

GE_GERICHTE A/3505/2015 vom 11. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3505_2015

FR: GE_GERICHTE A/3505/2015 du 11 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE A/3505/2015 del 11 ottobre 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN 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 ou la recourante), née en 1961, est mariée et mère de quatre enfants nés en 1992, 1993, 1994 et 1997. Le 17 juin (recte mai) 2009, l'assurée a déposé une demande tendant à l'octroi d'un reclassement ou d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant une gonalgite et une lombosciatalgie gauches. Dans un questionnaire rempli le 2 juin 2009, l'Hôtel B_____ a indiqué que l'assurée y avait travaillé en qualité de femme de chambre du 2 septembre 2008 au 28 février 2009. Les rapports de travail avaient été résiliés par l'employeur en raison d'une longue maladie. L'assurée avait un horaire variable et était rémunérée selon un salaire horaire de CHF 21.09, indemnité pour vacances de 10.65 % incluse. Selon les décomptes de salaire joints, l'assurée avait réalisé un revenu brut de CHF 1'326.75 pour 62.9 heures en septembre 2008 et de CHF 953.95 pour 38.5 heures en octobre 2008. Elle avait ensuite été en arrêt-maladie. Dans son rapport du 4 juin 2009, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de gonarthrose gauche depuis 2006 et de lombo-sciatalgie sur canal étroit depuis 2008. L'assurée présentait également un excès pondéral, sans incidence sur sa capacité de travail. Elle avait souffert en 2006 d'un début d'arthrose interne avec lésion méniscale au genou gauche. Les symptômes s'aggravaient lentement, avec des épanchements à répétition et une limitation du périmètre de marche, malgré un traitement antalgique et anti-inflammatoire. La boiterie était actuellement importante, de même que l'arthrose du compartiment interne, avec un presque contact fémoro-tibial et un début sur les autres compartiments. Une ostéotomie ou une prothèse totale serait à envisager, mais l'assurée était pour l'heure réticente. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : impossibilité de marcher longtemps, de monter et descendre les escaliers, de s'accroupir, de travailler sur une échelle, de se pencher, de travailler uniquement debout, de travailler sur terrain irrégulier, à genoux, de soulever des charges, et d'accomplir la plupart des gestes de sa profession. L'activité n'était plus exigible, et ce de manière définitive. On pourrait imaginer un travail sériel dans l'industrie, en position assise avec chaise ergonomique, ceci probablement à mi-temps, mais l'assurée ne comprenait pratiquement pas le français. Les capacités d'adaptation et de résistance étaient limitées. Ce médecin a précisé qu'il n'avait pas soigné les lombalgies de l'assurée. Il a notamment joint un rapport de consultation du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 15 avril 2009, mentionnant un rétrécissement pluri-étagé du canal lombaire révélé par un scanner, associé à d'importantes

discopathies, sans qu'une hernie discale puisse être confirmée ou au contraire exclue. 5. Selon l'extrait de compte individuel AVS de l'assurée du 22 juin 2009, des revenus de CHF 1'147.- à CHF 4'208.- ont été enregistrés à titre de personne sans activité lucrative entre 2001 et 2004, ainsi qu'un salaire de CHF 3'067.- de septembre à décembre 2004 pour D_____ SA, de CHF 7'255.- en 2005 pour E_____ SA, de CHF 563.- en janvier 2005 pour D_____ SA, de CHF 8'457.- en 2006 pour E_____ SA et de CHF 8'214.- en 2007 pour E_____ SA.![endif]>![if> 6. Lors d'un entretien avec l'OAI en date du 23 juin 2009, l'assurée a indiqué que son dernier emploi avait été exercé en qualité de femme de chambre à 50 % de septembre à octobre 2008, et qu'elle travaillait en sus comme nettoyeuse pour E_____ SA à raison de 2.5 heures par jour depuis 5 ans. Elle avait des douleurs depuis des années, qui s'étaient aggravées depuis un an. Elle continuait néanmoins à travailler, sa patronne lui confiant les travaux légers. Elle attendait une intervention au genou. Lors de cet entretien, l'assurée s'est vu proposer d'améliorer ses connaissances de français mais a indiqué que ce n'était pas sa priorité. ![endif]>![if> 7. Dans son rapport du 7 août 2009, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies L5-S1 gauches. L'examen révélait un syndrome vertébral, un signe de Lasègue gauche dès 45 degrés et une hypoesthésie L5-S1 gauche. Le scanner lombaire du 11 novembre 2008 avait révélé une discopathie modérée L4-L5 et L5-S1 gauche pouvant comprimer la racine L5. Le pronostic était celui d'une lombosciatalgie L5-S1 gauche algique et hypoesthésique rebelle au traitement conservateur. Le Dr F_____ n'était pas en mesure de se prononcer sur la reprise de l'activité ou sur la réadaptation professionnelle. ![endif]>![if> 8. Dans un rapport du 7 juillet 2009, l'entreprise E_____ SA a indiqué qu'elle employait l'assurée depuis le 24 janvier 2005 à raison de deux heures par jour, soit dix heures par semaine. Le salaire horaire était de CHF 18.20, indemnité de vacances de 8.33 % non comprise, depuis le 1 er janvier 2009. ![endif]>![if> 9. Le 10 août 2009, le docteur G_____, praticien FMH, a diagnostiqué une lombosciatalgie gauche et une gonalgie gauche depuis octobre 2008, avec effet sur la capacité de travail. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail avait été de 100 % du 28 octobre 2009 (recte 2008) au 20 janvier 2009 et de 75 % depuis le 21 janvier 2009, et elle ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes depuis octobre 2008 : pas de travail uniquement assis ou debout, pas d'activités exercées principalement en marchant sur terrain irrégulier, pas de travail effectué penchée, les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, en rotation, pas de port de charges, pas de travail sur une échelle. Le Dr G_____ a notamment joint à son rapport les documents suivants : ![endif]>![if> a. rapport d'IRM du genou gauche du 28 septembre 2006, concluant à une méniscopathie dégénérative évoluée au niveau interne avec fissure, subluxation du ménisque et œdème osseux tibial sous-jacent, à une rupture ancienne du ligament croisé antérieur (LCA) et à de probables séquelles d'entorse du ligament latéral interne (LLI), à une intégrité du ménisque externe et à des signes de gonarthrose fémoro-tibiale interne associée ; ![endif]>![if> b. rapport de radiographie des genoux du 13 octobre 2006, mettant en évidence une arthrose fémoro-tibiale interne et bilatérale, prédominant du côté gauche, et une arthrose fémoro-patellaire bilatérale ;![endif]>![if> c. rapport de radiographie de la colonne lombaire du 31 octobre 2008, révélant de discrets troubles dégénératifs et statiques ;![endif]>![if> d. rapport de tomodensitométrie de la colonne lombaire du 11 novembre 2008, concluant à une discopathie modérée L4-L5 et L5-S1, à un rétrécissement foraminaux gauche modéré L5-S1 dégénératif dans le cadre d'une arthrose interapophysaire postérieure modérée bilatérale, à

