

GE_GERICHTE A/2315/2016 vom 23. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2315_2016

FR: GE_GERICHTE A/2315/2016 du 23 avril 2018

IT: GE_GERICHTE A/2315/2016 del 23 aprile 2018

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à LA PLAINE, représentée par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS) recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1967, mariée et mère de trois enfants nés respectivement en 1993, 1994 et 1999, a travaillé à 50% dès 2005 comme concierge. Elle a été mise en arrêt de travail dès le 1^{er} novembre 2007 en raison d'une ostéonécrose de l'astragale de la cheville gauche. À la demande de son assurance perte de gain maladie, elle a déposé le 24 octobre 2008 une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI).!endif]>![if> 2. Par décision du 28 avril 2009, l'OAI lui a dénié le droit à toute prestation d'invalidité, au motif qu'elle avait recouvré, dès le mois d'août 2008, une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, soit avant l'échéance du délai de carence légal d'un an. L'instruction avait notamment permis de recueillir les éléments suivants :!endif]>![if> - un courrier du 14 août 2008 émanant du docteur B_____, chirurgien orthopédiste, faisant état d'une disparition de l'œdème de l'astragale mais de la persistance d'une lésion focale de taille très limitée, précisant par ailleurs qu'après une poussée douloureuse au mois de mai, les symptômes s'étaient largement améliorés et que l'assurée souhaitait reprendre son activité professionnelle ; !endif]>![if> - un rapport rempli le 24 novembre 2008 par la docteure C_____, médecin généraliste, retenant le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail d'ostéonécrose de l'astragale gauche (depuis 2007) et les diagnostics non incapacitants de diabète non insulino-dépendant, d'hypothyroïdie et d'hypertension artérielle (depuis plus de deux ans). La praticienne y relatait une lente stabilisation de l'ostéonécrose, mais l'apparition d'une chondropathie. Elle retenait des limitations fonctionnelles en lien avec les stations debout prolongées, les positions accroupies et agenouillées, les montées d'échelles, ainsi que les longues marches. Elle évaluait la capacité de travail à 0% dans l'activité habituelle du 1^{er} novembre 2007 au 24 août 2008, puis à 50% dès le 24 août 2008 et répondait par l'affirmative à la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail ; !endif]>![if> - un avis établi le 5 décembre 2008 par le docteur D_____, médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), faisant état d'un status post ostéonécrose de l'astragale gauche, dont l'évolution était favorable et concluant, dès le 14 août 2008, à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée n'impliquant ni marches, ni positions debout prolongées.!endif]>![if> 3. Après avoir été licenciée pour cause de maladie avec effet au 30 septembre 2012, l'assurée s'est inscrite au chômage à 50% le 8 octobre 2012 et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert.!endif]>![if> 4. Le 3 janvier 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en y

invoquant une obésité, une hypertension artérielle, un diabète, une polyarthrose et une hypothyroïdie. ![/endif]>[/if]> À l'appui de sa demande, elle a notamment transmis une attestation établie le 29 octobre 2012 par la Dre C_____, certifiant qu'elle ne pouvait plus travailler dans le nettoyage en raison de ses problèmes de santé et préconisant une évaluation en atelier ainsi qu'un reclassement professionnel. 5. Le 8 janvier 2013, l'OAI a invité l'assurée à transmettre, dans les trente jours, tout document permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé, en l'avertissant qu'à défaut, il n'entrerait pas en matière sur sa nouvelle demande.![endif]>![if]> 6. Le 5 février 2013, l'assurée a notamment produit :![endif]>![if]> - un courrier non daté, dans lequel elle exposait qu'après s'être vue refuser sa première demande de prestations AI en 2009, son état de santé s'était aggravé, ce qui avait conduit son employeur à la licencier en raison de ses nombreux arrêts de travail et l'avait contrainte à déposer sa nouvelle demande ;![endif]>![if]> - une lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 10 mars 2011, à teneur de laquelle elle avait subi une ablation de la thyroïde, suite à la récurrence d'un goitre multinodulaire et d'un microcarcinome papillaire ;![endif]>![if]> - un rapport établi le 17 janvier 2013 par les Etablissements publics pour l'intégration (EPI), dont il ressortait qu'elle y avait suivi un stage d'observation du 26 novembre au 21 décembre 2012. Le « bilan des capacités observées en atelier et en animation » mentionnait des limitations physiques importantes, ainsi que des positions de travail debout ou assise qui n'étaient pas tenues durablement et occasionnaient des douleurs. La gestuelle était également limitée par des douleurs aux doigts, aux mains et à l'épaule droite. La résistance physique était faible et l'assurée « s'effondrait » parfois en raison des douleurs, notamment lors de gestes répétitifs. Les rendements étaient réduits et compris entre 50% à 70% à mi-temps. L'adéquation d'activités dans le textile ou le cuir devait être vérifiée sur le long terme. Les aptitudes cognitives étaient bonnes et l'assurée, fiable et ponctuelle, s'était impliquée dans les tâches qui lui avaient été proposées. Le fait qu'elle avait abandonné plusieurs activités en raison de ses douleurs témoignait de ses limitations physiques importantes et de ses faibles possibilités de réinsertion. Malgré des signes de résignation, elle avait su ne pas rester plaintive et élaborer des projets de réinsertion. Compte tenu des problèmes de santé constatés, les EPI préconisaient de faire le point de la situation médicale, de déposer une nouvelle demande de prestations AI et éventuellement, de soumettre l'assurée à plusieurs stages à 50% en entreprise, lui permettant de changer fréquemment de position, par exemple dans des travaux légers d'ouvrière en usine ; ![/endif]>[/if]> - un rapport du 28 janvier 2013 émanant de la Dre C_____, faisant état d'une diminution, depuis 2009, de la capacité de travail et des « activités quotidiennes » de l'assurée en lien avec un diabète, un hyperandrogénisme, un asthme, des douleurs exacerbées de la cheville gauche [...], une augmentation du goitre thyroïdien, une dysphonie, une atteinte du nerf laryngé, une strumectomie avec découverte d'un micro-carcinome papillaire traité par substitution hormonale, une obésité morbide, des dorsalgies, un trouble anxio-dépressif et une périarthrite scapulo-humérale. La praticienne avait prescrit des arrêts de travail à 100% du 1^{er} novembre 2007 au 24 août 2008, à 50% du 25 août 2008 au 5 janvier 2009, puis de nouveau à 100% du 18 septembre 2009 au 30 mai 2010, du 9 mars au 25 juillet 2011, et dès le 27 août 2012. Actuellement, l'assurée ne pouvait plus travailler comme concierge et en raison de ses douleurs au dos, aux mains et aux doigts, elle n'avait été capable de suivre son stage aux EPI qu'à 50%. Une activité professionnelle paraissait impossible, vu son rendement nettement diminué et son état de santé fluctuant.![endif]>![if]> 7. Le 13 mars 2013, l'assurance perte de gain a transmis à

