

GE_GERICHTE A/5014/2017 vom 31. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_5014_2017

FR: GE_GERICHTE A/5014/2017 du 31 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE A/5014/2017 del 31 gennaio 2019

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT SCHEIDEGGER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1960 et d'origine somalienne, a une formation d'institutrice acquise en Somalie. Elle est entrée en Suisse en février 1993 et était au départ au bénéfice d'une admission provisoire (permis F). En octobre 2018, elle a obtenu la nationalité suisse. Elle s'est mariée en Somalie et est mère d'un enfant gravement handicapé, né le _____ 1997. En Suisse, elle a travaillé comme nettoyeuse de novembre 2002 à décembre 2004 pour la société B_____ SA, laquelle a fait faillite, à raison de dix heures par semaine. Du 3 au 21 janvier 2005, elle était engagée chez C_____ SA à raison de dix heures par semaine au tarif horaire de CHF 17.35. Le contrat de travail a été résilié, l'entreprise étant restée sans nouvelles de l'intéressée dès le 21 janvier 2005. Cette dernière n'a plus travaillé depuis cette date. La famille est prise en charge intégralement depuis 1993 par l'Hospice général.![endif]>![if> 2. Depuis mars 2002, l'intéressée a souffert de plusieurs dermo-hypodermes infectieuses ayant nécessité des hospitalisations, de dermites de stase et d'eczémas de stase des membres inférieurs. Ces affections étaient accompagnées d'une obésité morbide (108 kg/1,73 m en 2002), d'un status post-thrombose veineuse profonde (TVP) du membre inférieur droit en 2001, d'un diabète insulino-dépendant et d'un trouble dépressif.![endif]>![if> 3. Du 13 au 28 janvier 2005, l'intéressée a séjourné au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en raison de gonalgies droites. Les docteurs D_____ et E_____ de ce service ont posé, en plus des diagnostics mentionnés précédemment, une gonarthrose bilatérale débutante et une hypothyroïdie subclinique. L'évolution était favorable sous antalgiques, infiltration et physiothérapie à sec avec une augmentation du périmètre de marche et une diminution de la boiterie. Les médecins ont expliqué à la patiente l'importance d'une perte pondérale dans le contexte de son arthrose.![endif]>![if> 4. Par demande reçue le 26 octobre 2005, l'intéressée a requis des prestations d'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.![endif]>![if> 5. Par décision du 9 mars 2006, l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assurée inapte au placement dès le 22 septembre 2005, au motif qu'elle ne présentait aucune aptitude au placement, ni objective ni subjective, compte tenu de la situation du marché du travail actuel.![endif]>![if> 6. Dans un avis médical du 20 juillet 2006, la doctoresse F_____ du service médical régional pour la Suisse romande (ci-après SMR) a considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de nettoyeuse et une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : absence de station debout prolongée statique, surélévation des jambes en position statique prolongée ou changement de position fréquent, absence de marche dans