une suspicion de hernie discale L5-S1 gauche récessale pouvant comprimer la racine L5 gauche, et à un rétrécissement modéré du canal rachidien en L3-L4 et L4-L5 dégénératif ;![endif]>![if> e. rapport d'IRM cervicale du 11 février 2009, concluant à un rétrécissement postéro-latéral et foraminal gauche en C3-C4 d'origine uncarthrosique, pouvant être symptomatique, et à une uncarthrose en C6-C7 à droite sur discarthrose MODIC I.![endif]>![if> 10. Interpellé par l'OAI, le Dr G_____ a indiqué le 25 novembre 2009 que la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. L'état était stationnaire depuis le mois d'août 2009. Une intervention au genou était prévue. ![endif]>![if> Il a joint un courrier du 11 mai 2009 du Dr C_____, constatant une aggravation nette de la gonarthrose interne gauche avec épanchement, limitation du périmètre de marche et restriction de la mobilité. L'aggravation était confirmée par les examens radiologiques. L'assurée avait accepté une ponction évacuatrice, mais le Dr C_____ craignait qu'une arthroscopie de nettoyage ou une ostéotomie correctrice ne soit nécessaire à terme. Une perte pondérale sérieuse permettrait de retarder cette échéance.

11. Le 5 février 2010, l'assurée a consulté la doctoresse H_____, spécialiste FMH en neurologie. Cette spécialiste a indiqué dans son rapport du 9 février suivant que l'examen électroneuromyographique confirmait la suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien bilatéral, atteinte marquée méritant une cure chirurgicale. ![endif]>![if> 12. Dans son rapport du 11 février 2010, le Dr C_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé. La ponction avait procuré un soulagement de quelques mois. L'assurée continuait à travailler malgré les douleurs. Aucune perte pondérale n'avait eu lieu et une intervention pour une correction d'axe était envisagée. Même si elle avait lieu, des difficultés persisteraient pour le travail debout, la montée et descente d'escaliers, l'accroupissement etc. Il existait une petite capacité de travail, à voir avec le Dr G_____. L'assurée présentait une importante limitation de la mobilité du genou gauche. ![endif]>![if> Selon le rapport de radiographie du 14 janvier 2010 joint à son rapport, l'axe de charge des membres inférieurs évoquait un genu varum bilatéral. Il existait des signes de gonarthrose interne, plus marqués à gauche.

13. Dans son rapport du 22 février 2010, le Dr G_____ a qualifié l'état de santé de l'assurée de stationnaire. Elle présentait désormais un syndrome du tunnel carpien bilatéral, pour lequel une intervention était prévue. L'aggravation remontait à quelques mois. ![endif]>![if> 14. Le 14 décembre 2010, le docteur I_____, médecin au Service de chirurgie des HUG, a indiqué qu'une opération d'ostéotomie de valgisation par addition externe serait organisée dans les cinq à six mois suivant l'intervention du tunnel carpien. ![endif]>![if> 15. Selon le rapport du 18 février 2011 du Dr G_____, l'état de l'assurée s'était aggravé. Elle présentait une sévère gonarthrose interne, plus marquée à gauche. L'incapacité de travail était totale depuis juin 2010. L'assurée avait des difficultés à la marche, des gonalgies, des douleurs à la nuque, aux bras, aux jambes, aux genoux et aux coudes, augmentées par les mouvements. La capacité de travail était de 25 % depuis le 21 janvier 2009 en tant que femme de ménage (sic).![endif]>![if> 16. Le 5 mai 2010 (recte 2011), E_____ SA a indiqué que l'assurée faisait encore partie de son personnel. Son horaire était de 10 heures par semaine. Elle avait dû interrompre son activité du 4 juin au 30 août 2010 et à nouveau depuis le 1 er mars 2011.![endif]>![if> 17. Selon une note d'entretien téléphonique du 9 mai 2011 de l'OAI avec E_____ SA, l'assurée a repris le travail le 6 mai 2011.![endif]>![if> 18. Dans son avis du 8 juin 2011, le docteur J_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a relevé que l'incapacité de travail à partir du 28 octobre 2008 n'était pas durable. L'assurée avait repris son activité dès le 21 janvier 2009, et elle n'avait depuis manqué son travail que de mars à