l'OAI un rapport rempli le 11 avril 2011 par la doctoresse E_____, médecin des HUG, jugeant que suite à l'ablation de la thyroïde, la reprise d'une activité professionnelle n'était pas contraindiquée.![endif]>![if> 8. La Dre C_____ a rempli un nouveau rapport le 14 mars 2013, retenant les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de diabète, d'hyperandrogénisme (mars 2009), de dysphonie secondaire à une fatigabilité du nerf laryngé gauche (janvier 2010), de goitre thyroïdien résiduel et de carcinome papillaire in situ (mars 2011), de périarthrite scapulo-humérale droite (août 2012), ainsi que de trouble anxio-dépressif (progressif depuis 2012). Sa patiente souffrait toujours de douleurs ostéoarticulaires, lesquelles étaient exacerbées par son obésité morbide. En 2012, en raison de ses nombreuses maladies chroniques et de la découverte d'un carcinome papillaire thyroïdien, elle avait progressivement développé un trouble anxio-dépressif, se manifestant par des ruminations et des troubles du sommeil. En fonction de sa thymie et de son stress, sa concentration et son rendement fluctuaient, comme l'avait montré le stage aux EPI. Depuis le 27 août 2012, sa capacité de travail était nulle et son pronostic mauvais.![endif]>![if> 9. L'assurée a subi une chirurgie bariatrique aux HUG au mois d'octobre 2013.![endif]>![if> 10. L'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR). L'assurée a été examinée les 30 juin, 1^{er} et 2 juillet 2015 par les docteurs F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, G_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, H_____, spécialiste FMH en médecine interne et I_____, spécialiste FMH en pneumologie, lesquels ont rendu leur rapport le 23 juillet 2015. ![endif]>![if> Les experts ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lésion ostéochondrale du dôme astragalien gauche. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, des troubles anxieux et mixtes, une uncodiscarthrose C5-C6, un possible conflit sous-acromial de l'épaule droite, des rachialgies non spécifiques, un asthme bronchique intermittent à composante allergique, une obésité et une hypertension artérielle modérées, une hypothyroïdie substituée, un reflux gastro-œsophagien, un status après trois interventions de la thyroïde pour un goitre multinodulaire et un microcarcinome papillaire, ainsi qu'un antécédent de bypass gastroduodéal et de « dumping syndrome » tardif. L'assurée se plaignait de troubles psychiques, de cervicalgies, apparues quelques mois avant l'expertise, de douleurs au cou du pied, irradiant jusqu'à la hanche, mais également à l'épaule droite, aux mains et à l'estomac. Lors de leur examen clinique, les experts avaient constaté que l'assurée paraissait un peu plus jeune que son âge, s'exprimait avec aisance en français et semblait authentique. Sa collaboration durant l'anamnèse était jugée excellente et ses réponses informatives. À plusieurs reprises, elle avait grimacé et s'était levée pendant plusieurs minutes, en se tenant de la main le bas du dos. L'examen de médecine interne, peu contributif, avait montré la persistance d'une obésité modérée, malgré la perte de 36 kg intervenue depuis la mise en place du bypass en 2013, qui avait également permis de faire disparaître le diabète et d'alléger le traitement antihypertenseur. Au plan pneumologique, elle ne s'était pas spontanément plainte de son asthme bronchique saisonnier et l'expert relevait qu'il était léger, intermittent et aisément contrôlé par des stéroïdes topiques, de sorte qu'il n'entraînait pas de répercussion sur la capacité de travail. Au plan rhumatologique, l'expert avait été frappé par un comportement douloureux, qui contrastait de manière étonnante avec le comportement général de l'assurée, non revendicatrice et collaborant parfaitement à l'anamnèse. Les constatations objectives étaient très pauvres, et si l'expert avait effectivement observé une tuméfaction de la cheville et du dos du pied gauche, elle n'entraînait pas de limitation fonctionnelle. La mobilité cervicale était par

ailleurs conservée et aucun signe d'une atteinte de la coiffe des rotateurs droite n'avait été mis en évidence. Les documents d'imagerie montraient depuis 2007 une lésion ostéochondrale astragalienne de petite taille, peu profonde, sans enfoncement ou chondropathie étendue. Au plan psychiatrique, l'expert ne retenait qu'un trouble anxieux et dépressif, dont il jugeait les symptômes insuffisamment intenses ou nombreux pour justifier un diagnostic séparé. Ce trouble n'était pas incapacitant et pour son traitement, l'usage du Trittico paraissait approprié. Les experts disaient ne pas comprendre pourquoi l'assurée s'estimait totalement incapable de travailler, ce d'autant qu'elle disait souffrir de son isolement et regretter son activité de concierge. À l'issue de leur entretien de synthèse, ils ont conclu que la seule atteinte se répercutant sur sa capacité de travail était la lésion ostéochondrale du dôme astragalien gauche, laquelle entraînait une diminution de rendement de l'ordre de 20% dans une activité nécessitant des déplacements continuels, telle que celle de concierge. Dans toute autre activité respectant cette limitation, la capacité de travail était entière, en tout cas depuis que l'assurée s'était inscrite au chômage, le 8 octobre 2012, mais probablement bien avant. Enfin, ils précisaient que les interventions subies par l'assurée n'avaient engendré que des incapacités de travail transitoires, de quelques semaines au maximum. 11. Le 14 septembre 2015, la Dre J _____ du SMR s'est ralliée aux conclusions de la CRR et a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé. En effet, l'expertise suggérait au pire que l'état du pied gauche était resté stationnaire depuis 2008, et au mieux qu'il s'était légèrement amélioré : il en ressortait une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle alors qu'en 2008, elle avait été évaluée à 50%. 12. Le 12 novembre 2015, l'OAI a transmis à l'assurée un préavis de décision, à teneur duquel il entendait lui refuser le droit à toute prestation. Il a retenu un statut mixte réparti à raison de 50% pour la sphère professionnelle et de 50% pour la sphère ménagère. Dans la sphère professionnelle, l'assurée ne subissait aucune perte de gain, car elle demeurait apte à exercer son activité habituelle à un taux de 80%. Dans la sphère ménagère, l'office considérait qu'il n'y avait pas d'empêchement. Globalement, le degré d'invalidité était estimé à 0%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité et à un reclassement. 13. L'assurée s'est opposée au préavis par courrier du 3 décembre 2015, complété le 14 janvier 2016. Son état de santé s'était aggravé dès 2009 et selon la Dre C _____, elle était totalement incapable de travailler comme concierge. Dans une activité adaptée à ses limitations, un taux de 50% au maximum lui paraissait a priori envisageable, mais avec un rendement diminué de 20%, question qu'il convenait de réévaluer par le biais d'un stage d'évaluation. Par ailleurs, elle jugeait « totalement arbitraire » l'empêchement nul retenu dans la sphère professionnelle, faute pour l'administration d'avoir réalisé une enquête ménagère, et contestait le statut mixte retenu, affirmant que sans invalidité, elle aurait travaillé à 100%. Si elle n'avait exercé une activité qu'à 50%, c'était parce qu'elle n'avait pas pu trouver un emploi à plein temps. Elle n'avait pas de raison de travailler à 50%, car elle avait travaillé à plein temps lorsqu'elle vivait en Bosnie et ses enfants étaient désormais grands. 14. L'assurée a joint un rapport établi le 7 janvier 2016 par la Dre C _____, à teneur duquel elle souffrait depuis 2009 de nouveaux problèmes de santé, soit : un diabète non insulino-dépendant (mars 2009) ; un asthme (mai 2009) et une rhino-conjonctivite allergiques ; des douleurs exacerbées de la cheville gauche, avec tuméfaction et chaleur locales [...] (septembre 2009) ; une augmentation du goitre thyroïdien et une dysphonie sur atteinte du nerf laryngé (janvier 2010) ; une strumectomie avec découverte d'un micro-carcinome papillaire traité par substitution hormonale (mars 2011) ; une ménopause (2011) ; des dorsalgies favorisées par