les escaliers, de marche en terrain irrégulier, de travaux lourds, de port de lourdes charges et de travail en hauteur. Le médecin du SMR a par ailleurs relevé que l'assurée n'était pas traitée pour son état dépressif par un psychiatre et n'avait pas non plus été hospitalisée en milieu psychiatrique. La dose de l'antidépresseur, Tryptizol, était très faible (10 mg, alors que les dépressions sont généralement traitées avec des doses variant entre 75 et 150 mg). Cette pathologie existait depuis dix ans et n'avait pas empêché l'assurée de travailler, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une pathologie invalidante. Pour le surplus, la Dresse F _____ a exposé ce qui suit : « (...) dans une activité adaptée, même des problèmes importants d'insuffisance veineuse ne justifient pas une incapacité de travail totale. Les gonalgies qui ne sont que débutantes non plus. Nous acceptons une diminution de rendement de 10 % pour les changements de position et la surélévation des jambes. Les problèmes familiaux et culturels, notamment si l'assurée ne parle pas le français, compliquent en effet la reprise d'une activité, cependant ces facteurs ne constituent pas une pathologie du ressort de l'AI. Rappelons que l'assurée était maîtresse d'école en Somalie et a probablement une capacité d'apprentissage non négligeable. » 7. Le 17 juillet 2007, une enquête économique sur le ménage a été réalisée. L'enquêteur a noté dans son rapport que l'assurée parlait un français très rudimentaire, de sorte qu'il s'était entretenu en anglais avec son mari qui s'était chargé de traduire ses propos à son épouse. L'assurée était restée couchée sur son lit dans le salon pendant tout l'entretien et lui avait montré l'état de ses jambes et de ses chevilles, très enflées, avec une peau très marquée. Elle se plaignait de douleurs aux genoux, évoquait son diabète et son asthme, ses problèmes digestifs, ses chutes à répétition, dès qu'elle marchait un peu trop, et sa tristesse de se trouver dans un tel état. Lorsque les œdèmes diminuaient, elle pouvait s'investir dans les travaux ménagers. Quant au mari, il avait également déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité suite à un accident de travail, demande qui avait été rejetée. Il essayait de faire face au mieux avec la maladie de sa femme et le lourd handicap de son fils, en s'occupant d'eux au quotidien. Ce dernier était pris en charge la journée dans un établissement spécialisé. L'assurée avait par ailleurs déclaré qu'elle aurait travaillé sans handicap à 50 % pour des raisons financières. Dans les empêchements du ménage, il est notamment indiqué que l'assurée avait de la peine à marcher au-delà d'une certaine distance et qu'elle chutait lorsqu'elle marchait trop longtemps. Un assistant social se chargeait des démarches administratives. L'enquêteur a constaté une invalidité de l'assurée de 40,5 % dans le ménage, en tenant compte de l'aide importante apportée par le mari. 8. Dans son rapport du 18 décembre 2007, la Dresse G _____ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé. La patiente avait des difficultés à gérer son ménage en raison des problèmes de santé et était totalement incapable de travailler dans toute activité. 9. Dans son avis médical du 15 janvier 2008, le docteur H _____ du SMR a déclaré que les handicaps dans le ménage relevaient également de problèmes non invalidants. 10. Par décision du 29 avril 2008, l'OAI a refusé le droit à une rente, en constatant que l'assurée ne présentait qu'un degré d'invalidité de 15%. Il lui a par ailleurs octroyé une aide au placement. 11. Selon le rapport d'orientation en vue d'un placement en entreprise du 22 décembre 2008 des Etablissements publics pour l'intégration (EPI), l'assurée a été mise au bénéfice d'une orientation professionnelle du 22 septembre au 22 décembre 2008 à 50%. La mesure a été interrompue le 16 novembre 2008, en raison d'une hospitalisation. Elle a suivi le stage dans une structure de réentraînement, afin de déterminer ses capacités dans un emploi industriel léger, en position assise, dès lors qu'il paraissait aux réadaptateurs totalement prématuré de la mettre dans l'économie libre pour effectuer un

