleurs ; il y avait lieu de respecter une augmentation progressive du travail. Il annexait également à son rapport plusieurs documents médicaux parmi lesquels un rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 11 mai 2011, des rapports de consultations en polyclinique de neurochirurgie des 30

juin, 13 juillet et 9 décembre 2010, ainsi qu'une lettre de sortie de la clinique de Joli-Mont, au sujet du séjour de l'assurée dans cet établissement du 23 septembre au 13 octobre 2010. 5. L'employeur a répondu, le 16 août 2011, au questionnaire de l'assureur : l'intéressée était toujours sous contrat de travail, lequel avait débuté le 1<sup>er</sup> septembre 2003, et s'était déroulé jusqu'au 10 mai 2011, date de l'arrêt par le médecin. Elle travaillait 8 heures par semaine. L'horaire normal de travail dans l'entreprise était de 43 heures hebdomadaires. Son salaire horaire dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 était de CHF 25.75, auquel s'ajoutaient CHF 2.75 (10.64 %) d'indemnité vacances et CHF 0.60 (2.270 %) d'indemnités jours fériés, soit au total CHF 29.10 par heure. Le salaire correspondait au rendement. Les périodes d'absence récentes avaient été les suivantes : 100 % d'incapacité de travail du 23 août 2010 au 28 février 2011 ; 50 % du 1<sup>er</sup> mars au 9 mai 2011, et à nouveau de 100 % dès le 10 mai 2011, toujours en cours lors de l'établissement de ce rapport. 6. Le 29 septembre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_, répondant à des questions complémentaires de l'OAI, a indiqué, s'agissant des limitations fonctionnelles détaillées, que la patiente ne pouvait accomplir les tâches suivantes : port de charges dépassant 5 kg, fléchir le dos, s'accroupir, se mettre à genoux, effectuer des rotations du dos. Depuis son dernier rapport (17 août 2011), la patiente était toujours hospitalisée. Il n'était pas exclu qu'elle subisse une nouvelle intervention chirurgicale en cas d'échec du traitement conservateur. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, il l'évaluait à 50 %, tout en tenant compte des difficultés linguistiques et de l'absence de formation professionnelle. Même en tenant compte des restrictions fonctionnelles, la patiente souffrait de douleurs lombaires conséquentes nécessitant une médication importante avec des effets secondaires significatifs. Ceci rendait une activité professionnelle à plein temps peu probable. Il proposait de réévaluer la situation à six mois. 7. Par décision du 15 décembre 2011, l'OAI a considéré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était indiquée actuellement. Elle poursuivait l'instruction de la cause en ce qui concerne l'octroi éventuel d'une rente d'invalidité. 8. Le 8 mars 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a adressé à l'assureur un rapport intermédiaire, consécutif à une nouvelle intervention chirurgicale survenue le 16 février 2012. Depuis le 17 août 2011, l'état était stationnaire. La capacité de travail dans une activité adaptée était toujours de 50 %. Une reprise d'activité n'était toutefois pas envisageable pour le moment. 9. Selon son rapport intermédiaire du 22 juin 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était amélioré par rapport aux douleurs, après l'opération du 16 février 2012. Il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. Le pronostic était réservé. D'après le neurochirurgien qui l'avait opérée, elle ne pouvait plus exercer son travail. 10. Le 13 décembre 2012, la doctoresse D\_\_\_\_\_ du SMR, se fondant sur les rapports intermédiaires du médecin traitant, a invité l'OAI à solliciter un nouveau rapport, en demandant complémentirement au médecin de se prononcer sur le taux de capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis quand une telle activité était possible, de quelles limitations devrait-elle tenir compte. Et si elle n'était pas de 100 %, préciser pourquoi. Il convenait également de solliciter les rapports de consultations ou contrôles en neurochirurgie. 11. Le 7 janvier 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, a adressé à l'OAI la copie de onze rapports de consultations de décembre 2001 à mai 2012 : dans son rapport du 22 mai 2012, à trois mois de la spondylodèse lombaire au niveau L5-S1 (février 2012), la patiente décrivait une nette amélioration de la symptomatologie qui avait motivé

l'opération. Elle était actuellement en traitement, par acupuncture, massothérapie et anti-inflammatoires. Elle se plaignait de douleurs persistantes au niveau du dos et du membre inférieur gauche, mais qui étaient beaucoup moins violentes qu'en période préopératoire. L'examen physique avait trouvé une patiente en bonne forme, sans déficit neurologique ; la plaie était calme. Les radiographies du jour montraient un status spondylodèse L4-S1 avec la nouvelle partie de la spondylodèse distale L5-S1, sans souci et sans mouvements anormaux dans les réflexes en flexion-extension. Il posait l'indication d'une physiothérapie intensive de gainage musculaire abdominal et dorsal, et une nouvelle consultation en février 2013 avec radiographies de contrôle. !endif>![if> 12. Le 9 janvier 2013, le Dr C\_\_\_\_\_, répondant au questionnaire de l'assureur, a fixé à 0 % la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles: aucune activité n'était possible en raison des lombalgies persistantes. L'état de santé était resté stationnaire depuis le dernier rapport (19/2/2012), sans changement dans les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail depuis plusieurs années et n'évoluant pas (état après spondylodèse lombaire, L5-S1). L'assurée était actuellement sous traitement antalgique. Le pronostic était peu favorable. !endif>![if> 13. Le 14 janvier 2013, le SMR a considéré, sur la base du rapport du médecin traitant et du rapport de consultation de neurochirurgie de mai 2012, que les conclusions du médecin traitant (capacité de travail nulle même dans une activité adaptée, en raison de lombalgies persistantes) étaient en contradiction avec l'évolution favorable constatée lors de la consultation de contrôle de neurochirurgie ; il a proposé à l'OAI de solliciter un rapport intermédiaire du Dr E\_\_\_\_\_, lequel avait prévu une consultation en février 2013 avec bilan radiologique. !endif>![if> 14. Le service de neurochirurgie des HUG a examiné la patiente, le 7 mars 2013 pour le suivi radiologique et clinique prévu : dans l'évolution clinique il a été noté l'apparition, dès Noël 2012, sans facteur déclencheur, de paresthésies et de douleurs irradiant sur un territoire L4 à gauche. À l'examen clinique, on relevait des lâchages algogènes au membre inférieur gauche, sans déficit moteur neurogène. Il n'y avait pas d'hypoesthésie aux membres inférieurs. Les réflexes ostéotendineux patellaires étaient hypovifs et symétriques, l'achilléen droit était normovif, alors qu'il était absent à gauche. La manœuvre de Lasègue n'était pas franchement positive, alors que celle de rétroLasègue reproduisait en partie les douleurs rapportées par la patiente. Les cicatrices lombaires étaient propres et calmes. La palpation du matériel de spondylodèse était légèrement douloureuse. Celle du point de Valleix reproduisait également la plainte de la patiente. Elle arrivait à se mettre sur les pointes des pieds et sur les talons ; elle marchait avec une boiterie en défaveur de la gauche. Quant à l'évolution radiologique, les radiographies de la colonne du 7 mars 2013 étaient superposables au comparatif du 21 mai 2012 : bon placement du matériel de spondylodèse sans signe de complications radiologiquement décelables. Il était proposé une hospitalisation d'un jour au service de neurochirurgie des HUG, pour la réalisation d'un myélo-CT afin d'investiguer la symptomatologie radiculaire gauche nouvelle, pour rechercher une éventuelle compression radiculaire pouvant expliquer le tableau clinique. Une IRM lombaire n'était pas indiquée en raison des artefacts qui seraient générés en lien avec le matériel en place. !endif>![if> 15. Selon la lettre de sortie du 9 avril 2013 du service de neurochirurgie des HUG, l'assurée a été hospitalisée le 4 avril 2013 (une journée) pour y subir le myélo-scanner: l'anamnèse retenait qu'après un PLIF puis un TLIF en mars 2012, l'évolution en postopératoire immédiate avait été favorable mais, depuis décembre 2012, la patiente présentait une recrudescence de douleurs de type lombocuralgies sur un dermatome de L4 à gauche. L'examen clinique d'entrée mentionnait des hypoesthésies sur

un dermatome de L4 à gauche ; réflexes ostéotendineux présents et symétriques ; parésie du releveur du pied à 4+/5 ; Paralysie du releveur de l'hallux gauche à 4/5 ; Lasègue contre-Lasègue négatifs. Selon le myélo-scanner il n'y avait pas d'évidence de rétrécissement canalaire ou foraminal significatif. Par rapport à l'évolution de l'état de santé, la patiente indiquait que la symptomatologie s'était améliorée depuis l'introduction du Dafalgan et de l'Irfen. Devant cette évolution clinique et radiologique les médecins ne retenaient pas d'emblée une indication à une nouvelle prise en charge chirurgicale. Ils ont expliqué à la patiente qu'elle devrait reprendre l'école du dos à l'hôpital de Beau-Séjour, et qu'elle serait revue dans trois mois. Sous une rubrique « incapacité : » il était simplement indiqué que la patiente était en cours de demande auprès de l'assurance-invalidité.!