le travail de balayage (août 2011) ; une périarthrite scapulo-humérale déclenchée par l'activité de concierge (août 2012) ; un trouble anxio-dépressif, réactionnel aux problèmes de santé, en péjoration (2012). En automne 2012, de nouvelles arthralgies, exacerbées par les mouvements répétitifs, s'étaient manifestées au niveau des mains et des doigts et l'avaient contrainte à diminuer son taux d'activité aux EPI à 50%, puis elle avait souffert en janvier 2013 de céphalées de tension liées à sa situation médico-sociale. En octobre 2013, un bypass gastrique lui avait été installé et avait permis une perte de 36 kg. Toutefois, en octobre 2014, elle avait développé un « dumping syndrome », accompagné d'épisodes d'hypoglycémie sévère, qui l'obligeaient à manger toutes les trois heures et l'angoissaient beaucoup. En septembre 2014, elle avait dû être réopérée de la thyroïde, avant de subir une gastrite érosive en mai 2015, puis une exacerbation de ses cervicalgies en juin 2015 et une incontinence urinaire à l'effort en août 2015. Enfin, son trouble anxio-dépressif s'était exacerbé et se traduisait par des troubles du sommeil, de la concentration, de la mémoire, des ruminations et des envies de mourir, sans projet construit. Actuellement, la praticienne jugeait la capacité de travail nulle dans l'activité de concierge, incompatible avec la polyarthrose et l'asthme dont souffrait l'assurée. Dans une activité légère permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges lourdes, les longues marches, les stations debout et les mouvements répétés du bras droit, la capacité de travail n'excédait a priori pas 50%, mais un stage d'observation professionnelle paraissait nécessaire pour se prononcer. Le rendement était diminué, en raison d'exacerbations régulières des maladies chroniques et d'hypoglycémies, qui nécessitaient que l'assurée s'alimente toutes les trois heures.!

15. Dans un avis du 1^{er} mars 2016, la Dre J_____ a indiqué que la Dre C_____ ne mettait pas en évidence d'élément objectif susceptible de remettre en question les conclusions du Dr F_____ et celles du SMR, selon lesquelles il n'y avait pas eu d'aggravation durable depuis la décision de 2009. En effet, parmi les atteintes évoquées par la Dre C_____, un grand nombre concernaient des problèmes mineurs et/ou limités dans le temps n'ayant pas valeur de maladie (céphalées de tension, infection urinaire, gastrite érosive, status après réopération de la thyroïde, ménopause, etc.). Le diabète n'avait pas été retenu par les experts de la CRR, lesquels avaient considéré qu'il avait disparu suite à la mise en place du bypass, tandis que les épisodes de dumping syndrome n'avaient pas été signalés par l'assurée durant l'expertise. Au contraire, cette dernière s'était dite très satisfaite de son bypass et avait indiqué qu'elle s'alimentait normalement, avec cependant quelques nausées. L'assurée ne s'était pas spontanément plainte de son asthme, et l'évaluation pneumologique effectuée par la CRR indiquait qu'il était léger et contrôlé par des stéroïdes, de sorte qu'il n'était pas incapacitant. Au plan ostéoarticulaire, l'expertise de la CRR tenait compte des plaintes, notamment des cervicalgies, des douleurs du membre inférieur gauche, de l'épaule droite et des doigts. Des constatations cliniques, il ressortait une mobilité rachidienne lombaire et cervicale conservée, ainsi qu'une bonne mobilité articulaire des poignets et des doigts. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'une rupture de la coiffe des rotateurs. Les plaintes de douleurs de la cheville excédaient largement la mesure de ce qu'une ostéonécrose astragalienne était susceptible d'engendrer et les radiographies montraient une lésion ostéochondrale de petite taille. Enfin, l'expert en rhumatologie avait considéré que la collaboration de l'assurée n'était pas optimale et que seule une diminution de rendement de 20% pouvait être admise. Globalement, la situation était superposable à celle qui prévalait lors de la première demande, pour laquelle le SMR avait retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.!

16. Le 17 mai 2016, l'OAI a réalisé une enquête

économique sur le ménage. L'assurée disait avoir recherché en vain un emploi à plein temps en 2005. Elle s'était contentée d'une activité de concierge à 50% et n'avait pas trouvé d'emploi comme garde d'enfant pour le solde de 50%. Elle avait donc travaillé à 50% de juin 2005 jusqu'à son licenciement pour fin septembre 2012. Elle s'était ensuite inscrite au chômage en vue de rechercher une activité à 50%, ne se sentant pas apte à travailler plus, vu son état de santé. Depuis septembre 2012, elle n'avait pas retrouvé d'activité lucrative.