stage. Le stage dans l'atelier de réentraînement avait permis de mettre en évidence une habileté manuelle dans une activité industrielle légère, avec une résistance physique correcte sur un mi-temps et des rendements améliorables. Après quatre semaines de réentraînement, elle aurait dû commencer un stage comme ouvrière de conditionnement chez I_____ SA. Toutefois, elle avait été hospitalisée et il avait alors été décidé de mettre fin à la mesure de manière prématurée, en raison de la situation médicale. Selon la conclusion finale du rapport, l'assurée possédait les capacités et compétences pour réintégrer le monde économique usuel, à 50% au minimum et avec un rendement proche de la norme, comme employée en conditionnement et ouvrière à l'établi.![endif]>![if> 12. Dans son courrier du 10 février 2009 au service d'évaluation et de réadaptation professionnelle des EPI, la Dresse G_____ s'est étonnée du taux de présence de 83% retenu de ce rapport, dans la mesure où sa patiente avait été hospitalisée le 11 novembre 2008 et n'avait effectué que sept semaines de stage sur douze, soit 55 % de la durée du stage prévu initialement. Elle estimait prématuré et illusoire d'envisager un travail dans un poste de l'économie libre, en raison des problèmes de santé chroniques de sa patiente, avec des hospitalisations fréquentes. ![endif]>![if> 13. Par arrêt du 11 mars 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui la chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a admis partiellement le recours de l'assurée, a annulé la décision du 29 avril 2008 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire par une expertise multidisciplinaire. ![endif]>![if> 14. Entre novembre 2009 et janvier 2010, l'assurée a été soumise à une expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale par les docteurs J_____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et réadaptation, K_____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie FMH, L_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et M_____, spécialiste en médecine interne FMH. ![endif]>![if> De l'évaluation médicale rhumatologique du Dr J_____ résulte que la recourante présente une gonarthrose bilatérale à prédominance gauche sur trouble dégénératif modéré, prédominant au compartiment fémoro-tibial interne, et des lombalgies modérées sur trouble statiques (scoliose lombaire à convexité droite sur asymétrie du bassin en défaveur de la droite). L'expertise ayant été faite avec une interprète de la langue italienne, alors que l'assurée n'avait que des connaissances rudimentaires de cette langue, l'appréciation médicale était difficile, d'autant plus qu'il y avait beaucoup de digressions sur les problèmes psychosociaux et dermatologiques de l'assurée. Au niveau des genoux, la mobilité restait peu réduite, mais la palpation était globalement et diffusément douloureuse. Au niveau du dos, la mobilité était conservée et les douleurs peu marquées à la palpation de la charnière lombosacrée. Il y avait des limitations fonctionnelles dans la position debout prolongée, à la marche (plus d'un quart d'heure) et les positions agenouillée ou accroupie. L'activité de nettoyeuse n'était pas compatible avec l'état de santé. Sur le plan purement ostéoarticulaire, l'assurée gardait une capacité de travail dans une activité adaptée principalement assise avec possibilité d'alterner les positions assise et debout, sans port de charges. Cependant, en raison de son obésité morbide et de ses douleurs lors de la position statique prolongée qui s'aggravaient au fur et à mesure de la journée, elle ne pouvait travailler plus de cinq heures par jour, même dans une activité adaptée. Le Dr N_____ a retenu comme diagnostic principal une dermite de stase modérée et limitée aux membres inférieurs, secondaire à une situation complexe avec plusieurs diagnostics intriqués, à savoir obésité morbide, diabète insulino-dépendant, insuffisance veineuse avec syndrome post-thrombotique datant de 2001 et un status post quatre épisodes de dermo-hypodermes infectieuses. La dermite de stase chronique paraissait relativement limitée. Le principal problème restait la présence des

autres comorbidités, en particulier l'obésité morbide qui jouait un rôle majeur dans la perpétuation de la dermite de stase. C'était surtout l'obésité touchant également les membres inférieurs qui faisait prendre un tel volume à ses jambes. Tant qu'il n'y avait pas une réduction majeure de la masse graisseuse globale, la situation ne pouvait s'améliorer. La situation avait plutôt tendance à se péjorer compte tenu du fait que l'assurée souffrait aussi d'un diabète insulino-dépendant la rendant plus vulnérable aux infections. Les quatre hypodermites infectieuses des membres inférieurs avaient en outre certainement traumatisé de manière irréversible la circulation lymphatique sous-jacente et exposé donc la patiente à un plus haut risque de récurrence de dermo-hypodermites infectieuses. Une antibiothérapie préventive entreprise par la doctoresse G_____ n'avait pas empêché le développement d'une nouvelle infection cutanée. Ainsi, la situation métabolique, lymphatique et veineuse était complexe et intriquée, alors que la situation cutanée était relativement limitée, peu sévère, mais chronique et séquellaire au précédent diagnostic. Outre une perte de poids, l'assurée devait continuer les mesures actuellement en cours sur le plan dermatologique, à savoir surélever les jambes et laver scrupuleusement les pieds en utilisant des émoullients en cas de peau sèche, ainsi que poursuivre les soins de Protopic et occasionnellement des corticoïdes topiques en cas d'inflammation. En cas de blessure et d'inflammation des membres inférieurs elle devait rapidement consulter, afin d'éviter le développement d'une nouvelle infection cutanée. Enfin, le port de bas de contention de niveau II régulier était souhaitable. Sur le plan dermatologique, il n'y avait pas de déficit fonctionnel direct, puisque les principaux déficits observés, notamment sur la mobilité, étaient surtout liés à l'obésité morbide et ses complications. L'activité de nettoyeuse n'était plus exigible, mais l'assurée restait tout à fait apte à exécuter des activités légères, en tout cas à temps partiel. En tenant compte uniquement de la dermite de stase, il n'y avait pas de limitations particulières. Toutefois, les autres pathologies avaient une influence sur les mesures de réadaptation professionnelle. Selon le rapport psychiatrique du 27 janvier 2010 de la Dresse L_____, l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostic sans répercussion sur celle-ci, elle a mentionné Autre réaction à un facteur de stress important, à savoir la maladie physique chronique et le profond handicap de son enfant, ainsi que le statut d'immigrant de très longue durée. Elle n'avait aucune plainte au niveau psychique, se plaignant uniquement des douleurs à la jambe gauche, de difficultés pour se mobiliser et se déplacer en raison de son poids et d'œdèmes aux jambes. Alors que la thymie était restée la plupart du temps neutre lors de l'entretien, l'assurée avait commencé à pleurer en fin d'entretien, lorsque le sujet de sa capacité de travail était abordé. Elle a expliqué qu'elle ne se sentait pas apte à travailler. Toutefois, lorsqu'elle parlait de sa famille d'origine et de ses activités durant sa jeunesse, elle montrait une grande vivacité, parlait volontiers avec plaisir de sa vie. Par ailleurs, après avoir pleuré pendant un court laps de temps, elle se déridait facilement et continuait l'entretien. Malgré seize ans passés en Suisse, elle ne s'y était pas vraiment intégrée et n'avait pas réussi à apprendre le français. L'experte psychiatre a en outre observé une attitude ferme lorsqu'il s'agissait de demander l'aide sociale, mais aucune ouverture pour entrer en interaction avec la société qui était censée l'aider. Elle a expliqué cela par une attitude issue d'une part de son origine ethno-socioculturelle, mais aussi des conséquences de certains aspects de sa personnalité qui révélaient une attitude de fermeture et en même temps de repli sur le mode de vie tel que dans son pays d'origine. Ces aspects ne pouvaient être considérés comme une pathologie psychiatrique en soi. Partant, il n'y avait pas une diminution de la capacité de travail du point de vue psychiatrique. Dans l'appréciation