avril 2011. 19. Le 28 juin 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel cette dernière ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante. 20. L'assurée, par son mandataire, a contesté le projet de décision par courrier du 24 août 2011. Elle a fait valoir que l'invalidité d'une personne sans activité lucrative devait se mesurer en fonction de sa capacité à accomplir ses travaux habituels, et que son incapacité ménagère était très importante depuis environ deux ans. Le projet de décision accordait un poids prépondérant à l'activité lucrative, alors que l'assurée n'avait jamais travaillé à plus de 50 %. Elle a joint un questionnaire rempli par le Dr G _____ en date du 19 août 2011, dont il ressort notamment que l'assurée se plaignait de douleurs diffuses au membre inférieur gauche et dans la région lombaire, qui l'empêchaient de travailler et de s'acquitter des travaux domestiques tels que repassage, aspirateur et courses. L'incapacité de travail était de 100 % du 28 octobre 2010 (recte : 2008) au 20 janvier 2009, de 75 % du 21 janvier 2009 au 5 mai 2011 et de 25 % dès cette date. L'incapacité ménagère était très importante depuis environ deux ans. Une invalidité partielle était à craindre, d'environ 80 %. 21. Par décision du 9 septembre 2011, l'OAI a confirmé les termes de son projet et nié le droit de l'assurée à une rente et à des mesures professionnelles. 22. Dans un rapport du 23 juillet 2012 adressé à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr G _____ a posé le diagnostic de gonalgies bilatérales avec dégradation après l'arthroscopie du 27 mars 2012. Une intervention était prévue le 28 août 2012. L'assurée subissait une augmentation progressive de ses douleurs aux genoux. Elle ne parvenait plus à exercer une activité professionnelle et arrivait à peine à assumer les tâches ménagères simples. 23. Le 4 octobre 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. 24. Selon l'extrait de compte individuel AVS du 16 novembre 2012, l'assurée a réalisé des revenus de CHF 7'818.- en 2005, CHF 8'457.- en 2006, CHF 8'214.- en 2007, CHF 9'178.- en 2008, CHF 8'269.- en 2009, CHF 7'714.- en 2010 et CHF 7'729.- en 2011. 25. Dans son rapport du 29 novembre 2012, le docteur K _____, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a posé les diagnostics de gonarthrose tricompartmentale gauche et de déviation en varus du membre inférieur gauche, avec effet sur la capacité de travail. Une prothèse totale du genou gauche avait été posée le 23 août 2012. Il y avait depuis une légère amélioration des douleurs. L'incapacité de travail en tant que femme de ménage était totale depuis le 27 mars 2012. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas de travail uniquement assise ou debout, pas d'activités exercées principalement en marchant sur terrain irrégulier, pas de travail effectué penchée, les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, pas de port de charges ni de travail sur une échelle. La capacité de compréhension était limitée pour des raisons linguistiques. 26. Mandaté par l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le docteur L _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a procédé à l'expertise de l'assurée le 4 février 2013. Dans son rapport du 6 février suivant, il a brièvement relaté son anamnèse. Les suites de l'arthroscopie avaient été marquées par la persistance de douleurs et de limitations fonctionnelles des deux genoux, plus particulièrement à gauche, ce qui avait conduit à une arthroplastie prothétique complète à gauche, réalisée le 23 août 2012. Depuis, l'assurée notait une diminution de ses douleurs, qui n'avaient pas totalement disparu. Elle déambulait encore à l'aide d'une canne anglaise utilisée du côté droit. Les gonalgies à droite persistaient et étaient exacerbées par la charge. Une arthroplastie à droite devrait intervenir une fois la rééducation à gauche terminée. L'assurée rapportait également des douleurs lombaires irradiant au membre inférieur gauche. Elles semblaient actuellement

au second plan par rapport à celles liées au problème des genoux. Les rachialgies étaient d'intensité variable, avec un fond douloureux quasiment omniprésent au niveau lombaire et une irradiation plus intermittente. À l'issue de son examen clinique, complété par l'analyse des documents radiologiques, le Dr L _____ a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale, de status après mise en place d'une prothèse totale gauche, d'obésité morbide et de lombosciatique L5 gauche chronique. Compte tenu de l'ensemble de la situation, l'assurée n'était pas en mesure de reprendre son activité de nettoyeuse. Le pronostic à plus long terme dans ce type d'activité restait mauvais. Il faudrait en théorie que l'assurée puisse bénéficier d'un reclassement professionnel, qui s'avérait lui aussi difficile compte tenu de ses difficultés linguistiques. Les limitations objectives étaient une boiterie marquée et des limitations fonctionnelles importantes des deux genoux, bien explicables par la gonarthrose à droite et le status opératoire à gauche. L'assurée présentait par ailleurs un syndrome lombovertébral, vraisemblablement chronique, dans le cadre d'une hernie discale irritant la racine L5 gauche. L'activité habituelle de femme de ménage n'était plus exigible même à raison de deux heures par jour depuis le 27 mars 2012, et ce probablement de manière définitive. La capacité de travail pourrait être améliorée par une importante perte pondérale, par la mise en place d'une prothèse du genou à droite, ainsi que par un réentraînement musculaire. On pouvait toutefois douter de la réussite d'une telle entreprise. Le Dr L _____ a ajouté que l'assurée lui semblait en mesure de travailler en tout cas à 50 %, compte tenu des problèmes rachidiens non résolus et chroniques, dans une activité exercée en position assise mais autorisant de temps en temps les changements de position. Il serait judicieux qu'elle puisse bénéficier d'une évaluation dans un atelier de l'assurance-invalidité.!

27. Dans son rapport du 13 mars 2013, le Dr G _____ a indiqué que l'assurée avait subi une arthroplastie totale du genou gauche le 23 août 2012. L'évolution était lentement favorable mais d'importantes douleurs subsistaient. La capacité de travail était nulle depuis le 16 avril 2012. L'activité n'était plus exigible. Le Dr G _____ a coché toutes les limitations fonctionnelles dans le formulaire correspondant. L'assurée présentait également une hypertension artérielle, une cure de tunnel carpien à droite en juin 2010 et des douleurs chroniques du dos avec excrations, discopathies L4-L5 et L5-S1 et encarthrose cervicale, ces atteintes étant sans incidence sur sa capacité de travail.!