Avant l'atteinte, l'assurée assumait la conduite du ménage, ce qui était toujours le cas depuis l'atteinte. Avant l'atteinte, l'assurée préparait la plupart des repas pour la famille, occasionnellement avec l'aide de son mari. Elle rangeait la cuisine et la nettoyait, alors que la vaisselle était faite par toute la famille. Depuis l'atteinte, elle préparait un repas chaud pour la famille à midi, mais, fatiguée, elle ne cuisinait pas le soir. Sa fatigue la conduisait souvent à renoncer à faire la vaisselle à midi. Elle nettoyait occasionnellement la cuisine et le réfrigérateur. Avant l'atteinte, l'assurée passait la poussière dans les pièces communes, nettoyait les vitres et, une à deux fois par semaine, passait l'aspirateur, récurait les sols et nettoyait la salle de bain. Elle faisait les grands nettoyages une fois par année. Elle entretenait sa chambre à coucher conjointement avec son mari, tandis que ses enfants s'occupaient de leurs chambres. Depuis l'atteinte, en raison de ses fortes douleurs et de sa fatigue, elle avait renoncé à la plupart des tâches ménagères, que ses filles accomplissaient pour elle le samedi : elle ne passait plus l'aspirateur, ni ne lavait les sols, les vitres, la baignoire et la douche. En outre, elle ne faisait plus de grands nettoyages. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, elle pouvait encore faire occasionnellement le lavabo ou les WC. Avant l'atteinte, l'assurée faisait les courses avec son époux une fois par semaine et son mari s'occupait des tâches administratives, ce qui restait d'actualité. Avant l'atteinte, l'assurée faisait la lessive, suspendait une partie du linge et mettait le reste dans le séchoir. Elle repassait le strict minimum. Depuis l'atteinte, les membres de la famille triaient le linge et enclenchaient la machine. Une partie du linge était mise au séchoir et l'autre était suspendue, ce que l'assurée disait ne plus pouvoir faire. Par ailleurs, elle ne repassait plus, car elle ne pouvait pas rester debout et avait mal à l'épaule. Lorsque l'incapacité de travail était survenue, en août 2012, deux des trois enfants de l'assurée étaient majeurs. Au moment de l'enquête, en mai 2016, la cadette était âgée de 16 ans et demi et l'assurée n'était empêchée que pour faire du shopping et des promenades avec elle. Enfin, avant l'atteinte, l'assurée s'occupait de ses plantes, ce qui était toujours le cas. En définitive, l'enquêtrice évaluait ses empêchements totaux à 1%, en tenant compte d'une aide exigible de son époux et de ses deux enfants majeurs, chiffrée à 15.3%.

17. Par décision du 8 juin 2016, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à un reclassement. La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité était applicable et l'office retenait une répartition de 50% -50% entre les sphères professionnelles et ménagères, car l'assurée avait travaillé en dernier lieu à 50%, s'était contentée de ce taux et s'était inscrite au chômage à 50%. Dans la sphère ménagère, il résultait de l'enquête des empêchements de 1%, compte tenu de l'aide exigible des membres de la famille, tandis que dans la sphère professionnelle, la perte de gain restait nulle. Globalement, le degré d'invalidité était estimé à 1%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité et à un reclassement. Enfin, les arguments invoqués à l'appui de l'opposition ne permettaient pas de modifier l'appréciation de l'office.

18. Par acte du 7 juillet 2016, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à ce que la décision du 8 juin 2016 soit annulée et son droit à des prestations de l'assurance-invalidité constaté.

En premier lieu, elle a reproché à l'intimé d'avoir évalué son taux d'invalidité selon la méthode mixte plutôt que la méthode générale de comparaison des revenus, arguant que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait travaillé à plein temps. La situation financière précaire du ménage aurait commandé qu'elle reprenne une activité lucrative à 100%, ce d'autant que ses enfants étaient grands et que les EPI lui avait reconnu certaines aptitudes professionnelles. D'ailleurs, avant la naissance de ses enfants, elle avait déjà travaillé à 100%. Lorsqu'elle avait repris une activité professionnelle, en 2005, le plus jeune de ses enfants avait six ans, d'où son taux d'activité réduit. En 2007, son taux d'occupation partiel était déjà lié à ses problèmes de santé. En second lieu, elle a rappelé que la Cour européenne des droits de l'homme avait jugé la méthode mixte discriminatoire lorsqu'elle était appliquée aux femmes ayant travaillé à temps partiel pour s'occuper de leurs enfants, ce qui était son cas. En troisième lieu, elle a soutenu que l'expertise de la CRR était dénuée de valeur probante, contrairement à l'avis de la Dre C_____, dont il résultait une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure de concierge mais de 50% dans une activité adaptée. En effet, les experts n'avaient pas examiné les diagnostics de polyarthrose des mains, de céphalées de tension et de « dumping syndrome », et ils s'étaient contredits en indiquant qu'elle paraissait authentique et que sa collaboration était excellente, tout en affirmant que l'approche clinique devait conduire à banaliser ses plaintes. Son comportement durant l'expertise démontrait que ses douleurs étaient importantes et les experts avaient tiré à tort, du fait qu'elle avait pu se déplacer sur une distance de 800 mètres, la conclusion que la marche n'engendrait pas de douleurs de la cheville gauche, et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles dans l'activité de concierge. Elle avait pourtant fait état, juste après cette marche, de douleurs importantes du membre inférieur gauche, qui étaient a fortiori susceptibles de se manifester dans l'activité de concierge, physiquement très astreignante. Le fait qu'elle s'était rendue dans un fitness sur prescription de son médecin n'impliquait pas une absence de douleurs. Les conclusions de l'expertise paraissaient contradictoires par rapport à celles exprimées par le SMR en 2008 et par les EPI, qui avaient estimé qu'une activité professionnelle ne pouvait être exercée qu'à 50%, avec un rendement de 50% à 70%. De surcroît, les experts n'avaient pas pu se forger une image globale de sa situation médicale, faute d'avoir pris contact avec son médecin traitant et son psychologue. Enfin, la recourante a contesté les taux d'empêchements retenus par l'enquête ménagère et requis qu'ils soient fixés à 50% au minimum dans les postes « alimentation », « entretien du logement », « emplettes et courses diverses », ainsi que « lessive et entretien des vêtements ». 19. Dans sa réponse du 12 août 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'argument financier invoqué ne suffisait pas pour reconnaître à la recourante un statut d'active à 100% et au contraire, il paraissait hautement vraisemblable qu'en bonne santé, elle aurait continué d'exercer une activité professionnelle à 50% et vaqué le reste du temps à ses tâches ménagères. Par ailleurs, il ressortait de l'expertise convaincante de la CRR que la lésion du dôme astragalien n'entraînait qu'une perte de rendement de l'ordre de 20% dans une activité nécessitant des déplacements continuels telle que celle de concierge, alors que dans toute autre activité respectant cette limitation, la capacité de travail était entière. S'agissant des diagnostics prétendument ignorés de polyarthrose des mains, de céphalées et de dumping syndrome, l'assurée avait principalement déploré d'autres atteintes et n'avait mentionné que des douleurs dans les mains et des « migraines occasionnelles [...] cédant à la prise d'un comprimé de Dafalgan », diagnostics qui avaient de surcroît été écartés par les experts à l'issue de leurs examens cliniques. En outre, ces derniers avaient expliqué de manière claire leurs