consensuelle, les experts ont notamment retenu que la diminution de la mobilité décrite par l'assurée dépassait largement les limitations dues uniquement aux lésions ostéo-articulaires. Celles-ci restreignaient le port de charges, la station accroupie et les activités contraignantes pour le dos. La baisse de l'activité physique globale provenait davantage de l'obésité, d'un manque de motivation et d'aspects culturels. Elle possédait par ailleurs les capacités intellectuelles et psychiques nécessaires pour se prendre en charge de manière appropriée, notamment pour suivre un cours d'éducation pour maladie chronique et pour participer à un programme de perte de pondérale. En raison de l'obésité morbide et des troubles ostéo-articulaires, l'activité de nettoyeuse n'était plus possible, mais l'assurée restait apte à exécuter une activité légère à plein temps en position principalement assise avec possibilité de changer de position. Toutefois, même dans une activité adaptée, le temps de travail ne pouvait dépasser cinq heures par jour à cause de l'obésité morbide, de la difficulté à se déplacer et des troubles ostéo-articulaires. 15. Le 17 septembre 2010, le docteur O_____ du centre d'expertise médicale a complété l'expertise pluridisciplinaire. Il a expliqué que l'expert rhumatologue estimait que l'activité adaptée ne pourrait pas être effectuée au-delà de cinq heures par jour en raison de l'exacerbation des douleurs au cours de la journée, due à la surcharge du squelette axial et des articulations périphériques par l'obésité morbide. Cette obésité influençait l'évolution des autres affections et il n'était pas possible d'en faire abstraction comme cela aurait été le cas si l'obésité avait été présente comme seule entité. Néanmoins, il était concevable que l'obésité fût réversible. On pouvait dès lors admettre que l'état de santé n'était pas stabilisé et que des interventions thérapeutiques, soit concrètement une perte de poids importante, seraient à même d'améliorer la santé et par conséquent la capacité de travail. 16. Dans son avis médical du 22 décembre 2010, la Dresse P_____ du SMR a considéré qu'il pouvait être attendu de l'assurée qu'elle mît tout en œuvre pour réduire son poids et donc les conséquences sur son état de santé. Partant, elle a retenu une capacité de travail totale. 17. Le 15 août 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de rejeter sa demande. Il a retenu que celle-ci aurait travaillé, sans atteinte à la santé, à 50 % et qu'elle se serait occupée du ménage durant le temps restant. Partant, en admettant un empêchement dans le ménage de 40 % et une capacité de travail complète dans une activité lucrative, le taux d'invalidité n'était que de 20 %. 18. Par courrier du 22 septembre 2014, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle s'est étonnée que l'OAI se fût écarté des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et qu'elle eût retenu une capacité de travail totale dans la sphère lucrative, alors que l'état de santé s'était péjoré depuis 2008 et qu'à l'époque, le SMR avait retenu une capacité de travail de 90 % seulement dans une activité adaptée. Par ailleurs, selon le Tribunal fédéral, une invalidité devait être admise, lorsque l'excès de poids avait provoqué une atteinte à la santé ou était lui-même la conséquence d'un trouble de la santé. En l'occurrence, l'origine de l'obésité demeurait inconnue. Il était ainsi inadéquat de retenir qu'une perte de poids contribuerait à résoudre les autres problèmes de santé, alors même que les experts n'avaient pas examiné si cela était exigible ni proposé des solutions dans ce sens. L'assurée a aussi contesté son taux d'invalidité dans la sphère ménagère. 19. Par décision du 15 novembre 2017, l'OAI a maintenu son projet de décision, en expliquant qu'il s'écartait de l'expertise pluridisciplinaire du fait que les atteintes à la santé étaient dues à l'obésité morbide et que l'assurée pouvait tout mettre en œuvre pour réduire son poids et ainsi les conséquences de son état de santé. Toutefois, l'OAI a admis une baisse de rendement de 10 % dans la sphère professionnelle et ainsi un taux d'invalidité global de 25 %. Des mesures professionnelles