28. Dans son avis du 2 avril 2013, la doctoresse M _____, médecin au SMR, a repris les conclusions du Dr L _____. L'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à six mois de la pose de la prothèse totale du genou, soit dès le 1^{er} mars 2013. Ces limitations étaient l'alternance des positions, le port de charges limité à 10 kg, pas de mouvements en porte-à-faux du tronc, pas de genuflexion, pas d'accroupissements, pas de marche prolongée, pas de travail sur des échelles-escaliers ou sur terrain irrégulier. Après la pose d'une prothèse totale à droite et une incapacité de travail de six mois, la capacité de travail pourrait être augmentée. Il y aurait lieu de la réévaluer. !

29. Dans le rapport du 18 avril 2013, l'employeur a indiqué que l'assurée travaillait deux heures par jour et cinq heures (recte jours) par semaine pour un salaire horaire de CHF 18.209, indemnité de vacances de 8.33 % et 13^{ème} salaire non inclus. !

30. Le 25 avril 2013, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assurée. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010, tableau 1, était de CHF 4'225.- pour 40 heures par semaine. Indexé à 2011 et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures, le revenu était de CHF 53'239.- par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement

exigible de 25 % et d'un abattement statistique de 10 %, le revenu d'invalidé était de CHF 11'979.-. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à CHF 8'533.- selon le questionnaire pour l'employeur. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité nul. 31. L'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage le 18 juin 2013. L'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait le plus possible pour subvenir aux besoins de la famille. L'enquêtrice a relevé qu'au moment de l'atteinte à la santé, elle avait un poste à 25 %, alors que son époux avait déposé une demande de rente d'invalidité en mai 2001, dont l'instruction était encore en cours. Les quatre enfants de l'assurée vivaient encore à la maison. L'enquêtrice a relevé que l'assurée ne rencontrait pas d'empêchement dans la conduite du ménage. S'agissant du poste Alimentation, pondéré à 48 %, elle préparait tous les repas, faisait la vaisselle et nettoyait la cuisine avant l'atteinte à la santé. Depuis l'atteinte, elle cuisinait encore un peu mais déléguait souvent le travail à ses enfants. Elle ne parvenait pas à remplir le lave-vaisselle mais pouvait le vider. Elle ne pouvait plus nettoyer la cuisine, hormis l'évier. L'aide exigible des membres de la famille était de 30 %. Pour l'entretien du logement, pondéré à 20 %, l'assurée l'assumait entièrement avant son atteinte. Depuis, elle ne nettoyait plus rien, sauf la poussière à sa hauteur. Elle pourrait également nettoyer le miroir et le lavabo de la salle de bains. Les enfants s'occupaient de l'essentiel du nettoyage. L'exigibilité était fixée à 30 %. Pour les emplettes et les courses, estimées à 10 %, elle s'occupait avant l'atteinte des courses avec son mari, ce dernier assumant les tâches administratives. Depuis son atteinte, elle pouvait accompagner sa famille pour les courses mais ne pouvait rien porter. Le taux d'exigibilité retenu était de 18 %. Le poste Lessive, pondéré à 16 %, était pris en charge par l'assurée pour l'ensemble de la famille avant l'atteinte. Depuis son atteinte, elle parvenait à trier le linge et lancer le lave-linge. Elle ne pouvait pendre et décrocher le linge mais pouvait le plier lorsqu'on le lui amenait. Elle ne repassait plus rien. Ses enfants repassaient leurs effets personnels. En ce qui concernait les soins aux enfants, dont le cadet avait 14 ans en mai 2012, l'assurée indiquait qu'elle pouvait s'en occuper normalement en leur parlant, les écoutant et les accompagnant dans leur vie. Ce poste était pondéré à 5 %. Le poste Divers n'était pas pris en considération, l'assurée n'ayant pas d'animaux et pas vraiment d'occupations. Son époux ne semblait pas aider dans les tâches domestiques. L'enquêtrice a établi le tableau suivant : Travaux Pondération en % Empêchement en % Empêchement pondéré Conduite du ménage

E. 4

% 0 % 0 %	Alimentation 48 %	25 %	12 %	Entretien du logement 17 %	62 %	10.54 %
	Emplettes et courses diverses 10 %	0 %	0 %	Lessive et entretien des vêtements 16 %	36 %	5.76 %
	Soins aux enfants					

E. 5

% 0 % 0 % Divers 0 % 0 % 0 % Total 100 % 28.3 % Le statut était mixte, avec 25 % d'activité lucrative et 75 % dans les travaux habituels. L'empêchement dans la sphère ménagère était de 28.3 %. Le taux d'exigibilité retenu était de 26.1 % pour les membres de la famille. 32. Le 15 juillet 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée. Tenant compte d'un statut mixte avec une activité lucrative exercée à 25 %, l'OAI a repris son calcul du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle du 25 avril 2013. Le degré d'invalidité total était de 21 %, soit 0 % dans la sphère professionnelle pondérée à 25 %, et 28 % dans les travaux habituels pondérés à 75 %. Ce degré n'ouvrait pas le droit à la rente. Le droit aux mesures professionnelles et à la rente n'était pas reconnu. 33.