16. Le 16 juillet 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport intermédiaire et a répondu à un questionnaire annexe : l'état de santé était resté stationnaire depuis février 2013 : il n'y avait eu ni aggravation ni amélioration globale. Les diagnostics étaient sans changement. Il notait des lomboradiculalgies L5 gauche persistantes. Le pronostic était réservé. Les limitations fonctionnelles étaient : une diminution de la mobilité du rachis lombaire, et des douleurs. La capacité de travail était nulle aussi bien dans le poste occupé en tant que nettoyeuse que dans une autre activité adaptée : aucune autre activité n'était possible. À la question : « en cas de troubles psychiques, leur gravité nécessiterait-elle une prise en charge psychiatrique ? Dans l'affirmative une telle mesure a-t-elle été proposée ? », il a répondu : « Non » (!). Il a enfin estimé qu'aucun examen médical complémentaire ne serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.!

17. Le même jour, le docteur F\_\_\_\_\_, chef de clinique du service de neurochirurgie des HUG, a transmis à l'OAI copie de son rapport de consultation du lundi 24 juin 2013 : la patiente s'était présentée avec une légère boiterie du côté gauche. Elle avait bénéficié d'une myélographie fonctionnelle avec post myélo-CT, le 4 avril 2013, qui n'avait pas montré de conflit radiculaire. Selon la patiente la situation était stable : des jours elle allait mieux; d'autres la situation était pire. La symptomatologie dépendait de l'effort et du positionnement, mais elle décrivait clairement une lombosciatalgie dans le territoire L5 du côté gauche. La sensibilité était subjectivement diminuée dans le même territoire. La prise d'Irfen et de Dafalgan était nécessaire pour calmer la situation algique, qui, pour elle, n'était pas tolérable sans médication. On ne pouvait poser une indication pour une nouvelle intervention chirurgicale, au vu de la situation clinico-radiologique, mais, la patiente ayant clairement décrit une sciatalgie dans le territoire L5 à gauche, une infiltration péri-radriculaire L5 à gauche, serait effectuée par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie.!

18. Le 5 novembre 2013, le SMR a adressé un nouvel avis médical à l'OAI : selon un entretien téléphonique du 1 er novembre avec le Dr C\_\_\_\_\_, aucune mesure thérapeutique ne semblait apporter d'amélioration. Il évoquait une probable composante dépressive qui s'inscrivait dans le cadre des douleurs chroniques, mais aussi de soucis familiaux. Il évoquait un « gros trouble de l'adaptation ». Il avait prescrit à une époque du Cymbalta tant pour traiter la dépression que pour relever le seuil de la douleur, mais sans résultat. Sa patiente participait actuellement au programme Prodige à Beau-Séjour. Après discussion il reconnaissait qu'une évaluation psychiatrique serait souhaitable et se proposait d'adresser prochainement l'assurée à un confrère psychiatre.!

Le SMR a recommandé à l'OAI de réactualiser les informations auprès du Dr C\_\_\_\_\_ et de lui demander une copie du rapport Prodige et de celui du Dr G\_\_\_\_\_ (pour l'infiltration péri-radriculaire). 19. Le 8 janvier 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a adressé un

nouveau rapport intermédiaire, pratiquement superposable à celui du 16 juillet 2013, sinon que, par rapport à d'éventuels troubles psychiques, il était mentionné que la patiente avait eu une consultation dans le cadre de Prodiges. Le rapport du Dr G\_\_\_\_\_, qui a réalisé l'infiltration péiradiculaire L5 gauche, ne contenait aucune observation ni conclusion. Étaient encore annexées les copies des rapports de consultations des 20 septembre et 18 décembre 2013 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH de médecine physique et de réadaptation, et chef de clinique au département de chirurgie des HUG : Le premier document concernait une consultation du 19 septembre 2013 pour l'inclusion de l'assurée dans le programme de consultation multidisciplinaire du dos (CMD) : la patiente n'effectuait malheureusement plus de physiothérapie depuis le 20 août environ, et n'avait poursuivi aucun auto-exercice. L'examen clinique montrait une cicatrice calme, un rachis équilibré, sans scoliose, l'absence de signe neuro-méningé bilatéral, l'absence de Trigger fessier, discrètes myogéloses para-lombaires des deux côtés ; la marche était intacte dans les trois modes. La force était à M4 pour les moyens fessiers et à M5 pour les membres inférieurs. Tests fonctionnels insuffisants : dix répétitions (limités par la fatigue et les douleurs). Le médecin retenait une amélioration objective des symptômes, notamment avec disparition du Trigger fessier, mais subjectivement, selon la patiente il n'y avait aucune modification des symptômes et de son handicap du point de vue privé et professionnel. Elle bénéficiait également d'un traitement antidépresseur à but antalgique et antidépresseur qui pouvait rentrer en jeu concernant la capacité de travail. Il a proposé la CMD, multidisciplinaire, à part le traitement antalgique par Irfen 600mg. Ceci permettrait une prise en charge physiothérapeutique en piscine et à sec, ainsi qu'en salle de musculation, ambulatoire pour assurer la poursuite des exercices. L'assurée pourrait aussi bénéficier de quelques séances individuelles en ergothérapie, ainsi que d'un suivi psychologique, voire psychiatrique, pour lequel elle avait donné son accord. Le second document (18/12/2013) est un rapport de fin de programme multidisciplinaire individualisé du dos (ProMiDos) : l'assurée avait suivi cette prise en charge entre le 19 septembre et le 16 décembre 2013. L'objectif fonctionnel était l'amélioration du confort de l'alliage du bas (pantalon, chaussettes) initialement de 5/10 sur l'échelle l'EVA à 7-8/10 en fin de programme. La prise en charge physiothérapeutique hebdomadaire avait visé le renforcement autonome sur machines ainsi que le contrôle des autres exercices de type gainage. L'ergothérapie avait revu la manière de lever le tronc et les membres inférieurs qui se faisait d'une façon autonome, lente mais sans aucune aide ou moyen auxiliaire. Au niveau psychiatrique, la patiente avait bénéficié d'une prise en charge en groupe parole hebdomadaire qui révélait une patiente creuse, vide, qui n'avait pas, objectivement ou subjectivement, bénéficié de ce suivi. Entre-temps une radiographie de type EOS, pratiquée le 14 octobre 2013, mettait en évidence une perte de lordose lombaire L1-S1 à 58° (théoriquement 75°) ainsi que L4-S1 à 27° (théorie 44°) dans un contexte d'incidence pelvienne moyenne à 66°. L'objectif fonctionnel d'habillage, pour augmenter le confort, avait été atteint. Il n'y avait actuellement pas d'intérêt à poursuivre une physiothérapie de type renforcement, mais plutôt des séances d'ergothérapie en ambulatoire pour la prise en charge des limitations fonctionnelles subjectives qui étaient, de l'avis du médecin, en lien avec des freins psychologiques/psychiatriques. Si la patiente devait fortement désirer un suivi de musculation (MTT), elle devrait être orientée en ville en salle de musculation. 20. Au vu des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ et du suivi psychiatrique dans le cadre du programme ProMiDos, le SMR a encore interpellé le médecin traitant pour savoir si l'intéressée était suivie par un psychiatre. Il avait conseillé à sa patiente, depuis plusieurs mois, de consulter

le docteur I\_\_\_\_\_, psychiatre, mais elle n'y avait pas donné suite. ![/endif]>![if> 21. Le SMR a dès lors proposé d'évaluer les atteintes et l'exigibilité par un examen de type rhumato-psychiatrique au SMR, lequel a eu lieu le 23 mai 2014, confié au docteur J\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et à la doctoresse K\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. ![/endif]>![if> Les experts, après avoir résumé le dossier, en reprenant systématiquement les rapports médicaux, ont observé que sur le plan psychiatrique, l'assurée ne bénéficiait d'aucune prise en charge ambulatoire et que son état n'avait pas nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Elle était suivie par son médecin traitant à une fréquence d'une fois par mois. En raison de ses douleurs chroniques elle bénéficiait d'un traitement antidépresseur et hypnotique. Ils ont entendu et examiné la patiente, dressé une anamnèse complète, sur le plan familial, personnel, professionnel et médical ainsi que psychosocial. Ils ont recueilli toutes les plaintes de l'assurée, relevant qu'actuellement celle-ci se plaignait de douleurs chroniques mais n'avait aucune plainte sur le plan psychiatrique. Il a également été procédé à l'anamnèse médicale par système : cardio-respiratoire, gastro-entérologique, génito-urinaire et neurologique. Y sont décrits les status neurologique, ostéoarticulaire, et psychiatrique. Les experts ont également pris en considération le dossier radiologique. Quant aux diagnostics, s'agissant de ceux ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, l'expert rhumatologue retient : des lombosciatalgies chroniques dans le cadre d'une arthrose postérieure étagée et une discopathie étagée de L3 à S1 et une spondylodèse de L4 à S1 ; des cervicalgies chroniques avec protrusions disco-ostéophytiques étagées et une uncarthrose modérée. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il n'en était retenu aucun sur le plan rhumatologique ; en revanche, il était retenu celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique (F68.0). Dans l'appréciation du cas, les experts ont confronté leurs propres constatations à celles des autres médecins intervenus au sujet de ce cas. Sur la base de l'examen clinique, et des constatations objectives, il était notamment relevé qu'une dysesthésie subjective touchait tout le membre inférieur gauche sans trajet radiculaire précis. Un Lasègue positif à 70° à gauche évoquait une radiculopathie irritative de territoire L5. Les signes et symptômes de non organicité de Waddell étaient à 4/5 et suggéraient une composante comportementale aux douleurs. En relation avec l'observation des radiographies de la colonne cervicale, qui montrait notamment des pincements intersomatiques modérés, et l'I.R.M. de la colonne cervicale de septembre 2012, qui mettait en évidence des discopathies étagées avec débords discaux ostéophytaires circonférentiels et autres atteintes dégénératives, il était remarqué que l'assurée ne se plaignait pas spontanément de douleurs cervicales. Pour elle c'était la douleur lombo-sciatique qui la limitait dans les activités de la vie quotidienne et l'empêchait de reprendre une activité professionnelle. Les anomalies relevées à l'examen clinique et sur les clichés radiologiques expliquaient en partie les plaintes de l'assurée. Certains tests ne sont pas cohérents. Le Dr H\_\_\_\_\_ remarquait aussi dans son rapport du 18 décembre 2013 des limitations fonctionnelles subjectives qui ne s'expliquent pas par les atteintes organiques objectivées : il relevait la possibilité de freins psychologiques, voire psychiatriques. L'intolérance de la colonne lombaire aux contraintes mécaniques justifiait des mesures d'épargne lombaire (limitations de la distance de marche, des positions statiques prolongées, des positions penchées en avant, du port de charges), limitations qui ne sont pas compatibles avec une activité de nettoyeuse. Les douleurs à composante neurogène irradiant le long du membre inférieur gauche faisaient retenir la nécessité de pauses supplémentaires également dans une activité adaptée, correspondant à une incapacité de travail de 25 %. Le Dr C\_\_\_\_\_,