avaient par ailleurs été mises en place sous la forme d'une aide au placement et cette mesure avait été interrompue, l'assurée n'ayant plus donné de ses nouvelles. L'OAI était cependant disposé à accorder de nouveau cette aide sur demande écrite et motivée de l'assurée.

20. Par acte du 18 décembre 2017, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Le 26 février 2018, la recourante a complété son recours et a demandé préalablement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, ainsi que son audition et celle des médecins traitants. Elle a dénié une valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire, dès lors qu'elle avait été réalisée par l'intermédiaire d'un interprète de langue italienne et non d'un interprète parlant le somali. En effet, elle n'avait qu'une connaissance très imparfaite de l'italien, ce qui avait été également constaté par les experts. Une valeur probante ne pouvait non plus être attribuée à l'appréciation de l'experte psychiatre, du fait de ses jugements de valeur dans le corps de l'expertise. A cet égard, la recourante a relevé que les experts avaient constaté qu'elle avait pleuré lors de pratiquement tous les entretiens. De surcroît, l'expertise datait de 2010, alors que la décision n'avait été prononcée qu'en 2017. Entretemps, la recourante avait perdu 16 kg, ce qui pourrait également avoir des conséquences sur l'appréciation du cas. Elle était aujourd'hui âgée de 58 ans, les lésions dégénératives au niveau des genoux s'étaient aggravées, son diabète n'était toujours pas correctement maîtrisé et elle avait très souvent des vertiges. Elle consultait également un nouveau médecin-traitant spécialiste de médecine interne, à raison d'une fois par semaine. Enfin, la loi ayant changé dans l'intervalle, le calcul final du droit à la rente devait également être modifié.

21. Dans sa réponse du 27 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il n'était pas nécessaire que la compréhension entre l'expertisée et l'expert fût totale. Il suffisait que l'expert pût recueillir les éléments utiles à une appréciation fidèle et pertinente de la situation, ce qui était le cas en l'espèce. La recourante ne démontrait pas quelles erreurs la barrière linguistique aurait induites. Les experts n'avaient au demeurant pas renoncé à leur mandat en raison d'un problème de communication et étaient parvenus à produire des conclusions fondées sur des éléments concrets et détaillés collectés au cours de leurs investigations. La recourante n'avait pas mis en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques. L'écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffisait enfin pas en soi à remettre en cause la valeur probante d'un avis médical jugé convaincant, en l'absence d'un élément objectif démontrant une aggravation de l'état de santé.

22. A la demande de la chambre de céans, la doctoresse Q_____, spécialiste en médecine interne, l'a informée le 5 juillet 2018, concernant l'évolution de l'état de santé depuis 2010, que la recourante présentait des troubles de l'adaptation dus à des difficultés psychosociales et à un état de stress chronique accompagné de troubles du sommeil. Son état de santé s'était également dégradé sur le plan physique, la recourante devenant plus faible avec l'âge, le diabète s'étant péjoré avec des glycémies élevées dans les états de stress, un œdème lymphatique des jambes qui rendait la marche difficile. A cela s'ajoutaient des douleurs chroniques à la nuque, probablement dues à une arthrose. Invitée à se déterminer sur l'expertise du CEMed de 2010, ce médecin a répété que l'état de santé s'était dégradé avec une fatigabilité accrue et une aggravation du diabète, ainsi que du stress. La capacité de travail actuelle dans une position assise et dans un travail léger était d'environ une heure à maximum trois heures par jour. Quant à l'obésité, elle était persistante, même si la recourante avait plutôt perdu du poids et pesait actuellement 77 kg. Par ailleurs, au vu du niveau de français limité, de ses handicaps