Par courrier du 13 septembre 2013, l'assurée, par l'entremise de sa mandataire, a contesté le projet de décision. Elle s'est opposée au statut retenu et à la part professionnelle de 25 %, soulignant qu'elle avait déclaré qu'elle aurait cherché à travailler le plus possible lors de l'enquête ménagère. Elle avait travaillé deux heures par jour pour E_____ SA dès 2005. À la suite de son inscription au chômage, elle avait été placée en 2008 à l'Hôtel B_____ avec des horaires variables. Elle avait travaillé 15 heures par semaine en septembre 2008 et 10 heures par semaine en octobre 2008, avant de subir une incapacité de travail. Le Dr L_____ concluait à une incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeuse. L'assurée n'avait ainsi pas fait le choix de travailler à un taux d'activité de 25 %, puisqu'elle était active à 50 % avant son atteinte à la santé. En outre, son état s'était aggravé depuis l'expertise du Dr L_____, sur laquelle le SMR s'était fondé. Il y avait lieu d'interpeller le Dr K_____ sur ce point. L'assurée ne pouvait pour l'heure pas travailler mais souhaitait bénéficier d'une évaluation dans un atelier de l'assurance-invalidité par la suite, comme l'avait préconisé l'expert. 34. Dans une note interne du 17 septembre 2013, l'OAI a relevé que l'assurée n'avait cumulé deux emplois que durant deux mois, en septembre et en octobre 2008. Le statut mixte comprenant une activité professionnelle à 25 % était ainsi maintenu. 35. Le 9 avril 2014, l'assurée a signalé à l'OAI qu'elle continuait à percevoir des indemnités journalières en cas de maladie fondées sur une incapacité de travail de 100 %. Elle lui a transmis les documents suivants : a. rapport du 11 décembre 2013 de la doctoresse N_____, cheffe de clinique au Service de chirurgie des HUG, signalant des douleurs partiellement soulagées par la prothèse totale du genou gauche du 23 août 2012. L'assurée avait des douleurs diffuses au genou droit, avec des mobilités conservées, sans instabilité ligamentaire ni épanchement articulaire. Les radiographies montraient une gonarthrose tricompartimentale avancée à droite. L'examen clinique était comparable avec celui du Dr K_____ en août 2013 et les diagnostics avec effet sur la capacité de travail n'avaient pas évolué du point de vue orthopédique. La reprise d'une activité de femme de chambre ne pouvait être envisagée. Le périmètre de marche était limité à un kilomètre et l'assurée se déplaçait avec une canne. Elle serait apte à une reconversion dans un poste assis, mais elle présentait également des lombalgies, sur lesquelles la Dre N_____ ne pouvait se prononcer. b. rapport du 31 mars 2014 du Dr G_____, signalant que si une reconversion dans un poste en position assise était possible du point de vue orthopédique, les douleurs chroniques au niveau lombaire et de la hanche gauche rendaient la position assise en permanence très difficile. Une IRM récente avait mis en évidence un canal lombaire étroit sur arthrose sévère des massifs articulaires postérieurs en L1-L2, L3-L4 et L4-L5, une maladie de Bastrup en L3-L4 et L4-L5, une hernie discale médiane et paramédiane gauche et droite en L5-S1. La radiographie de la hanche gauche révélait une coxarthrose gauche débutante sur très probable conflit fémoro-acétabulaire. Ces investigations permettaient de dire qu'une activité professionnelle en position assise serait impossible en raison des douleurs et limitations dues aux atteintes ostéo-articulaires et neurologiques. 36. A la demande de l'OAI, l'assurée lui a fait parvenir le 25 juin 2014 les résultats des examens radiologiques : a. dans son rapport du 20 mars 2014, le docteur O_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à la suite de l'IRM de la colonne lombaire à un canal lombaire étroit sur arthrose sévère des massifs articulaires postérieurs en L1-L2, L3-L4 et L4-L5, à une maladie de Bastrup en L3-L4 et L4-L5 prédominant en L3-L4, à une hernie discale médiane et paramédiane gauche et droite en L5-S1 probablement non significative ; b. dans son rapport de radiographie du 20 mars 2014, le

professeur P_____ a signalé une coxarthrose gauche débutante sur très probable conflit fémoro-acétabulaire. [endif]>[if> 37. Dans son avis du 1^{er} juillet 2014, la Dresse Q_____ a retenu que les nouveaux rapports médicaux n'apportaient pas d'élément nouveau susceptible de modifier la position du SMR du 2 avril 2013. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles décrites tenaient compte du problème lombaire. [endif]>[if> 38. L'OAI a octroyé un stage d'orientation professionnelle à l'assurée, lequel s'est déroulé du 16 mars au 14 juin 2015 à mi-temps auprès de PRO Entreprise sociale privée.[endif]>[if> Dans son rapport du 2 juillet 2015, PRO Entreprise sociale privée a relevé que l'assurée avait été présente durant 30 jours et malade 29 jours. Elle disait vouloir travailler si elle le pouvait, mais elle avait mal tout le temps. Elle avait eu de la difficulté avec certaines pièces. Les activités restaient simples et répétitives. Certains mouvements des bras étaient difficiles. L'assurée faisait le travail confié. Il fallait rester avec elle pour lui expliquer et lui répéter les consignes. Elle avait besoin d'encadrement, et son autonomie dans la réalisation des tâches était limitée à certaines activités simples. Elle avait besoin de faire des pauses supplémentaires. Elle était capable d'exercer la même activité pendant une bonne partie de la journée de travail. Elle avait adopté exclusivement la position assise et une certaine raideur était observée. Elle exprimait des douleurs de façon aléatoire. Un manque de tonus était relevé et la fatigue s'était accentuée de semaine en semaine. Pendant la période en atelier, elle avait atteint un rendement en temps de 55 % environ avec une qualité de 60 %. Dans le nettoyage industriel, son rendement variait en fonction du degré de salissure. En situation normale, le rendement en temps ne dépassait pas 35 %. Il s'élevait à 75 % sur les éléments nécessitant peu de nettoyage. La qualité restait bonne. L'assurée avait participé à toutes les activités et avait essayé de s'adapter. Elle tentait de corriger les erreurs qu'on lui faisait remarquer. Elle se donnait de la peine, mais la qualité n'était pas optimale. Les horaires étaient parfaitement respectés, sous réserve des pauses supplémentaires nécessaires. L'objectif de la mesure, soit de mettre l'assurée en situation de travail afin de valider ou non une capacité de travail à 50 % dans une activité légère en position assise avec possibilité d'alterner les positions, n'était pas atteint du point de vue de PRO Entreprise sociale privée. Selon les observations des conseillers en évaluation, l'état de santé physique fragile, la fatigabilité de l'assurée, sa lenteur, sa difficulté de communication et de compréhension en français ne lui permettaient pas d'intégrer le marché du travail. Le poste devait de plus être adapté aux difficultés de mobilité. Un encadrement bienveillant lui expliquant les consignes à chaque opération était en outre nécessaire. 39. Dans son rapport de réadaptation du 2 septembre 2015, l'OAI a retenu que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Durant le stage, le Dr G_____ avait attesté d'une incapacité de travail en raison d'une recrudescence des douleurs, mais sans diagnostiquer de nouvelles atteintes. L'OAI a considéré que les limitations observées durant le stage, justifiant une incapacité de travail dans le milieu économique normal, ne correspondaient pas aux atteintes à la santé ayant valeur de maladie, en l'absence d'éléments nouveaux. De plus, le stage avait révélé que l'assurée était en mesure de tenir une position de travail et d'exercer la même activité durant une bonne partie de la journée. Les atteintes à la santé retenues par le SMR n'empêchaient ainsi pas la mise en œuvre d'une capacité de travail de 25 %. Les faibles rendements étaient sans lien avec l'atteinte à la santé ou des facteurs personnels tels que la faible intégration linguistique ou le bas niveau scolaire. L'évaluation de l'invalidité selon la méthode de l'ESS (sic) démontrait que l'assurée ne subirait pas de perte de gain si elle mettait en valeur sa capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible.[endif]>[if> 40. Selon le calcul du degré d'invalidité établi par l'OAI en date du