médecin traitant, reconnaissait, dans son rapport du 8 mars 2012, une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 %. Le 22 juin 2012, bien qu'annonçant une amélioration de l'état de santé, il déclarait que la reprise d'une activité même adaptée était peu probable. Dans son rapport du 8 janvier 2014, malgré un état de santé annoncé comme stationnaire, il a attesté une incapacité de travail complète dans toute activité. Il était probable que les plaintes subjectives de l'assurée et les facteurs comportementaux aient influencé l'évaluation du médecin traitant de la capacité de travail vers la baisse. Les douleurs et les auto-limitations de l'assurée ne s'expliquaient pas entièrement du point de vue organique. Une marche rapide, une mobilité et une gestuelle spontanée libre aux quatre membres, sans déficit de force, de même que la tolérance partielle de la position assise, ne justifiaient pas une incapacité de travail complète dans une activité adaptée. Concernant la discopathie protrusive étagée et l'uncarthrose modérée de la colonne cervicale, les manifestations douloureuses étaient déjà présentes alors que l'assurée travaillait. Les douleurs n'avaient pas évolué au cours des dernières années. Au vu de la présence radiologique de troubles dégénératifs, des mesures de protection du rachis cervical se justifiaient : éviter les mouvements répétitifs de rotation, les postures penchées en avant prolongées ou en hyperextension. L'atteinte cervicale n'était pas suffisamment sévère pour justifier une limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, l'assurée ne bénéficiant pas d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire, le médecin traitant avait introduit un traitement médicamenteux psychotrope dans le cadre des douleurs chroniques. Selon le rapport d'évaluation de ProMiDos, une composante psychique semblait participer au tableau de lombosciatalgies chroniques. Le médecin traitant avait conseillé à sa patiente, à plusieurs reprises, de consulter un psychiatre, mais elle n'avait pas donné suite. L'examen psychiatrique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de trouble panique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial - qui était normal -, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. L'assurée présentait une amplification verbale de ses plaintes somatiques, accompagnée d'un sentiment de détresse, sans comportement algique. L'expert a retenu le diagnostic de majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Ce trouble n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou d'un profit tiré de la maladie. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité n'étaient pas réunis et fondaient un pronostic favorable. Les quelques traits de personnalité borderline et impulsifs étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques. Sur le plan somatique, l'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : a. Colonne lombaire : positions statiques pendant plus de trente minutes, debout pendant plus de vingt minutes, position en porte-à-faux ou en flexion prolongée du rachis, port de charges de plus de 5 kg, marche au-delà de 100 m ; b. Colonne cervicale : postures en flexion prolongée de la tête ou en hyper-extension, mouvements répétitifs en rotation. Répondant aux questions posées, les experts ont indiqué que l'incapacité de travail était de

100 % dans l'activité de nettoyeuse à partir du 23 août 2010, suite à la décompensation du spondylolisthésis de L4 sur L5. Cette date se base sur l'arrêt maladie indiqué dans le rapport de l'employeur du 16 août 2013. Il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Quant à son évolution depuis lors, dans l'activité habituelle de nettoyeuse, l'incapacité de travail a été de 50 % du 1<sup>er</sup> mars au 9 mai 2011, puis à nouveau à 100 % dès le 10 mai 2011, persistant depuis cette date. Concernant la capacité de travail, elle était déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire et cervical ainsi que par la composante neurogène des douleurs du membre inférieur gauche. Les experts retenaient comme date d'exigibilité pour l'exercice d'une activité adaptée le 17 décembre 2013, correspondant à la fin de la prise en charge multidisciplinaire du dos, laquelle avait permis d'améliorer le confort de l'assurée dans ses activités comme l'habillage. Il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Ainsi, il était reconnu à l'assurée une capacité de travail exigible de 0 % dans l'activité habituelle de nettoyeuse, et de 75 % (compte tenu de la nécessité de pauses supplémentaires, correspondant à une incapacité de travail de 25 %), depuis le 17 décembre 2013 dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. 22. Le 4 juillet 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ du SMR a émis un avis fondé sur le rapport d'examen bidisciplinaire susmentionné : elle a proposé à l'OAI de suivre les conclusions de ce rapport, qui répond aux exigences de qualité des expertises et emporte la conviction : au final on pouvait retenir les atteintes incapacitantes suivantes: lombosciatalgies chroniques dans le cadre d'une arthrose postérieure étagée et de discopathie étagée de L3 à S1 et d'une spondylodèse de L4 à S1, ainsi que de cervicalgies chroniques avec protrusion disco-ostéophytique étagée et uncarthrose modérée, tandis que sur le plan psychiatrique, aucune atteinte avec répercussion sur la capacité de travail n'avait été constatée. Une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques était relevée. Elle ne s'accompagne pas de comorbidité psychiatrique, ni d'élément de gravité selon la jurisprudence, et de ce fait ne limitait pas la capacité de travail. Dans ce contexte, l'assurée présentait des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de nettoyeuse, mais restent compatibles avec une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans ce rapport, ceci dès le 17 décembre 2013. On pouvait reconnaître une incapacité de travail de 100 % dès le 23 août 2010, de 50 % du 1<sup>er</sup> mars au 9 mai 2011 puis une nouvelle incapacité de travail à 100 % depuis le 10 mai 2011, persistant depuis cette date. La capacité de travail dans une activité adaptée avait évolué comme suit : 0 % jusqu'à décembre 2013 ; 75 % dès le 17 décembre 2013 (persistance de lombosciatalgies invalidantes après la troisième opération en mars 2012, évolution lentement favorable à partir d'avril 2013, amélioration constatée à partir de septembre 2013 par le Dr F\_\_\_\_\_ et consolidation de l'amélioration à la fin de la prise en charge multidisciplinaire du dos au programme ProMiDos en décembre 2013).!> 23. Le 23 juillet 2014, l'OAI a décerné un mandat d'enquête ménagère, au vu du statut mixte retenu (20 % d'activité professionnelle et 80 % pour tâches ménagères).!> Cette enquête s'est déroulée le 22 septembre 2014 au domicile de l'assurée, pendant soixante minutes, l'enquêtrice étant une infirmière du service externe. Le rapport retrace le parcours professionnel de l'assurée : de 2003 à 2011 : à 19 % ; en 2005 auprès de l'entreprise L\_\_\_\_\_ SA à raison de 4 heures de nettoyage, le soir ; de 2005 à 2011, environ 1h30 par semaine, déclarée par M\_\_\_\_\_ -service. Aux questions de savoir si, sans son handicap, l'assurée exercerait une activité à ce jour, cette dernière a répondu : oui, en bonne santé elle aurait continué à travailler le plus possible. Lorsque ses enfants étaient encore petits, elle

gardait volontairement le mercredi après-midi de congé. Depuis qu'ils étaient grands, elle travaillait le plus possible en fonction de ce qu'elle trouve. Elle disait avoir travaillé comme femme de ménage déclarée, mais également, pour des particuliers, non déclarée ; elle disait avoir travaillé tous les jours de la semaine, toute la journée, avant 2010. S'agissant de sa situation financière, elle se référait aux revenus stables de son mari, jardinier. Quant à sa propre activité lucrative, il s'agissait de travaux de femme de ménage à des taux variables. Depuis le 23 août 2010, cette activité avait été interrompue, voire réduite pour des raisons de santé. Le rapport contient en outre des renseignements concernant le mari, qui partage le ménage avec l'assurée, le descriptif des conditions de logement et d'équipements techniques ainsi que les conditions locales d'accès aux commerces et aux transports publics. L'assurée avait en outre précisé avoir acquis, en raison de son invalidité, une pince pour ramasser les objets. Quant aux divers travaux et son activité, ils ont été évalués selon le tableau ci-dessous et la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle :

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération	champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 conduite du ménage	2-5 %	exigibilité 0 %	5 %	0 %	0 %
5.2 Alimentation	10-50 %	Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions	exigibilité 30 %	40 %	70%
5.3 Entretien du logement	5-20 %	épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits	exigibilité 30 %	20 %	80 %
5.4 Emplettes et courses diverses	5-10%	poste/assurances/services officiels	exigibilité 30 %	10%	3 %
5.5 Lessive/entretien des vêtements	5-20%	laver/suspendre/ramasser/repasser...	exigibilité 30%	20%	50%
5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	0-30%	Exigibilité	0 %	0 %	0 %
5.7 Divers	0-50%	soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/...	exigibilité 0 %	5%	80 %
			80 %	4 %	4%
Total du champ d'activité			100 %		
Total de l'exigibilité retenue			27 %		
Total-empêchement pondéré sans exigibilité			61%		
Total – empêchement pondéré avec exigibilité			34%		

La conduite du ménage (5.1) : avant l'atteinte, l'assurée conduisait son ménage normalement. Après l'atteinte elle est sous antidépresseurs, mais elle voit ce qu'il y a à faire et demande de l'aide à ses filles : elle les appelle lorsqu'elle a besoin d'aide. L'alimentation (5.2) : avant l'atteinte, l'assurée préparait le repas pour son mari le soir car il ne rentre pas à midi ; elle n'avait pas besoin d'aide. Son mari ne l'aidait pas spécialement mais il participait si nécessaire. Depuis l'atteinte elle fait à manger de temps en temps ; la plupart du temps c'est son mari qui prépare le repas car elle ne peut pas rester longtemps debout dans la cuisine. Seule la position couchée soulage ses douleurs de dos. Elle dit avoir mal tout le temps malgré les anti-inflammatoires qu'elle prend trois fois par jour. Depuis l'atteinte à la santé, son mari a pris l'habitude de faire le repas pour les deux. Lorsque leurs filles viennent manger à la maison, elle ne peut pas participer à la préparation du repas. De plus, elle et son mari sont souvent invités chez l'une de leurs filles, pour les soulager. L'époux nettoie et range la cuisine après le repas. Il a également acheté une machine à laver la vaisselle pour ne pas devoir la faire tous les soirs ; il remplit la machine et la lance une ou deux fois par semaine, lorsqu'elle est pleine. Elle ne fait plus les gros travaux de nettoyage dans la cuisine. Lorsque son mari ne rentre pas à midi, l'assurée mange des repas froids. Elle doit changer de position le plus souvent possible. L'entretien du logement (5.3) : avant l'atteinte, elle faisait tout le ménage en une fois, sans difficulté. Depuis l'atteinte, elle dit ne plus rien faire dans le ménage ; elle ne fait pas de différence entre les périodes distinguées par le SMR. Dès qu'elle fait un effort elle ne peut plus bouger la jambe gauche et les douleurs deviennent insupportables. Même les dérivés de morphine

ne la soulagent pas. Actuellement elle ne supporte plus la morphine. Les deux filles passent la voir plusieurs fois par semaine. À chaque visite elles nettoient quelque chose. En dehors de l'aide de ses filles, c'est son mari qui range l'appartement. Les sanitaires et le rangement des draps sont faits par les filles. Emplettes et courses diverses (5.4) : avant l'atteinte, elle faisait les courses pour le couple, sans aide. Son mari se chargeait de l'administration de la famille. Les filles ont toujours aidé pour les paiements par Internet. Depuis l'atteinte, l'assurée ne peut plus faire les courses ; elle sort de temps en temps pour acheter de petites choses. Elle ne sort pas tous les jours car son autonomie de marche est très limitée. Elle ne peut rien porter de lourd. Lessive et entretien des vêtements (5.5) : avant l'atteinte elle faisait la lessive pour deux personnes, sans aide. Elle repassait régulièrement. Depuis l'atteinte elle ne peut plus faire la lessive comme avant : elle devrait se mettre à genoux pour charger et décharger la machine, et de ce fait, elle demande de l'aide à son mari. Elle n'a pas de sèche-linge ; c'est son mari qui le suspend sur un étendage. Elle ne peut plus repasser, ne supportant plus de rester en position debout à piétiner sur place. Elle plie le linge, assise sur le canapé ; son mari ou ses filles le rangent. Le repassage du linge est fait par ses filles qui ne vivent plus sous le même toit. Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5-6) : l'assurée n'a pas encore de petits-enfants. Ses deux filles sont au contraire une aide. Divers (5.7) : avant l'atteinte, l'assurée aimait faire du crochet ; elle brodait le bord des nappes. Depuis l'atteinte, elle ne peut plus le faire en raison de ses douleurs. Ce sont son mari et ses deux filles qui exécutent les travaux ménagers qu'elle ne peut plus accomplir en raison de son invalidité. En conclusion, s'agissant du statut de l'assurée, il devra être déterminé par le gestionnaire, au vu des éléments apportés. Il a été retenu 34 % d'empêchement, avec exigibilité, et 61 % sans exigibilité. Il n'a été tenu compte, dans l'évaluation de la situation, que de l'aide apportée par le mari de l'assurée qui vit sous le même toit. 24. S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, l'OAI a tout d'abord défini le statut de l'assurée : selon les éléments réunis, l'OAI a identifié trois employeurs, soit: 1. B \_\_\_\_\_, à 19 % (8 h sur 43) ; 2. M \_\_\_\_\_ à 3 % (1h30 sur 45) ; 3. Un contrat avec L \_\_\_\_\_ SA qui n'a toutefois pas été pris en considération, ce dernier ayant porté sur une courte période, rien indiquant que l'assurée avait recherché un emploi de remplacement jusqu'à l'arrêt de travail. Il a ainsi retenu un taux d'occupation de 22 % (19 % + 3 %), les 78 % restants étant consacrés aux travaux habituels. Sur cette base, s'agissant de la part active, l'OAI a pris pour base l'estimation des salaires statistiques 2010, tableau TA 1, pour une femme exerçant dans le domaine de travail correspondant à une activité de niveau 4, à raison de 41.6 heures par semaine. Indexé selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS), en 2013, le salaire annuel ainsi déterminé est de CHF 54'139.- . À un taux de 22 %, temps de travail raisonnablement exigible, le revenu annuel brut avec invalidité est de CHF 11'911.-. Quant au revenu avant l'atteinte à la santé, actualisé en 2013, il est de CHF 13'618.- revenu annuel brut sans invalidité. La perte de gain subie est de CHF 1'707.- (CHF 13'618.- - CHF 11'911.-), déterminant un degré d'invalidité de 12.54 %. Quant à l'activité pour travaux habituels, l'enquête ménagère a fixé des empêchements à hauteur de 34 %, soit un degré d'invalidité de 26.5 % 25. Le 4 décembre 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente. Selon le résultat de ses constatations, depuis le 23 août 2010 (début du délai d'attente d'un an) sa capacité de travail est considérablement restreinte. Elle continuerait à exercer une activité de nettoyeuse à 22 % sans problèmes de santé. Les 78 % restants correspondent à ses travaux habituels. Selon les éléments médicaux retenus, ainsi que l'étude des pièces médicales par le SMR, l'incapacité de travail est totale dans son activité habituelle. Cependant, la capacité de travail est de 75 % dans un poste

adapté à ses limitations fonctionnelles et atteintes à la santé, depuis le 17 décembre 2013. Il y a donc lieu de calculer le taux d'invalidité global en deux phases, soit la période avant l'aptitude à la réadaptation, et la période subséquente :

Périodes	Activité partielle	Part Empêchement %	invalidité 1.08.2011 au 16.12.2013	taux d'invalidité	Activité lucrative	Ménage
Dès le 17.12.2013	22 %	78 %	100 %	34 %	22 %	26.5 %
Dès le 1 <sup>er</sup> août 2011	22 %	78 %	12.55 %	34 %	2.76 %	26.5 %
						29.26 %

Dès le 1<sup>er</sup> août 2011 un quart de rente de l'assurance-invalidité basé sur un taux de 48 % est reconnu ; dès le 17 décembre 2013, un taux d'invalidité inférieur à 40 % ne permet pas de maintenir un droit à une rente. L'assurée ayant déposé sa demande en date du 20 juillet 2011, le droit à des prestations est ouvert en date du 1<sup>er</sup> janvier 2012. La rente est supprimée trois mois après la modification des circonstances, soit le 28 février 2014. La décision est dès lors la suivante : un droit à un quart de rente est reconnu du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 28 février 2014, basé sur un taux d'avis d'invalidité de 49 % (48.5 % arrondi à l'unité supérieure). Un délai de trente jours a été imparti à l'assurée pour faire valoir par écrit ou oralement ses objections fondées à l'encontre de ce projet. 26. Par courrier du 8 janvier 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI, à la demande de sa patiente, indiquant que cette dernière souhaitait s'opposer au projet de décision du 4 décembre 2014. Elle utiliserait les voies de recours, assistée de son avocat. Son état de santé actuelle était comparable à ce qu'il était en 2013 et 2014, savoir des douleurs lombaires persistantes, limitant sensiblement ses activités de la manière suivante : sa capacité résiduelle de travail est estimée à 75 % mais aux conditions suivantes : position assise maximum trente minutes ; position debout, maximum vingt minutes ; pas de port de charges supérieures à 5 kg ; le périmètre de marche doit être inférieur à 100 m.