psychiques et physiques, cela étonnerait la Dresse Q_____ qu'elle trouvât un travail, même peu qualifié, dans la société actuelle.![endif]>![if> 23. A l'annexe de son rapport du 5 juillet 2018 à la chambre de céans, la Dresse Q_____ a transmis le rapport relatif à la consultation de diabétologie du 21 février 2018 des HUG. Dans les antécédents médico-chirurgicaux sont mentionnés un état dépressif réactionnel, un eczéma chronique des membres inférieurs à cause d'un lymphœdème, un status post plusieurs dermo-hypodermes à cause d'une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs et un status post thrombose veineuse profonde en 2001. La recourante était connue pour un diabète de type II probable, diagnostiqué en 2002 et traité par insuline depuis plusieurs années en association à de la metformine, le seul anti-diabétique oral toléré. L'histoire du diabète était marquée par l'impossibilité de modifier le traitement en raison de la survenue d'effets secondaires chez une patiente qui ne réalisait pas de glycémies, mais qui était toujours venue très régulièrement en consultation et n'avait plus jamais été hospitalisée depuis 2013. Les barrières à un meilleur contrôle glycémique étaient constituées jusqu'à présent par le fait que la recourante était totalement obnubilée par sa problématique sociale avec le problème du handicap de son enfant dont son époux s'occupait principalement, le manque d'argent et l'impossibilité de rendre visite à sa famille (absence de permis, un frère aux Etats-Unis d'Amérique, un frère et une sœur en Australie et une cousine en Italie). Lors des dernières consultations, suite à la possible obtention d'un permis de séjour, il avait enfin été possible de discuter plus ouvertement de son diabète. Elle avait des glycémies lors des deux derniers rendez-vous qui étaient dans la norme, mais l'HbA1c restait supérieur à 14 %, alors qu'elle disait s'injecter le Xultophy régulièrement, mais à petite dose. Il était impossible à comprendre si elle présentait un défaut de glycation de l'Hème ou si elle prenait le Xultophy uniquement avant les rendez-vous, au vu des glycémies normalisées, contrairement aux rendez-vous dans le passé. Partant, il était prévu de réaliser un monitoring du glucose en continu durant sept jours pour clarifier le contrôle glycémique. La recourante s'était plainte également d'œdèmes des membres inférieurs. Le status confirmait l'existence de très importants lymphœdèmes pour lesquels un drainage physiothérapeutique pourrait être tenté. Elle refusait toutefois la reprise d'un inhibiteur de cotransporteur sodium-glucose de type II (iSGL2), le Jardiance ayant été très mal toléré. Par ailleurs, la recourante avait une micro-albuminurie contrôlée sous Cosaar et une polyneuropathie minime des membres inférieurs. Enfin, la tension artérielle et le cholestérol étaient dans la norme et elle ne présentait pas de dyslipidémie. ![endif]>![if> 24. Dans son avis médical du 18 juillet 2018, le docteur R_____ a considéré qu'il était très vraisemblable que l'état de santé de l'assurée se fût détérioré depuis la dernière expertise, si bien qu'une nouvelle évaluation était nécessaire pour connaître l'évolution de son état de santé.![endif]>![if> 25. Dans sa détermination du 31 août 2018, la recourante a conclu à ce qu'une expertise judiciaire fût ordonnée et s'est opposée à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé. Elle a exposé que la demande datait de 2005 et que le dossier avait été renvoyé à l'intimé en 2009 déjà pour instruction complémentaire. Après la réalisation de l'expertise, dans des conditions très discutables, il avait fallu quatre ans à l'intimé pour rendre une décision sur la base de cette expertise. Après l'opposition de la recourante, il avait fallu attendre plus de trois ans encore pour qu'un nouveau projet de décision fût rendu, alors qu'aucune mesure d'instruction complémentaire n'avait été réalisée. Ainsi, un nouveau renvoi porterait atteinte à son droit à un procès équitable. De surcroît, une expertise pluridisciplinaire devrait être ordonnée, ce qui retarderait encore plus la mise en œuvre d'une expertise par l'intimé. L'expertise devrait enfin comprendre un volet rhumatologique, un volet

psychiatrique, un volet dermatologique et un volet de médecine interne et porter sur l'état de santé et son évolution dans le temps depuis le dépôt de la demande en 2005.!