1^{er} septembre 2015, le degré d'invalidité de l'assurée était nul dans la sphère professionnelle. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012, tableau 1, était de CHF 4'112.- pour 40 heures par semaine. Indexé à 2013 et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, le revenu était de CHF 51'441.- par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 25 % et d'un abattement statistique de 15 %, le revenu d'invalidité était de CHF 11'006.- Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à CHF 10'810.-. Ce montant correspondait à un revenu de CHF 18.20 par heure, compte tenu de 10 heures par semaine et d'un 13^{ème} salaire, soit CHF 10'252.-. Ce revenu étant inférieur de 10 % par rapport au salaire ESS de la branche (TA1 pos. 96), l'OAI procédait à une mise en parallèle des revenus et ajoutait au revenu sans invalidité la part de la différence excédant 5 %, soit CHF 558.-. [endif]> [if> 41. Par décision du 3 septembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 21 %. En particulier, le statut mixte avec une activité professionnelle exercée à 25 % était maintenu. Selon le SMR, aucun élément médical nouveau ne révélait d'aggravation. Pour le surplus, l'OAI a repris les conclusions de son rapport de réadaptation du 2 septembre 2015 ainsi que son calcul d'invalidité du 1^{er} septembre 2015. [endif]> [if> 42. L'assurée, par sa mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI par écriture du 6 octobre 2015. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, sur le fond à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire. [endif]> [if> La recourante a allégué qu'elle s'était inscrite au chômage en mars 2006 afin de trouver une aide pour trouver une activité complémentaire à celle exercée chez E_____ SA. Elle avait ensuite travaillé pour l'hôtel B_____, qui avait résilié le contrat en raison de son incapacité de travail. Ce travail s'était exercé à 50 %. Compte tenu de ces deux activités cumulées, son taux d'activité dans la sphère professionnelle était de 75 %. Il n'était pas exact que la recourante n'avait pas cherché à augmenter son taux de travail. Elle avait cessé les recherches après la fin des rapports de travail, mais en raison de son état de santé. Les enfants de la recourante ayant grandi, elle aurait travaillé à 75 % sans atteinte à la santé, notamment en raison de sa situation personnelle, familiale et professionnelle. Les revenus à la base du calcul d'invalidité étaient erronés, dans la mesure où ils ne tenaient pas compte de l'activité exercée pour l'hôtel B_____. Sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était nulle. La recourante s'est référée au stage de PRO Entreprise sociale privée et a reproché à l'intimé de ne pas avoir indiqué quelles activités étaient concrètement exigibles. 43. La recourante a complété son recours par écriture du 21 octobre 2015. Elle a persisté dans ses conclusions, se référant à un rapport établi par le Dr G_____ en date du 5 octobre 2015, qu'elle a produit. Elle a affirmé que ce rapport corroborait les conclusions du rapport d'évaluation du stage d'observation, lequel constatait qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée ne pouvait être validée. De plus, son état de santé n'avait fait l'objet d'aucune instruction de la part de l'intimé. [endif]> [if> Dans le rapport joint, le Dr G_____ a indiqué que l'état de santé de la recourante avait connu une évolution globalement défavorable depuis l'année précédente. Elle continuait de marcher avec une canne et souffrait encore de gonarthrose résiduelle mécanique post-opération au genou gauche. Son genou droit présentait une symptomatologie algique invalidante au quotidien, avec une indication à une pose de prothèse. Une aggravation des lombosciatalgies sur syndrome lombovertébral s'y ajoutait, ce qui rendait la mobilisation du tronc et des

membres inférieurs difficile et limitée. Elle présentait enfin par moments des cervicodorsalgies. Sa capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée. 44. Dans sa réponse du 18 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant du statut, il a soutenu que l'assurée avait réalisé des revenus de l'ordre de CHF 8'000.- dès 2004, ce qui correspondait au taux de 25 % annoncé par l'employeur. Le travail durant deux mois à l'hôtel B_____ était trop bref pour être pris en compte. L'emploi chez D_____ SA avait été exercé à 25 %, bien avant l'atteinte à la santé. Aucune recherche d'emploi n'était attestée. Par ailleurs, la situation financière de la famille était stable depuis 2001. À cette date, son mari avait en effet déposé une demande de prestations d'invalidité et il n'avait plus retravaillé depuis. Enfin, les enfants de l'assurée étaient déjà grands en 2012, puisque le plus jeune avait alors 15 ans. Trois de ses enfants avaient obtenu des bourses d'études. Partant, aucun élément objectif ne permettait de tenir compte d'un taux supérieur à 25 %. S'agissant du taux d'invalidité, l'intimé s'est référé à l'expertise du Dr L_____.