27. Par courrier recommandé du 21 janvier 2015, l'assurée, représentée par son conseil, a contesté le taux d'invalidité de 48 % retenu à compter du 1<sup>er</sup> août 2011, en tant qu'il est inférieur au taux effectif de son incapacité. Elle conteste également la modification de ce taux à la baisse à partir du 17 décembre 2013.

Le Dr C\_\_\_\_\_ a considéré, dans son rapport intermédiaire du 8 janvier 2014 après examen médical du 13 décembre 2013, que l'assurée avait une capacité résiduelle de travail de 0 % comme nettoyeuse et de 0 % dans une activité adaptée. Il considérait qu'aucune autre activité n'était possible, ce qui était vrai tant du point de vue médical qu'en tenant compte de sa situation personnelle. Il semblait arbitraire de retenir, comme le faisait le SMR, qu'on soit en présence d'une amplification verbale des plaintes de l'assurée, laquelle aurait influencé son médecin traitant dans l'analyse de sa capacité de travail. Ce dernier, connaissant parfaitement sa patiente pour la suivre depuis des années, n'aurait pas manqué d'être conscient d'une exagération et d'en faire part lors de ses rapports intermédiaires. La fixation du taux de capacité résiduelle de travail à 75 % dans une activité adaptée n'était pas motivée, le SMR se contentant d'énoncer la nécessité de « pauses supplémentaires » dans l'activité envisageable, qui justifierait une incapacité de travail de 25 %. Il n'expliquait pas pourquoi 25 % plutôt que 40, 50 % ou plus. Il n'existait pas davantage de justification de la date retenue (17 décembre 2013), sinon la référence à la date du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ (18 décembre 2013) et la fin de la prise en charge ProMiDos, alors que la lecture de ce rapport ne laissait pas entrevoir une amélioration définitive de la situation de l'assurée, pas plus qu'il ne discutait d'un taux d'incapacité de travail. Le revenu théorique de CHF 11'911.- retenu ne correspondait pas à sa situation : il représentait un revenu supérieur à l'application du taux de 75 % à son revenu sans invalidité de CHF 13'618.-. Même à retenir un tel taux, compte tenu de ses gains antérieurs, son revenu avec invalidité devrait être arrêté à CHF 10'213.50, soit une perte de CHF 3'404.50

correspondant à un degré d'invalidité de 25 %. Le calcul du taux d'empêchement dans l'exécution des travaux domestiques était également contesté : pour la période du 1<sup>er</sup> août 2011 au 17 décembre 2013, il n'était logiquement pas possible de retenir une incapacité dans les travaux ménagers de 34 % seulement, alors que l'on reconnaissait une incapacité de 100 % pour l'exécution de son activité professionnelle consistant en des travaux de nettoyage. Dès le 17 décembre 2013, l'absence justifiée de correction à la baisse de l'empêchement de l'assurée pour s'occuper de son ménage remettait en question une si forte correction à la baisse, s'agissant des empêchements à exercer une activité lucrative, ceci d'autant que l'enquête à domicile était postérieure de près de neuf mois au rapport sur lequel le SMR se fondait pour considérer que le taux résiduel de capacité de travail de l'assurée serait de 75 % dans une activité adaptée. On relèvera également que le document de détermination du degré d'invalidité tient compte d'un statut actif et non pas mixte, sans que l'assurée puisse savoir si le fait d'avoir "coché une case plutôt que l'autre" a eu une influence sur le calcul. S'agissant de l'enquête économique, l'assurée contestait dans leur ensemble les pourcentages d'empêchements retenus en relation avec tous les postes, ceux-ci ne correspondant pas aux constatations faites sur place et à ses déclarations, compte tenu notamment de son incapacité totale de faire elle-même la plupart des tâches ménagères. Il existait enfin des différences entre les chiffres indiqués dans le tableau récapitulatif des empêchements, et les justifications motivées de ces taux, dans la suite du texte. Ces erreurs avaient une incidence sur le taux d'empêchement global qui devrait être porté à 35 % au moins. 28. L'OAI a soumis les courriers du médecin traitant du 8 janvier 2015 et du conseil de l'assurée du 21 janvier 2015 au SMR, qui a pris position à ce sujet dans son rapport du 19 février 2015 : le médecin traitant rappelle que la capacité de travail est de 75 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles qu'il énonce sont exactement celles qui ont été retenues à la suite de l'examen SMR de mai 2014 ; ainsi le médecin traitant se ralliait aux conclusions du SMR. S'agissant des observations du conseil de l'assurée : les conclusions de l'examen SMR se fondant sur une connaissance approfondie du dossier médical, le recueil exhaustif des plaintes et les examens cliniques de deux spécialistes (rhumatologue et psychiatre), elles ont pleine valeur probante et ne sauraient donc être considérées comme arbitraires. L'appréciation rhumatologique relève que les plaintes subjectives et le handicap allégué (et les auto-limitations) ne s'expliquent pas entièrement du point de vue organique, comme l'illustrent certains exemples. Les conclusions du SMR du 4 juillet 2014 sont donc maintenues. 29. Par courriers des 23 et 25 février 2015, l'OAI a adressé à la caisse de compensation FACO (ci-après : la caisse) la nouvelle motivation de la décision d'acceptation de rente, respectivement les éléments descriptifs sommaires de la décision à notifier, ainsi que les indications nécessaires à la prise en compte d'éventuelles demandes de compensation des paiements rétroactifs de rentes, invitant la caisse à calculer les montants de la rente allouée, et à notifier la décision à l'assurée. 30. Cette décision a été rendue le 25 mars 2015. L'assurée a droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 28 février 2014, basée sur un taux d'invalidité de 49 %. Pour l'essentiel la décision est identique au projet, sous réserve de la prise en compte des remarques de l'assurée, rectifiant ainsi les taux d'empêchement pour les travaux ménagers (de 62 % au lieu de 61 % sans exigibilité, et de 35 % au lieu des 34 % du projet), déterminant des taux d'invalidité légèrement supérieurs, mais ne modifiant pas le taux d'invalidité retenu pour la première période, du 1<sup>er</sup> août 2011 au 16 décembre 2013 (49 % par arrondi). Périodes Activité partielle Part Empêchement % invalidité 1.08.2011 au 16.12.2013 taux d'invalidité

Activité lucrative Ménage 22 % 78 % 100 % 35 % 22 % 27.3 % 49.30 % Dès le 17.12.2013  
taux d'invalidité Activité lucrative Ménage 22 % 78 % 12.55 % 35 % 2.76 % 27.3 % 30.06  
% Ainsi, l'assurée s'est vu reconnaître le droit à un quart de rente, basé sur un taux de 49 %  
dès le 1<sup>er</sup> août 2011. Toutefois, dès le 17 décembre 2013, une capacité de travail dans un  
poste adapté est reconnue : le taux déterminé pour cette dernière période étant inférieur à 40  
, la rente ne peut être maintenue. 31. En date du 6 mai 2015, l'assurée, représentée par  
son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours  
contre cette décision. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision entreprise, et  
à ce qu'un droit à une rente d'invalidité entière soit reconnu depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, avec  
suite de frais et dépens ; et subsidiairement à ce que soit ordonné une expertise médicale,  
ayant pour objectif de fixer le taux de capacité de travail résiduelle de la recourante dans  
une activité adaptée, puis au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens  
des conclusions de l'expertise s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée,  
et des considérants de l'arrêt à rendre s'agissant de l'incapacité dans les tâches  
ménagères.![endif]>![if> L'intimé a retenu de façon inexacte qu'elle disposerait d'une  
capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à compter du 17 décembre 2013.  
D'autre part, en tant que la méthode de calcul de son taux d'invalidité est fondée sur des  
montants statistiques qui ne conviennent pas au cas d'espèce, son résultat est arbitraire.  
Enfin, l'estimation faite par l'intimé de son incapacité dans l'exécution de ses tâches  
ménagères est fondée sur des taux d'empêchement et d'exigibilité qui ne correspondent pas  
à la situation réelle de son ménage. Les arguments spécifiques développés pour chacun des  
griefs seront repris dans la discussion, dans la mesure utile. 32. La chambre de céans a  
imparti un délai au 4 juin 2015 à l'intimé pour répondre au recours et communiquer son  
dossier.![endif]>![if> 33. Par fax urgent du 5 juin 2015, l'intimé a confirmé à la chambre  
de céans, selon un téléphone précédent, qu'il ne serait malheureusement pas en mesure de  
remettre sa détermination dans le délai imparti, et a sollicité en conséquence une  
prolongation du délai au 12 juin 2015. La chambre de céans a accordé ce délai  
supplémentaire. ![endif]>![if> 34. Par fax et courrier du 10 juin 2015, le conseil de la  
recourante s'est dit surpris d'apprendre (par communication de la chambre de céans) que  
l'intimé ayant sollicité un délai supplémentaire sans en justifier les motifs et après  
l'expiration du délai imparti initialement, il l'ait ainsi obtenu. Il a invité la chambre de céans  
à révoquer la prolongation octroyée.![endif]>![if> 35. Par courrier recommandé du 10  
juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. ![endif]>![if> La capacité de travail de 75 %  
dans une activité adaptée, retenue par l'office, est fondée sur un rapport d'experts ayant  
procédé à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique ainsi que sur une analyse  
approfondie du dossier, tant par les experts que par le médecin en charge du dossier au  
SMR. Le rapport d'experts répond à tous les critères de la jurisprudence pour se voir  
reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant des griefs formulés à l'encontre des  
conclusions de l'enquête ménagère, la recourante ne conteste pas le statut mixte; elle  
critique en revanche les taux d'empêchements retenus et le taux d'exigibilité arrêté pour  
l'aide apportée par les membres de la famille. Ici encore, le rapport d'enquête a été élaboré  
par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des  
empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il tient compte des  
indications de l'assurée ; son contenu est plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment  
détaillée. Il doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Quant au calcul du degré  
d'invalidité dans la sphère professionnelle, contrairement à ce que prétend la recourante,  
c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les données statistiques résultant de l'enquête