constatations et jugé que l'asthme était sans répercussion sur la capacité de travail. Par ailleurs, leurs conclusions ne contredisaient pas celles que le SMR avait formulées en 2008, puisque le SMR avait précisé en septembre 2015 que l'état du pied gauche s'était au mieux légèrement amélioré. On ne pouvait reprocher aux experts de ne pas avoir pris contact avec le médecin traitant, car ils étaient libres de définir les modalités de leur examen. Pour le reste, leurs conclusions l'emportaient sur celles des EPI et la recourante ne se prévalait d'aucun élément médical objectivement vérifiable et susceptible de les remettre en cause. Enfin, elle n'invoquait aucun fait propre à justifier une modification des taux d'empêchements retenus dans l'enquête ménagère, de sorte que la décision devait être confirmée.!

20. La recourante a répliqué le 14 septembre 2016, en persistant dans ses conclusions, et en relevant que la perte de rendement de 20% attestée par la CRR devait être prise en considération, même si la capacité résiduelle de travail finalement retenue était inférieure à 100%.!

Elle a produit un nouveau rapport établi le 9 septembre 2016 par la Dre C_____ : l'expert F_____ avait passé sous silence le début d'atteinte cartilagineuse qu'avait mis en évidence une IRM en décembre 2009 et s'était contredit en affirmant tantôt que la collaboration de l'assurée était excellente, tantôt qu'elle n'était pas optimale. Par ailleurs, les diagnostics retenus étaient imprécis, l'assurée souffrant d'une atteinte cartilagineuse articulaire et d'une ostéonécrose de la cheville gauche. Le fait que l'expert avait tiré du fait que l'assurée avait pu marcher sur une distance de 800 mètres des conclusions sur sa capacité à exercer la profession de concierge dénotait une méconnaissance de cette activité et un mépris. En outre, la Dre C_____ jugeait « préoccupant » que l'assurance-invalidité retienne, pour la même situation, des conclusions sur la capacité de travail différentes en 2008 et en 2015. Elle se disait surprise que sa patiente n'ait pas mentionné la nécessité de fractionner son alimentation, alors que sa diététicienne le lui avait recommandé et que des investigations avaient montré en 2015 une érosion de l'anastomose gastro-intestinale. L'assurée avait de surcroît consulté les urgences en février 2016 pour des douleurs abdominales. S'agissant enfin des troubles psychiatriques, c'était précisément le cortège de maladies désigné par les experts comme des « comorbidités » qui avait perturbé de manière répétée la capacité de travail et entraîné un épuisement psychodynamique. Contrairement à ce qu'avait affirmé l'expert, sa patiente ne s'estimait pas totalement inapte à travailler puisqu'elle désirait reprendre à 50% une activité professionnelle légère. 21. L'intimé a dupliqué le 6 octobre 2016, en persistant dans ses conclusions et en relevant que selon l'expert, la recourante pouvait exercer son activité antérieure à 80%, c'est-à-dire à 100% avec une baisse de rendement de 20%, de sorte qu'il ne se justifiait pas d'appliquer une baisse de rendement sur une capacité résiduelle de travail de 50%.!

Il a joint un nouvel avis du SMR daté du 26 septembre 2016 : la visco-supplémentation de la cheville gauche qu'avait subie l'assurée en février 2016 avait été envisagée par les experts et ne correspondait pas à une aggravation. L'expertise montrait un état stationnaire, voire une légère amélioration en comparaison de 2008 et l'assurée avait elle-même déclaré que sa situation ne s'était pas modifiée. En février 2016, elle avait consulté les urgences pour une recrudescence d'épigastalgies, mais l'examen médical s'était révélé rassurant et elle avait pu rentrer chez elle, après que son traitement eût été adapté, de sorte que ce problème n'était manifestement plus d'actualité. Par ailleurs, l'anamnèse figurant dans l'expertise ne contenait pas de plainte allant dans le sens d'un « dumping syndrome ». S'agissant des hypoglycémies, elles n'avaient pas été évoquées par l'assurée durant l'expertise et n'avaient en tout état de cause pas de répercussion sur sa capacité de travail. Enfin, bien qu'elle évoque un épuisement