L'évolution défavorable signalée par le Dr G_____ n'amenait pas d'élément nouveau objectif. Les conclusions du stage d'observation n'étaient pas probantes, puisque l'incapacité de travail ne reposait sur aucun nouveau diagnostic et que la recourante avait pu tenir la position assise au moins deux heures par jour, soit son temps de travail habituel.![endif]>![if> L'intimé a produit un avis du docteur R_____, médecin au SMR, du 4 novembre 2015. Ce médecin y a relevé que les éléments rapportés par le Dr G_____ étaient identiques à ceux ressortant de ses anciens rapports et que la capacité de travail nulle n'était pas motivée. Partant, il fallait s'en tenir à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. 45. Par réplique du 28 janvier 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a répété que le statut mixte tenant compte de 25 % pour la part professionnelle était erroné, reprenant l'argumentation déjà développée dans sa précédente écriture. ![endif]>![if> Elle a produit un courrier du 14 décembre 2015 de la Caisse cantonale de chômage, attestant qu'elle y avait été inscrite du 20 mars 2006 au 19 mars 2008 et que son aptitude au placement avait toujours été de 50 %. Aucune indemnité ne lui avait toutefois été versée, en raison d'une décision de refus. 46. Dans sa duplique du 10 février 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a allégué que le cumul de deux emplois durant deux mois en 2008 alors que l'incapacité de travail durable remontait à 2012 n'était pas pertinent, pas plus que l'aptitude au placement du point de vue de l'assurance-chômage. ![endif]>![if> 47. Par détermination du 3 mars 2016, la recourante a déclaré persister dans ses conclusions.![endif]>![if> 48. Par écriture spontanée du 9 mai 2016, la recourante a fait parvenir à la chambre de céans un rapport médical du 14 avril 2016, signalant une impossibilité de reprendre une activité professionnelle.![endif]>![if> Le rapport joint, établi par des médecins du Service de chirurgie des HUG, a posé les diagnostics de douleurs persistantes du genou gauche avec status post-prothèse totale du genou à gauche et gonarthrose varisante tricompartimentale et de gonarthrose tricompartimentale du genou droit. L'évolution globale était défavorable après la pose de la prothèse. Le genou gauche restait extrêmement douloureux, handicapant et non fonctionnel. Le genou à droite mériterait une pose de prothèse. Dans la situation actuelle, il était clair que la recourante était dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle. 49. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé en date du 10 mai 2016.![endif]>![if> 50. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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), 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).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b).

5. Les conclusions de la recourante se limitant à l'octroi d'une rente, sans remettre en cause la négation du droit à des mesures d'ordre professionnel, seul ce premier point sera examiné dans le cadre de la présente procédure. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

7. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

8. Il existe différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

a. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible, si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il y a lieu, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

b. Aux termes de l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels doivent être déterminées, et le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.5).

8. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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. 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; ATF 115 V 133 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 consid. 2.2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

10. Il convient en premier lieu de déterminer si la pondération par l'OAI des travaux habituels à 75 % et de la sphère professionnelle à 25 % est conforme au droit.

La recourante a toujours

travaillé à 25 % en qualité de femme de ménage, hormis la brève période de deux mois de septembre à octobre 2008 où elle a cumulé cet emploi avec celui de femme de chambre. Selon les indications de l'hôtel B_____ du 2 juin 2009, son horaire oscillait entre 10 et 15 heures par semaine. Le cumul de ces deux activités représentait certes un taux d'activité de l'ordre de 50 %. Or, la recourante n'a jamais plus recherché d'activité complémentaire par la suite, alors même que son état de santé était compatible avec un horaire de travail de 50 % selon les indications du Dr G_____ du 25 novembre 2009. On ne peut ainsi pas considérer que c'est en raison de ses problèmes de santé qu'elle n'a pas cherché à augmenter son taux d'activité. En outre, comme le relève à juste titre l'intimé, la situation familiale de la recourante, et en particulier l'âge de ses enfants, étaient compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative à 50 % au moment du dépôt de sa deuxième demande de prestations d'invalidité. Sa situation financière ne s'est pas non plus modifiée depuis sa demande de prestations, ce qui pourrait cas échéant justifier de prendre en compte une hypothétique augmentation de son taux d'activité. En effet, selon les indications de l'intimé, dont la recourante ne conteste pas l'exactitude, l'époux de cette dernière a déposé une demande de rente d'invalidité en 2001 et n'a pas travaillé depuis. Enfin, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2). Or, la recourante a en l'espèce exposé dans son écriture du 24 août 2011 qu'elle n'avait jamais travaillé à plus de 50 %, invoquant une invalidité prépondérante dans la sphère ménagère. Partant, elle ne peut être suivie lorsqu'elle affirme dans son recours que son taux d'activité professionnelle s'élevait à 75 % et que c'est ce pourcentage d'activité lucrative qui doit être pris en compte. Eu égard à ces éléments, la chambre de céans ne s'écartera pas de la pondération des travaux habituels et de l'activité professionnelle à respectivement 75 % et 25 % à laquelle a procédé l'intimé. 11. En ce qui concerne l'évaluation de l'invalidité dans la sphère ménagère, on rappellera qu'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, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 consid. 4). En l'espèce, le rapport d'enquête est conforme à ces exigences. La recourante n'émet du reste aucun grief à l'encontre des conclusions de l'enquêtrice. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter du taux d'empêchement retenu dans les travaux habituels, qui s'élève à 28.3 %. 12. En ce qui concerne la capacité de gain, l'intimé a retenu que la recourante était en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à 25 %. Selon l'expertise réalisée par le Dr L_____ en février 2013, la recourante disposait d'une capacité de travail