suisse sur la structure des salaires (RSS) pour déterminer le revenu avec invalidité de la recourante. 36. Dans le délai qui lui avait été réservé pour une éventuelle réplique, la recourante a informé la chambre de céans, par courrier recommandé du 7 juillet 2015, qu'elle persistait dans l'intégralité des termes et conclusions de son recours du 6 mai 2015. Elle persistait intégralement dans ses conclusions du 10 juin 2015 tendant à ce que la réponse tardive de l'intimé soit déclarée irrecevable, suite à la décision contestée par laquelle la chambre de céans avait accordé une prorogation du délai. 37. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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. 3. Selon l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Ainsi, sur le plan cantonal, la procédure est réglée par le Titre IV A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), dont l'art. 89A LPA précise que les dispositions de la présente loi demeurent applicables en tant qu'il n'y est pas dérogé par le présent titre. L'art. 60 al. 2 LPGA précise que les art. 38 à 41 (LPGA) sont applicables par analogie. Selon l'art. 40 LPGA le délai légal ne peut pas être prolongé (al.1). Si l'assureur - ou le juge en cas de recours et par analogie - fixe un délai pour une action déterminée, il indique en même temps les conséquences d'un retard. Celui-ci ne peut avoir d'autres conséquences que celles mentionnées dans l'avertissement (al.2). Le délai fixé par l'assureur - ou le juge - peut être prolongé pour des motifs pertinents si la partie en fait la demande avant son expiration (al.3). Sur le plan cantonal, selon l'art. 16 LPA – qui reprend pour l'essentiel le sens de l'art. 40 LPGA - un délai fixé par la loi ne peut être prolongé. Les cas de force majeure sont réservés (al.1). Le délai imparti par l'autorité peut être prolongé pour des motifs fondés si la partie en fait la demande avant son expiration (al. 2). La restitution pour inobservation d'un délai imparti par l'autorité peut être accordée si le requérant ou son mandataire a été empêché sans sa faute d'agir dans le délai fixé. La demande motivée doit être présentée dans les 10 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé (al. 3). Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2). Il y a formalisme excessif lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par

aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi et complique de manière insoutenable l'application du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 119 Ia IV consid. 2a p. 6; 118 Ia 14 consid. 2a p. 15; 241 consid. 4 p. 244). C'est en particulier le cas lorsque la violation d'une règle de forme de peu d'importance entraîne une sanction grave et disproportionnée (P. MOOR, Droit administratif, Berne 1991, vol. II, p. 153). En cours de procédure, et indépendamment du fond, la recourante invoque une violation de l'art. 16 al. 2 LPA, considérant que la chambre de céans a accordé à tort une prolongation du délai imparti à l'intimé pour se déterminer sur le recours et communiquer son dossier au juge, l'OAI ayant formulé une telle demande après l'échéance de celui-ci, et sans motif suffisant. Il y a dès lors lieu d'examiner liminairement ce grief. Au vu des principes rappelés ci-dessus, la chambre de céans observe tout d'abord que si la recourante a en effet constaté que la demande de prolongation (brève) du délai avait été formulée après l'échéance du délai imparti à l'OAI pour fournir sa réponse et communiquer son dossier, et qu'ainsi le délai supplémentaire sollicité avait été octroyé contrairement au texte clair de l'art. 16 al. 2 LPA, elle ne saurait tirer de cette circonstance la conclusion qu'elle souhaite, soit l'irrecevabilité des écritures de l'intimé. Les règles régissant les délais de procédure sont certes importantes. Lorsqu'il s'agit d'un délai fixé par la loi, le principe est qu'il ne peut pas être prolongé, sauf circonstances tout à fait exceptionnelles que le juge ne saurait admettre que de façon très restrictive. Il en va différemment des délais fixés par l'autorité, les cas dans lesquels un délai doit être fixé à une partie pour accomplir une action déterminée pouvant être de nature très différente. Certaines situations sont expressément visées par une disposition légale particulière : par exemple celle de l'art. 89B al. 2 LPA, qui régit les cas où l'acte introductif (demande ou recours) n'est pas conforme aux règles prescrivant le contenu obligatoire et minimal de cet acte ; dans ce cas, la loi prescrit au juge d'impartir un délai convenable à son auteur pour compléter l'acte vicié et le rendre conforme aux exigences légales, la chambre de céans devant en outre indiquer qu'en cas d'inobservation la demande ou le recours serait écarté. En l'espèce le délai imparti concernait l'ordonnancement de la procédure : la fixation d'un délai à l'intimé pour se déterminer sur le recours et pour communiquer son dossier à l'autorité saisie est importante, notamment en regard du principe de la célérité, consacré par les dispositions précitées (art. 61 let. a LPA). La chambre de céans, en fixant le délai initial, n'a pas indiqué - et à juste titre - à l'intimé que l'inobservation de ce délai aurait pour conséquence d'écarter sa détermination, voire son dossier produit hors délai. En effet, à supposer que l'intimé n'ait pas même interpellé la chambre de céans le lendemain de l'échéance du délai, pour en demander la prolongation, que la chambre des assurances sociales n'eût guère eu d'autre choix que de fixer un nouveau délai à l'OAI, en raison de son devoir d'établir les faits d'office. D'autant qu'en l'occurrence il s'agissait de la première mesure d'instruction : demande du préavis (ou réponse) de l'autorité intimée, sur le recours et communication de son dossier. Cela eut dès lors été faire preuve de formalisme excessif que d'annuler le délai complémentaire accordé, comme le demandait la recourante initialement, d'autant que cette requête survenait pratiquement au moment même de l'échéance du délai prolongé, qui fut respecté quant à lui. Une fois le délai annulé, la chambre de céans aurait dû impartir un nouveau délai ayant le même objet. On voit mal en effet que la chambre de céans ait pu se prononcer sur le recours sans disposer de la détermination de l'intimé, et moins encore sans le dossier de l'administration. Ainsi les écritures de l'intimé du 10 juin 2015 et son dossier ne seront pas écartés de la procédure. Mal fondé, ce grief sera rejeté. 4. Sur le fond, le litige porte sur la question de savoir si l'assurée a droit à une rente d'invalidité entière dès le

1<sup>er</sup> janvier 2012, ou si, conformément à la décision entreprise, le droit à un quart de rente basé sur une invalidité de 49% du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 28 février 2014, la rente étant supprimée dès cette date, était justifiée. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

9. 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).

10. 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).

11. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

12. Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

13. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

14. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale,

nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 13. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 14. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 15. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

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

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

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

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux

chiffres 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. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). 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). b) 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 recourt, 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).

19. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).