psychodynamique, la Dre C _____ ne fait état d'aucun élément clinique permettant de retenir une atteinte psychiatrique incapacitante. En définitive, on se trouve en présence d'une interprétation différente d'un même état de fait. 22. La chambre de céans a entendu les parties en audience le 11 septembre 2017. La recourante a déclaré : « je confirme que mes griefs à l'égard de la décision de l'OAI concernent d'une part le statut mixte retenu par l'intimé, d'autre part ma capacité de travail, que, comme mon médecin traitant, j'estime à 50% dans une activité adaptée, et à 0% dans mon ancienne activité de nettoyeuse. Je conteste aussi la valeur probante retenue par rapport à l'expertise que j'ai subie. S'agissant du statut mixte contesté, j'estime effectivement que si je n'avais pas été atteinte dans ma santé, j'aurais travaillé à 100%. En effet, avant de venir en Suisse, j'ai travaillé pendant cinq ans à 100% dans une usine, comme cordonnière. Lorsque j'ai commencé à travailler en Suisse, en 2005, j'étais à 50% dans la conciergerie, mais j'ai toujours essayé de rechercher et d'obtenir plus de travail que ce 50%. Il est exact que lorsque j'ai obtenu les 50% du poste de conciergerie, mon mari a assumé les autres 50%. En réalité, initialement, mon mari avait ce poste de conciergerie à 100%, et par la suite on m'a donné 50% de ce poste et mon mari est allé travailler ailleurs pour les autres 50%. Il est allé travailler comme employé de sécurité chez K _____ ou L _____. Je précise qu'à l'époque, j'avais parlé avec le chef de mon mari, à la Régie M _____, et je lui avais dit que je cherchais du travail. À l'époque, mon mari travaillait déjà dans ce poste de conciergerie, à plein temps, et son chef m'a alors proposé de prendre un 50% de ce poste. De cette manière, mon mari pourrait trouver un autre 50%, le cas échéant dans un autre domaine, plus facilement que moi. Ce poste me convenait parce que j'avais trois enfants, et j'étais ainsi à proximité. J'ai effectivement suivi une série de stages auprès des EPI, mais mes autres problèmes de santé, en plus de celui de la cheville, m'empêchaient d'accomplir toute une série d'autres tâches, notamment celles qui impliquaient des activités manuelles, notamment le montage de pièces avec des petites vis, par exemple, ce que je n'arrivais pas à faire à cause de mes mains et de l'arthrose que j'ai dans ces membres. En réalité, et pour être précise, j'étais capable de faire cette manutention, mais au bout de dix à quinze minutes, mes douleurs dans les doigts m'empêchaient de poursuivre l'activité et je devais me reposer. Je devais également trier des lettres et cela me causait des douleurs à l'épaule et dans le dos. Je ne pouvais pas non plus rester debout. Je ne pouvais pas non plus rester ni trop longtemps assise, ni trop longtemps debout, à cause de mes douleurs, comme j'en ressens d'ailleurs maintenant. S'agissant de l'expertise, je précise, pour répondre à votre question, que les experts ont tous été très gentils avec moi et qu'il n'y a pas eu de problème. J'ai pu m'exprimer facilement, et me faire comprendre, de même que je n'ai pas eu de difficulté à comprendre ce que me demandaient les experts. Ce que je reproche toutefois à cette expertise, c'est que les experts m'ont reçue pendant un temps trop court pour se faire une véritable idée de mon état. Pour prendre un exemple, le pneumologue qui m'a interrogée au sujet de mon asthme m'a reçue, à mon souvenir, mais peut-être que je me trompe, environ une demi-heure. Mais de toute manière, ce n'est pas pour l'asthme que je demande l'AI, car cet aspect n'est pas le centre de mes préoccupations. Quant au rhumatologue, il m'a reçue environ trente à quarante minutes, d'après mon souvenir. Je sais en tout cas que ce n'était pas très long, puisque j'étais accompagnée de ma fille qui est retournée à l'hôtel pendant que j'étais à l'examen, et j'ai eu le temps de ressortir avant qu'elle ait eu le temps de revenir pour me chercher. Je pense que l'entretien était trop court pour qu'il puisse vraiment comprendre ce dont je souffre. En ce qui concerne le psychiatre, tout s'est bien passé. J'ai encore vu un généraliste, le premier jour, et ça s'est bien passé

également. Avec le généraliste, je suis restée un peu plus de temps, il m'a auscultée et j'ai bien parlé avec lui de tout ce que j'avais. Sur question de mon conseil, je précise la nature des difficultés que je rencontre par rapport à ma nutrition. Il y a quelque temps, j'ai été opérée du bypass, ce qui m'a permis de perdre beaucoup de poids, et ainsi de résoudre mes problèmes de diabète d'une part, et aussi de soulager ma cheville. En revanche, je rencontre actuellement des difficultés en ce sens que je suis souvent en hypoglycémie, ce qui nécessite que je doive me nourrir, à peu près toutes les deux heures, pour ne pas me retrouver avec des vertiges. À l'époque, je prenais beaucoup de médicaments, notamment pour l'hypertension artérielle. Depuis cette opération, j'ai fortement diminué les doses et ces problèmes ont également régressé. J'ai consulté il y a environ une année une diététicienne pour résoudre mes problèmes de nutrition à répartir de façon fractionnée pendant la journée. Maintenant, je ne vais plus que chez mon médecin de famille, en raison notamment de nos difficultés financières. Les experts ont également remarqué que je fréquentais régulièrement un fitness pour dames. En réalité, nous étions plusieurs femmes à la fois à tourner et nous relayer par rapport à certains exercices aux machines. Cette activité était légère, et d'ailleurs conseillée par mon médecin, vu mes problèmes d'arthrose. Mais j'ai arrêté le fitness depuis environ deux ans. En revanche, mon médecin me recommande de marcher. Je ne peux pas le faire tous les jours parce que si je le faisais deux jours de suite, je ne pourrais plus rien faire, à cause de mes douleurs. S'agissant de mes tâches domestiques, et toujours sur demande de mon conseil, je précise que mes trois enfants vivent encore à la maison. Je leur fais à manger quand ils rentrent à midi, mais le soir, c'est eux qui se font eux-mêmes à manger. En effet, le matin, j'ai suffisamment d'énergie pour pouvoir faire quelque chose, mais l'après-midi, je suis trop fatiguée, notamment à cause de mes douleurs. Concrètement, s'agissant des tâches ménagères, je ne passe pas l'aspirateur, je ne repasse pas ; je fais de petites choses, comme laver un peu de vaisselle et préparer à manger, pour tout le monde à midi. Mon mari rentre à la maison pour le déjeuner. L'après-midi, lorsque les enfants et mon mari sont repartis, je peux me coucher car je ne peux plus rien faire. Sur le plan financier, nous sommes dans une situation délicate, d'autant que mon mari a été licencié au 1^{er} août, ce qui rend les choses encore plus difficiles car nous sommes cinq à la maison : les enfants sont encore aux études. Mon fils a essayé de trouver un travail, mais sans succès. Ainsi, j'aimerais bien pouvoir travailler pour aider et subvenir aux besoins de l'ensemble de la famille. Sur question de la chambre de céans, qui me demande pourquoi je ne suis actuellement suivie que par mon médecin traitant et [...] ne pourrais pas aller voir d'autres spécialistes, comme un rhumatologue, dès lors que je suis assurée à l'assurance-obligatoire des soins, je réponds que si par le passé, les nombreuses affections dont je souffrais ont été largement prises en charge par l'assurance, il reste que je dois encore assumer CHF 300.- de franchise et la participation de 10% ». 23. À l'issue de l'audience, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives, ensuite de 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^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE -

E 5 10)).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'elle a déposée en 2013.

4. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

5. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

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

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas

comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 7. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

!> Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1 ; ATAS/1125/2017 du 11 décembre 2017 consid. 8). La tâche d'éduquer et soigner de jeunes enfants peut certes expliquer qu'un des parents réduise son taux d'activité professionnelle, dans la perspective de le rehausser une fois que les enfants n'auraient plus le même besoin de présence et disponibilité de leurs parents à domicile. Aussi le fait que les enfants atteignent, par l'écoulement du temps, un certain degré d'autonomie constitue-t-il un indice que le parent ayant réduit son taux d'activité professionnelle, voire ayant renoncé à exercer une activité professionnelle, en (re)prendrait une ou augmenterait son taux d'activité s'il n'était devenu invalide dans l'intervalle. Il ne suffit cependant pas à lui seul à rendre vraisemblable une telle (re)prise d'activité ou augmentation de taux d'activité. Il ne s'agit pas d'un fait d'expérience si ancré dans les mœurs qu'une simple déclaration d'intention associée à l'avancement en âge des enfants dispenserait de la nécessité d'en étayer la vraisemblance par d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). 8. a. L'application de la méthode mixte peut s'avérer discriminatoire dans certaines situations de changement de statut pour des motifs familiaux, ainsi que la Cour européenne des droits de l'homme l'a jugé par l'arrêt du 2 février 2016 dans la cause n° 7186/09 Di Trizio contre Suisse. Dans cette cause, une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants, s'était vue de ce fait supprimer sa rente d'invalidité en application des règles sur la révision de la rente ; cela constituait dans ce cas une violation de l'art. 14 CEDH (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4).

!> b. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la suppression d'une rente d'invalidité dans le cadre d'une révision est contraire à la CEDH lorsque seuls des motifs d'ordre familial (la naissance d'enfants et la réduction de l'activité professionnelle qui en

découle) conduisent à un changement de statut de « personne exerçant une activité lucrative à plein temps » à « personne exerçant une activité lucrative à temps partiel » ; dans un tel cas, le versement de la rente en cours doit être poursuivi (ATF 143 I 50). c. Par modification du 1^{er} décembre 2017, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), le Conseil fédéral a introduit un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, de façon à renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle dans le respect des exigences de la CourEDH (art. 27 et 27bis al. 2 à 4 RAI). Comme le Conseil fédéral l'a expliqué dans son communiqué de presse et son rapport explicatif du 1^{er} décembre 2017 (accessible sur internet à l'adresse <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services>), le nouveau mode de calcul accorde un poids égal aux conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels ; dans le domaine professionnel, la détermination du taux d'invalidité se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps ; de même, en ce qui concerne les travaux habituels, le calcul est aussi effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps ; les tâches ménagères et familiales sont ainsi mieux prises en compte. 9. a. Dans la méthode d'évaluation mixte, pour 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, il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 137 V 334 consid. 5). b. Pour évaluer le taux d'invalidité par comparaison des revenus, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Toutefois, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). c. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (ATF 130 V 97). Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le

juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.733/06 du 16 juillet 2007). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). 10. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). b. 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 incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire,

dans les cas où l'appréciation issue d'une observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les références). c. 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). 11. a. En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner le grief relatif au statut de l'assurée. La décision attaquée retient un statut mixte réparti par moitié entre les sphères professionnelle et ménagère, statut que la recourante conteste, en invoquant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%. De jurisprudence constante, le statut de l'assuré dépend du point de savoir si elle aurait exercé une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis. En l'occurrence, l'assurée a travaillé comme concierge à 50% dès le mois de juin 2005, c'est-à-dire avant que des arrêts de travail lui soient prescrits, dès novembre 2007, pour une ostéonécrose de la cheville gauche. Tant dans son opposition que durant l'enquête ménagère puis lors de l'audience, l'assurée a déclaré qu'elle avait cherché en 2005 à augmenter son taux d'occupation à 100%, en tentant de compléter son activité de concierge à temps partiel avec celle de garde d'enfant, mais qu'elle n'avait pas pu être engagée dans une telle activité et s'était finalement contentée de son activité de concierge à 50%. Il est vrai que dans son recours, elle a expliqué que si elle n'avait travaillé qu'à temps partiel depuis 2005, c'était parce que le plus jeune de ses enfants n'était âgé que de six ans. Son argumentation s'avère toutefois contradictoire, car si sa volonté était de travailler à temps partiel pour s'occuper de ses enfants, on ne comprend alors pas pourquoi elle aurait recherché une activité à plein temps en 2005, alors qu'elle n'était pas encore atteinte dans sa santé. Au contraire, ses déclarations lors de l'enquête ménagère tendent à démontrer qu'elle n'a pas été en mesure d'être engagée à 100% – sans que cela ne tienne à son état de santé ou à sa situation familiale – et qu'elle s'est dès lors résignée à poursuivre son activité à 50%. Il paraît dès lors invraisemblable qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps. De surcroît, l'intéressée n'a pas un degré de formation ou des qualifications professionnelles telles qu'il serait dans l'ordre des choses qu'elle les mette à profit dans une activité professionnelle à 100%, à son âge – près de 50 ans au moment de la décision attaquée – et après une relativement longue période d'inactivité professionnelle. Enfin, on relèvera que la décision de refus de prestations qu'avait rendue l'AI en 2009 était déjà fondée sur un statut mixte, que l'assurée n'avait alors pas contesté. Au vu de l'ensemble des circonstances, c'est à bon droit que l'intimé a retenu un statut mixte réparti à raison de 50% pour la sphère professionnelle et de 50% pour la sphère ménagère. b. Par ailleurs et à l'inverse de ce que la recourante semble faire valoir lorsqu'elle se réfère à l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme Di Trizio contre Suisse, l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne conduit pas dans son cas à un résultat discriminatoire. En effet, l'assurée a présenté une seconde demande de prestations AI après s'être vue notifier une première