de 50 % dans une activité adaptée. Cette expertise satisfait en tous points aux réquisits jurisprudentiels cités plus haut, dès lors qu'elle a été établie en connaissance du dossier médical de la recourante, qu'elle contient une anamnèse, tient compte des plaintes de la recourante, et que les diagnostics posés à l'issue de l'examen clinique sont clairs et les conclusions motivées. On ajoutera qu'il n'existe aucun rapport médical justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'expert rhumatologue. Le Dr G_____ a certes indiqué qu'aucune activité, même adaptée, n'était exigible dans son rapport du 31 mars 2014. Il semble motiver cette incapacité par les problèmes dorsaux. Or, cette atteinte est connue de longue date et ses répercussions sur la capacité de travail ont été prises en compte par le Dr L_____ – qui a limité l'exercice d'une activité lucrative à 50 % pour ce motif – ainsi que par la Dresse Q_____, laquelle a énuméré les limitations fonctionnelles en lien avec les lombalgies dans son avis du 2 avril 2013. Quant à la Dresse N_____, elle a certes considéré qu'une reprise de l'activité en tant que femme de chambre était impossible, mais n'a pas exclu du point de vue orthopédique une activité exercée en position assise. Quant au rapport des HUG d'avril 2016, il ne signale pas non plus de diagnostic que le Dr L_____ aurait ignoré puisqu'il évoque des douleurs du genou et une gonarthrose. Ainsi, en l'absence de nouvelle atteinte, il ne se justifie pas de s'écarter des conclusions de l'expert rhumatologue en l'espèce. Quant aux constatations faites lors du stage, elles ne sauraient pas non plus l'emporter sur l'expertise médicale, conformément à la jurisprudence citée, dès lors qu'elles ne s'expliquent pas par des éléments médicaux objectifs. Par surabondance, si PRO Entreprise sociale privée a exclu une capacité de travail de 50 %, elle ne s'est pas prononcée sur l'exercice d'une activité adaptée à 25 %, qui semble possible puisqu'il a été noté que la recourante pouvait rester assise une bonne partie de la journée de travail. La recourante ne peut pas non plus être suivie en tant qu'elle reproche à l'intimé de ne pas avoir instruit son état de santé. En effet, l'intimé a recueilli des renseignements auprès des divers médecins traitants de la recourante et disposait d'un rapport médical probant du Dr L_____. En l'absence de diagnostic nouveau depuis l'établissement de cette expertise, il n'était en particulier pas indispensable de mettre en œuvre un nouvel examen. Quant au fait que l'intimé n'ait pas indiqué quelles activités étaient possibles, il convient d'admettre, au vu des limitations fonctionnelles de la recourante qui correspondent pour l'essentiel à des mesures classiques d'épargne du rachis et exigent la position assise, que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées à ses limitations et sont accessibles sans aucune formation particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/200 du 22 septembre 2010 consid. 4.2). Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte d'une capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée. 13. Reste à vérifier le calcul de l'intimé sur le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle. Ce dernier s'est fondé sur les chiffres ressortant de l'ESS 2012. À ce sujet, il convient de préciser que l'ESS a subi un remaniement, qui a notamment pour conséquence que le niveau 1 constitue désormais le niveau de compétence le plus bas, alors qu'il correspondait auparavant au niveau des qualifications le plus élevé, et le niveau 4 le niveau de compétences le plus élevé, alors qu'il était le niveau des qualifications le plus bas (cf. sur ce point Lettre circulaire AI n° 328). En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'employeur a indiqué que la recourante travaillait 10 heures par semaine. Compte tenu d'un salaire horaire de CHF 18.20, le revenu annuel s'élève à CHF 10'252.- (CHF 9'464.- correspondant à 10 heures multipliées par 52 semaines, montant auquel s'ajoute un 13^{ème} salaire correspondant à 8.33 %, soit CHF 788.35). Le revenu statistique dans les activités de ménage (ESS 2012, TA1_tirage_skill_level, Ligne autres

services personnels, niveau 1) pour les femmes étant de CHF 3'610.- par mois en 2012, il s'élève à CHF 45'477.- une fois indexé et adapté à la durée de travail de 41.7 heures en 2013 à 100 %, ce qui correspond à CHF 11'369.- à 25 %. Ce montant est supérieur de 10 % au revenu réalisé par la recourante. Or, le Tribunal fédéral a retenu qu'il y a lieu dans la comparaison des revenus de tenir compte du fait qu'un assuré perçoit un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité, lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre. Il a précisé que le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche. Ce revenu peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2). En application de ce principe, l'intimé a ajouté un montant de CHF 558.- au revenu sans invalidité en l'espèce. La différence entre le revenu réel sans invalidité additionné de 5 % (soit CHF 10'252.- plus CHF 513.-, qui représentent CHF 10'765.- au total) et le revenu statistique de CHF 11'369.- s'élève en réalité à CHF 604.-. C'est ainsi ce montant qui sera additionné au salaire sans invalidité, qui atteint ainsi CHF 10'856.-. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, le recours au salaire statistique réalisé dans des activités simples et répétitives est conforme au droit. Ce revenu était en 2012 de CHF 4'112.- (ESS 2012, TA1_tirage_skill_level, Ligne Total, niveau 1), et de CHF 51'801.- une fois indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2013. Compte tenu d'une activité exercée à 25 %, le revenu d'invalidité est ainsi de CHF 12'950.-. En opérant un abattement de 15 % sur ce revenu, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation, de sorte que la chambre de céans s'en tiendra à cette réduction. En définitive, le revenu d'invalidité est ainsi de CHF 11'008.-. La comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 10'856.- révèle que la recourante ne subit pas de perte de gain dans la sphère professionnelle. Eu égard aux éléments qui précèdent, le degré d'invalidité global de la recourante se détermine comme suit :

Domaine	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Activité lucrative	25 %	0 %	0 %
Ménage	75 %	28.3 %	50 %
Invalidité totale			21.2 %

Le degré d'invalidité de 21.2 %, arrondi à 21 % selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3.2), n'ouvre pas le droit à une rente. La décision de l'intimé doit partant être confirmée. 14. Le recours est rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.-. * * * * * 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.