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

21. Selon l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

22. Le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la

jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129 , consid. 3).!endif]>!if> 22. Dans le cas d'espèce la recourante fait grief à l'intimé d'avoir retenu de façon inexacte qu'elle disposerait d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 75 % à compter du 13 décembre 2013.!endif]>!if> Elle reproche en particulier à l'expert d'avoir retenu qu'entre 2012 et 2014, le médecin traitant, bien que décrivant l'état de santé de sa patiente comme stationnaire aurait vu la capacité de travail se dégrader, de 50 % dans une activité adaptée, à une capacité de travail peu probable, même dans une activité adaptée, puis enfin à une incapacité totale. Elle critique le fait que l'expert n'ait cité pour sa démonstration que deux rapports du premier semestre 2012, puis un rapport du premier trimestre 2014. Reprochant à l'expert d'avoir considéré que le médecin traitant se serait laissé influencer par les plaintes subjectives de sa patiente, la recourante suggère que l'expert serait parvenu à cette conclusion en négligeant les deux rapports intermédiaires du médecin traitant, intervenus en 2013 : selon elle, si l'expert avait pris en compte ces rapports, il aurait pu y constater la dégradation progressive de la capacité résiduelle de travail, dans une activité adaptée, aboutissant au début 2014 à une incapacité totale, même dans une telle activité. Ainsi, selon la recourante, si l'expert avait procédé au constat de cette évolution, y compris pendant l'année 2013, il n'aurait pas abouti à la conclusion que le médecin traitant aurait été influencé dans son appréciation en raison des plaintes réitérées de la patiente. Ce raisonnement ne résiste pas à l'examen. En effet, le rapport de l'expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, se fonde non seulement sur l'étude complète des documents médicaux mis à disposition des experts, qui en ont fait un résumé détaillé, décrivant l'essentiel du contenu des documents médicaux importants, n'émanant pas seulement du médecin traitant, mais également des autres praticiens qui ont examiné la patiente, au cours des ans, établi des rapports de consultation à l'attention du médecin traitant, voire qui ont directement traité la patiente. S'agissant du médecin traitant, dans leur résumé les experts n'ont pas seulement retenu les rapports intermédiaires de 2012 et du début 2014, mais également le rapport initial du 5 septembre 2011. Si en effet les rapports de 2013 ne sont pas inventoriés comme tels dans le résumé, cela ne signifie pas qu'ils aient été ignorés par les experts, mais tout au plus qu'ils n'apportaient rien à la compréhension de l'évolution de l'état de santé de la recourante : comme les rapports de 2012 et de 2014, ces documents décrivaient une situation stable, un diagnostic constant, ces deux éléments montrant l'essentiel, soit la persistance de septembre 2011 à 2014 d'un état de santé stationnaire, du même diagnostic, ne pouvant expliquer l'évolution de la capacité de travail résiduelle de 50 % en septembre 2011, à 0 % au début 2014. Le rapport du 8 janvier 2014 est d'ailleurs pratiquement superposable à celui du 16 juillet 2013. Or, les experts n'ont pas seulement abouti à leurs conclusions sur la seule base des rapports du médecin traitant : ils se sont également fondés sur le rapport du Dr H\_\_\_\_\_, qui relevait, en décembre 2013, que les limitations fonctionnelles subjectives de la patiente devaient être mises en lien avec des freins psychologiques, voire psychiatriques. Les experts se fondent également sur leur propre observation de la patiente, soutenue par une anamnèse complète, un status général détaillé, tous éléments ayant conduit l'expert rhumatologue à poser les diagnostics de lombosciatalgies chroniques dans le cadre d'une arthrose postérieure étagée et de discopathie étagée de L3 à S1 et d'une spondylodèse de L4 à S1, ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, et à l'expert psychiatre de retenir celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique (F68.0), sans répercussion sur la capacité de travail. Dans la discussion, l'expert a décrit ses examens de façon détaillée, en les comparant le cas échéant aux clichés radiologiques : il a

finalement retenu que les anomalies relevées à l'examen clinique et sur les clichés radiologiques expliquent en partie (seulement) les plaintes de l'assurée. L'expert relève encore que certains tests ne sont pas cohérents, qu'à l'examen on relève la présence de signes de non-organicité, que l'assurée dit avoir une mauvaise tolérance de la position assise alors qu'elle indique se rendre deux fois par année au Portugal... L'expert relève que les douleurs et les auto-limitations de l'assurée ne s'expliquent pas entièrement du point de vue organique. Selon ses propres constatations, une marche rapide, une mobilité et une gestuelle spontanée libre aux quatre membres, sans déficit de force, de même que la tolérance partielle de la position assise, ne justifient pas une incapacité de travail complète dans une activité adaptée. Concernant la discopathie protrusive étagée et l'uncarthrose modérée de la colonne cervicale, les manifestations douloureuses étaient déjà présentes alors que l'assurée travaillait. Les douleurs n'ont pas évolué au cours des dernières années. Au vu de la présence radiologique de troubles dégénératifs, des mesures de protection du rachis cervical se justifient : éviter les mouvements répétitifs de rotation, les postures penchée en avant prolongées ou en hyperextension. L'atteinte cervicale n'est pas suffisamment sévère pour justifier une limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations. Sur le plan psychiatrique l'assurée ne bénéficie pas d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire et son état n'a pas nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans le cadre des douleurs chroniques le médecin traitant a introduit un traitement médicamenteux psychotrope. Selon le rapport de ProMiDos, une composante psychique semble participer au tableau de lombosciatalgies chroniques. Le médecin traitant a conseillé à l'assuré à plusieurs reprises de consulter le Dr I \_\_\_\_\_, mais elle n'y a pas donné suite. L'examen psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles dissociatifs, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. L'assurée présente une amplification verbale de ses plaintes somatiques accompagnée d'un sentiment de détresse, sans comportement algique et les experts ont retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifié ou entretenu par l'état psychique du patient. Ce trouble n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis et fondent un pronostic favorable. Les quelques traits de personnalité borderline et impulsifs sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant. La capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques. S'agissant spécifiquement du taux de 75 % de capacité de travail dans une activité adaptée, retenu par les experts, ceux-ci ont tout d'abord énuméré les limitations fonctionnelles retenues, et ont conclu que celles-ci n'étaient pas compatibles avec une activité de nettoyeuse. Ils ont en revanche considéré que les douleurs à composante neurogène irradiant le long du membre inférieur gauche les amenaient à retenir la nécessité de pauses supplémentaires également dans une activité adaptée correspondant à une incapacité de travail de 25 %. On comprend ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ces douleurs irradiant le long de la jambe gauche commandaient des pauses supplémentaires. La fréquence de ces interruptions nécessaires dans l'activité

équivalait selon les experts à une incapacité de travail de 25 %. D'où en résulte une capacité de travail de 75 %. S'agissant de fixer la date d'exigibilité pour l'exercice d'une activité adaptée, les experts ont expliqué les raisons pour lesquelles ils retenaient la date du 17 décembre 2013 : cette date correspond à la fin de la prise en charge multidisciplinaire du dos, prise en charge qui avait permis d'améliorer le confort de l'assurée dans ses activités comme l'habillage. Ils se réfèrent au rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2013. Or, ce rapport précise dans un premier temps que la prise en charge physiothérapeutique hebdomadaire a visé le renforcement autonome sur machines ainsi que le contrôle des auto-exercices de type gainage. L'ergothérapie a revu la manière de lever le tronc et les membres inférieurs qui se fait d'une façon autonome, lente mais sans aucune aide de moyens auxiliaires. Au niveau psychiatrique, la patiente a bénéficié d'une prise en charge au groupe parole hebdomadaire qui relève une patiente creuse, vide, qui n'a pas, objectivement ou subjectivement, bénéficié de ce suivi. Le Dr H\_\_\_\_\_ retient en conclusion que l'objectif fonctionnel d'habillage qui avait pour but d'augmenter le confort de la patiente a été atteint. Il n'y avait actuellement pas d'intérêt à poursuivre une physiothérapie de type renforcement mais plutôt des séances d'ergothérapie en ambulatoire pour prise en charge des limitations fonctionnelles subjectives qui sont en lien avec des freins psychologiques/psychiatriques. Arrêter une date précise pour déterminer le dies a quo de la capacité d'une personne à exercer une activité adaptée, comme dans le cas particulier, peut prêter à discussion. Toutefois, en l'espèce, contrairement à ce qu'allègue la recourante, les experts du SMR ont fixé cette date du 17 décembre 2013 au terme d'un raisonnement cohérent. Elle coïncide avec la fin du programme multidisciplinaire individualisé du dos (ProMiDos) - du 19 septembre au 16 décembre 2013 -. Or, au vu des conclusions rappelées ci-devant, le traitement de physiothérapie avait atteint son but, et l'ergothérapie dont elle avait bénéficié avait également porté ses fruits, mais dès ce moment-là, ni l'un ni l'autre de ces traitements ne permettait d'escompter un bénéfice supplémentaire pour la patiente. Sur le plan psychiatrique, ou psychologique, celle-ci n'avait au demeurant pas su profiter ni objectivement et subjectivement du suivi qui lui avait été proposé. Il paraissait donc logique, au degré de la vraisemblance prépondérante, de retenir qu'à tout le moins dès la date coïncidant avec la fin de ce programme la recourante devait être considérée comme capable de travailler dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles admises selon la documentation médicale versée au dossier, et de la limitation supplémentaire de 25 % (qui coïncide à vrai dire avec une diminution de rendement), résultant des propres observations des experts. Il faut d'ailleurs voir dans le choix de cette date un terme plutôt favorable à la recourante : les experts auraient pu tout aussi bien fixer une date même antérieure au stage, soit en septembre 2013, au vu du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2013. Prétendre, comme le soutient la recourante, qu'il apparaît incompréhensible que les experts se soient appuyés sur le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ pour arrêter la date déterminante, au motif qu'il ne s'était jamais prononcé sur la capacité de travail de l'assurée, et de surcroît car l'objectif de la prise en charge multidisciplinaire ProMiDos était limité, d'un point de vue fonctionnel, à l'amélioration du confort de cette dernière, n'est pas convaincant : s'agissant du premier argument, la chambre de céans observe que les experts ne se sont pas fondés sur ce rapport en particulier pour fixer la capacité de travail, mais seulement pour en arrêter une date, comme développé ci-dessus ; quant au deuxième argument (objectif limité dudit stage), il démontre en effet que le bénéfice escompté de ce stage n'était pas celui de voir améliorer la capacité de travail dans une activité adaptée, mais d'améliorer le confort de la patiente dans certains actes de la vie