décision négative en 2009, de sorte que la procédure ne relève pas d'une révision du droit aux prestations, singulièrement de l'octroi d'une rente, suivie de la suppression de celle-ci suite à la venue au monde d'enfants. En outre, l'assurée n'assume plus de charge éducative à l'égard de ses enfants, dont elle souligne dans son opposition qu'ils sont désormais « grands » et ne l'empêcheraient pas de travailler à 100% si elle était en bonne santé. En conséquence, la volonté (hypothétique) de travailler à temps partiel ne repose pas sur un motif d'ordre familial, de sorte qu'il n'y a pas de violation du droit au respect à la vie privée et familiale (ATF 143 I 50 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4). 12. Sur la base de l'enquête économique du 17 mai 2016, l'intimé a retenu que l'assurée présentait des empêchements totaux de 1% dans ses travaux ménagers. Cette enquête a été élaborée par une infirmière qualifiée en connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Par ailleurs, ses conclusions quant aux empêchements dans les différents champs d'activité et à l'aide exigible des proches sont motivées : elle décrit précisément les activités que la recourante peut effectuer seule ou délègue au contraire à ses proches, tout comme les solutions trouvées au sein de la famille pour suppléer à ses empêchements. Dans ce contexte, il a été tenu compte des indications de l'assurée et du fait que cette dernière vit avec son époux et ses trois enfants (dont deux sont majeurs), de sorte qu'une participation de ceux-ci aux travaux ménagers peut être exigée, laquelle a été évaluée par l'enquêtrice à 15.3 %. C'est le lieu de rappeler qu'il n'existe pas, selon le Tribunal fédéral, de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive, où l'aide des membres de la famille va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3). Or, dans son recours, l'assurée ne prétend pas que ses proches seraient incapables de contribuer aux tâches ménagères dans la mesure retenue. Elle se contente d'affirmer, sans motiver son point de vue, que les taux d'empêchements retenus devraient être augmentés à 50% dans quatre des sept postes examinés par l'enquêtrice. Ce faisant, elle n'invoque aucun élément concret, propre à démontrer d'éventuelles erreurs d'estimation ou inexactitudes qui entacheraient l'enquête. Partant, il y a lieu de s'en tenir aux empêchements ménagers attestés par ce document, lesquels s'élèvent globalement à 1% en tenant compte de l'aide exigible des proches. 13. a. À ce stade, il convient d'examiner la capacité de travail et pour ce faire, de se pencher sur la valeur probante de l'expertise de la CRR. L'intimé a fait siennes les conclusions de ce rapport, à teneur desquelles l'assurée dispose, en tout cas depuis son inscription au chômage, en octobre 2012, d'une capacité de travail de 80% dans son activité antérieure de concierge. Dans toute autre activité n'impliquant pas de déplacements continuels, les experts jugent sa capacité de travail entière. De son côté, la recourante conteste la valeur probante de cette expertise et s'estime totalement incapable d'exercer sa profession antérieure de concierge. Se référant aux rapports de la Dre C_____, son médecin traitant, elle pense pouvoir exercer une activité adaptée à 50% seulement, mais avec un rendement diminué. b. La chambre de céans observe que l'expertise de la CRR se fonde sur des examens complets, effectués en connaissance du dossier médical, et prend en considération les plaintes exprimées par l'assurée. Cela étant, force est de constater que les experts ont omis de discuter, dans leur appréciation, des conclusions ressortant du rapport d'observation professionnelle des EPI, lesquelles s'écartent notablement des leurs et soulignent que l'assurée, jugée très volontaire par cet établissement, souffre de limitations somatiques

importantes, n'est pas en mesure de rester longtemps debout ou assise et présente un rendement diminué, évalué entre 50% et 70% pour une activité exercée à mi-temps. Les EPI précisent que « la résistance physique [de l'assurée] est faible et qu'elle s'effondre parfois en raison des douleurs, notamment lorsque les gestes sont répétitifs ». Les experts ayant omis de discuter ces conclusions divergentes, leur rapport s'avère lacunaire sur ce point et la chambre de céans ne peut en l'état se fonder sur celui-ci pour statuer définitivement sur la capacité de travail et de gain de l'assurée. Cependant, on ne saurait pas non plus dénier à ce document toute valeur probante, les experts n'ayant simplement pas pris position sur le rapport divergent des EPI. Ainsi que cela a été précédemment exposé, lorsque l'appréciation issue d'une observation professionnelle s'écarte sensiblement de l'appréciation médicale, il convient au besoin de requérir un complément d'instruction (cf. supra consid. 10b). Partant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il invite les experts à se déterminer sur les conclusions des EPI et à expliquer les raisons pour lesquelles ils s'y opposent ou au contraire s'y rallient. Ce n'est que lorsque les experts se seront prononcés que leur rapport pourra être considéré comme complet et que sa valeur probante pourra être tranchée. c. Pour le reste, les critiques émises par la recourante et la Dresse C_____ contre l'expertise de la CRR s'avèrent largement infondées : l'expert en rhumatologie a tenu compte de l'IRM effectuée en décembre 2009 ainsi que des plaintes de l'assurée, notamment au niveau des mains, mais il a jugé qu'elles ne jouaient pas de rôle dans l'appréciation de sa capacité de travail, étant donné qu'elle n'avait pas pleinement collaboré à un test de préhension (cf. p. 4 et 5 du volet rhumatologique de l'expertise). L'expert a ainsi précisé « [...] de façon incompréhensible, la force de préhension est effondrée, inférieure à 10 mmHg aux deux mai[n]s pour un témoin à plus de 250. Cette absence de collaboration étonne l'investigateur, compte tenu du comportement général de l'assurée ». À ce propos, on ne discerne pas en quoi l'expert en rhumatologie se serait contredit en soulignant que l'assurée avait généralement bien collaboré à l'expertise mais avait fait preuve d'un comportement plus démonstratif lors du test de préhension et lorsqu'elle avait été invitée à évaluer ses douleurs du membre inférieur gauche, ce qui l'a conduit à relativiser certaines plaintes. En outre, la recourante ne saurait reprocher aux experts de ne pas avoir discuté ses céphalées et ses épisodes de « dumping syndrome », alors qu'elle ne s'est précisément pas plainte de tels épisodes – en dehors de gastralgies survenant deux à trois fois par mois, traitées par Buscopan – et a indiqué que ses migraines étaient peu fréquentes et « cédaient à la prise d'un comprimé de Dafalgan » (cf. p. 8 de l'expertise). Enfin, le fait que les médecins de la CRR n'ont pas pris contact avec la Dre C_____ avant de rendre leur expertise n'apparaît pas critiquable, du moment qu'ils avaient déjà connaissance des conclusions de cette praticienne par l'entremise des rapports en leur possession, qu'ils ont résumés dans leur anamnèse. Au demeurant, le corps médical dispose d'une large autonomie dans la conduite de ses examens et le juge n'intervient qu'avec retenue lorsqu'il s'agit de remettre en cause la méthodologie utilisée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.2 et les références). 14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 8 juin 2016, annulée. La cause est renvoyée à l'OAI pour qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants qui précèdent, puis rende une nouvelle décision. 15. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). 16. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de

l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).! [endif]>![if> **** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.