quotidienne, raison pour laquelle la date arrêtée par les experts au 17 décembre 2013 aurait tout aussi bien pu être fixée à une date antérieure au programme multidisciplinaire individualisé. Le fait que les experts n'arrivent pas aux mêmes conclusions que le médecin traitant, s'agissant de fixer la capacité résiduelle de travail de la recourante, ne signifie pas encore que le résultat auquel ils parviennent ne soit pas fiable : comme cela a déjà été relevé, les experts ont indiqué de façon motivée les raisons pour lesquelles ils ne pouvaient pas retenir l'avis du médecin traitant, par rapport à la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, la chambre de céans considère que les experts du SMR aboutissent à des résultats convaincants ; leurs conclusions sont sérieusement motivées, et leur avis ne contient pas de contradictions ; aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée ; le rapport se fonde sur des examens complets, et prend également en considération les plaintes exprimées ; il a enfin été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), et la description des interférences médicales est claire. Ainsi peut-il être reconnu à ce rapport une pleine valeur probante. Quant au médecin traitant de la recourante, il n'a jamais remis en cause les conclusions des experts : au contraire, par courrier du 8 janvier 2015, après examen du projet de décision du 4 décembre 2014, il a admis que la capacité résiduelle de travail de sa patiente était estimée à 75 %, mais avec les restrictions qu'il a énumérées. Loin de remettre en cause les conclusions des experts, il y adhère au contraire. A fortiori n'a-t-il pas mis en évidence la moindre contradiction ou élément permettant de douter de la fiabilité de l'avis des experts ainsi que de leurs conclusions. Il en va d'ailleurs de même de son courrier du 16 avril 2015, postérieur à la décision entreprise, dans lequel il allègue une aggravation de l'état de santé de sa patiente, depuis plusieurs semaines. S'adressant à l'OAI, rapportant pour l'essentiel les plaintes actuelles de l'assurée, il sollicite de l'intimé une nouvelle étude du dossier en vue de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Étant rappelé au passage que le juge des assurances sociales rend sa décision en fonction de l'état de fait qui prévalait au moment de la décision entreprise, il appartenait à la recourante, respectivement à son médecin, de saisir l'OAI d'une nouvelle demande de révision. En l'occurrence, ce courrier du 16 avril 2015 a été soumis au SMR, lequel a relevé dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2015, versé à la procédure, que le médecin traitant ne fournit aucun élément objectif permettant de justifier l'affirmation d'une détérioration de l'état de santé de sa patiente, avec une exacerbation des douleurs, depuis quelques semaines (en avril 2015). Ainsi, l'avis des experts ne saurait être remis en cause, de sorte que la décision entreprise, en tant qu'elle se fonde sur le rapport d'expertise du SMR, échappe à toute critique. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire comme y conclut subsidiairement la recourante. 23. Dans un autre grief, la recourante s'en prend aux conclusions de l'enquête ménagère, et conteste les taux d'empêchements retenus. La recourante ne conteste pas le statut mixte retenu, ni les pourcentages entre l'activité professionnelle (22 %) et l'activité dévolue aux tâches ménagères (78 %). Indépendamment du rapport entre la part active et les activités ménagères, la recourante croit voir une incohérence à considérer d'une part qu'on lui reconnaît une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à hauteur de 75 % alors que, sans exigibilité, on lui reconnaît un taux d'empêchement de 62 % dans l'exécution des tâches ménagères. Ce qui selon elle serait aberrant, dès lors que son ancienne profession, dans le nettoyage, ferait appel aux mêmes types de gestes et compétences. Cette argumentation tombe à faux : il est constant tout d'abord que la recourante est totalement incapable de reprendre une activité professionnelle de nettoyeuse,

au vu des limitations fonctionnelles retenues de façon concordante par les divers médecins qui l'ont examinée, traitée ou expertisée. En revanche, la capacité résiduelle de travail fixée à hauteur de 75 % dans une activité adaptée ne vise évidemment pas un emploi de nettoyeuse. D'autre part et surtout, conformément à la jurisprudence, les conditions dans lesquelles une assurée effectue des tâches de nettoyage, professionnellement, ne peuvent pas être comparées à celles dans lesquelles elle se consacre aux tâches ménagères, dans son propre foyer. Elle a en effet toute latitude de s'organiser, en adaptant sa méthode de travail à ses limitations fonctionnelles, et en prenant toutes dispositions pour améliorer sa capacité de travail dans ce contexte, comme le lui impose d'ailleurs l'obligation de réduire le dommage. Dans son propre foyer, elle ne doit pas répondre à une obligation de rendement, de sorte que ce qui n'est plus possible dans le cadre d'une activité professionnelle peut encore l'être dans le domaine des tâches ménagères, moyennant les adaptations nécessaires et l'aide naturelle de l'entourage familial, généralement les enfants et le conjoint, qui font ménage commun avec elle. 24. La recourante critique encore le taux d'empêchement retenu dans certaines rubriques spécifiques comme la lessive et l'entretien des vêtements, la conduite de son ménage, et le taux d'exigibilité de 30 % pris en compte pour l'aide et la participation apportée par son mari aux tâches ménagères. Ce taux serait injustifié dès lors que son mari serait absent du domicile toute la journée, au travail. Elle allègue encore que l'enquêtrice aurait retenu deux fois cette contribution du mari comme facteur de baisse: la première en portant le taux d'exigibilité à 30 % et la seconde, en réduisant le taux d'empêchement en raison de l'aide apportée. Ce grief est totalement infondé: il procède d'une mauvaise lecture sinon d'une incompréhension du tableau reproduit ci-dessus (En Fait, ad ch. 23 p. 12).! [endif]>![if> Ceci dit le rapport d'enquête ménagère répond en tous points aux exigences de la jurisprudence rappelée précédemment pour qu'un tel document se voie reconnaître une pleine valeur probante: il a été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il tient compte des indications de l'assurée. Enfin, le texte du rapport apparaît plausible, il est motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même correspond-il aux indications relevées sur place. Ce rapport d'enquête a donc pleine valeur probante ; et dès lors le juge n'intervient pas dans l'appréciation de son auteur. On relèvera au demeurant que la recourante ne motive aucune de ses critiques, par une argumentation mettant en évidence des éléments objectifs susceptibles de jeter un doute sur les conclusions de ce rapport. On remarquera enfin que, s'agissant de l'exigibilité retenue, l'enquêtrice précise bien que seule a été retenue l'aide apportée par le mari de la recourante qui fait ménage commun avec elle. Celle apportée par les filles – n'habitent plus au domicile de leurs parents -, mais qui selon la recourante viennent chacune régulièrement (plusieurs fois par semaine) faire quelques tâches ménagères, à sa demande quand elle a « vu ce qu'il y avait à faire dans la conduite du ménage », ou spontanément à l'occasion de leurs visites. On ne saurait dès lors que rejeter les griefs formés à l'encontre de ce rapport d'enquête. 25. La recourante a enfin critiqué la manière dont a été calculé son « taux d'incapacité ». Elle reproche à l'intimé d'avoir pris pour base un revenu tiré des statistiques officielles correspondant à l'enquête suisse sur la structure des salaires, méthode ne permettant pas d'opérer des abattements supplémentaires pour les limitations (fonctionnelles en particulier). Elle vise en réalité la détermination du degré d'invalidité à laquelle l'intimé a procédé, le 11 novembre 2014. L'intimé a procédé conformément aux principes légaux et jurisprudentiels rappelés ci-dessus : lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils

consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) : lorsque la personne assurée ne peut plus exercer l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé) ; le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a et 5c/bb). C'est bien ainsi que l'intimé a procédé dans le cas particulier, en expliquant au demeurant en plus de détails comment il avait déterminé le revenu avec invalidité, respectivement le revenu sans invalidité.!

La recourante ne conteste pas le principe selon lequel, lorsque le revenu tiré des statistiques officielles de l'enquête suisse sur la structure des salaires est pris en compte pour le calcul du taux d'invalidité, un abattement supplémentaire pour les limitations fonctionnelles en particulier ne peut être appliqué. Elle considère en revanche que cette manière de procéder est choquante, dès lors que cette méthode ne tiendrait pas compte des limitations effectives. On ne saurait la suivre dans ce raisonnement : en effet, comme l'intimé l'a du reste expressément rappelé à l'appui de ses calculs, les limitations fonctionnelles, l'activité légère seule possible ou le taux d'occupation d'un assuré sont pris en compte dans la capacité de travail résiduelle déterminée par le SMR. En conséquence, ce grief est injustifié lui aussi. 26. Entièrement mal fondé, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. Le rejette!

3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A\_\_\_\_\_ .!

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

La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le