26. Entendue le 8 novembre 2018 par la chambre de céans avec l'aide d'un interprète somalien, la recourante a déclaré ce qui suit :! « J'ai passé une enfance heureuse en Somalie. Mon père était général et mon grand-père avait une grande ferme. A l'âge adulte, j'étais maîtresse d'école. Ce qui m'empêche de travailler se sont le diabète, les vertiges, les jambes gonflées et les genoux douloureux. Ce qui me rend triste et déprimée, c'est que je n'ai pas pu voir ma famille à l'étranger, que mon fils est malade, ainsi que mon mari. Par ailleurs, il y a deux semaines, j'ai reçu la nationalité suisse. Je pourrais voyager maintenant, mais le manque d'argent m'en empêche. Si j'étais en bonne santé, je travaillerais jour et nuit. Je prends un traitement contre la dépression, un médicament qui s'appelle Cosar. Mon état s'est aggravé ces dernières années, car je dois m'injecter de l'insuline matin et soir. Il m'est très difficile de rester assise, car cette position fait gonfler mes jambes. » Quant à son conseil, elle a précisé que la recourante voyait une fois par semaine la Dresse Q_____ pour le traitement de sa dépression. Sa mandante devait surélever ses jambes presque toute la journée, afin d'éviter qu'elles ne gonflent encore plus, en dépit du fait qu'elle portait tous les jours des bas de contention et qu'elle possédait un lit médicalisé permettant de surélever ses jambes. Elle suivait par ailleurs des cours de français deux fois par semaine depuis deux ans et avait fait beaucoup de progrès depuis lors. Quant à son fils, il était gravement handicapé et avait vingt ans. Il vivait toujours au domicile de ses parents, mais était pris en charge par une institution entre 8h00 et 16h00. 27. Par écriture du 30 novembre 2018, le conseil de la recourante a sollicité un délai supplémentaire pour fournir des informations médicales complémentaires. Elle a par ailleurs précisé que sa mandante n'avait pas été à l'aise à l'audience de comparution personnelle, au vu de la présence d'un jeune interprète masculin de sa communauté. Cela expliquait qu'elle avait tourné à moitié le dos à l'interprète, parlé sur un ton agressif et souvent caché son visage dans son voile. Elle était à cette audience soucieuse de préserver son image et sa réputation vis-à-vis d'un membre de sa communauté, étant précisé que la communauté somalienne de Genève était relativement petite et que les membres se connaissaient pour la plupart, du moins indirectement. Ainsi, elle n'avait pu aborder ses souffrances physiques et psychiques dans le détail et parler concrètement de son corps. Elle était également gênée par le nombre de personnes (7) présentes dans la salle à ce moment. Par conséquent, elle n'avait jamais pu bénéficier de bonnes conditions pour être réellement entendue. Au vu de ses progrès en français et des difficultés liées à la présence d'un traducteur d'une communauté restreinte, il serait nécessaire qu'elle fût entendue par une femme médecin, parlant français dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire.!

28. Par écriture du 16 janvier 2019, la recourante a renoncé à produire des pièces médicales complémentaires et a persisté dans sa demande d'expertise, subsidiairement de l'audition de la Dresse Q_____.!

29. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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 les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).!

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la

recourante peut prétendre à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 4. Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il n'y a pas lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27 bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1^{er} décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).![endif]>![if>

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).![endif]>![if> Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich

MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 6. 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 (art. 28 al. 2 LAI).![endif]>![if> 7. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée

pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du

Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.![endif]>![if> 8. Ni l'obésité en soi ni le diabète ne sont constitutifs d'invalidité, à moins que l'excédent de poids ait provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles. L'obésité a uniquement un caractère invalidant, lorsqu'elle ne peut être réduite ni par un traitement adéquat ni par une perte de poids exigible ou si celle-ci, compte tenu d'autres éventuelles atteintes liées à l'obésité, n'aurait vraisemblablement pas d'effet sur la capacité de travail (SVR 2010 IV Nr. 8 S. 25; RCC 1984 p. 359 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_74/2008 du 22 août 2008 consid. 2.2).![endif]>![if> 9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).![endif]>![if> 10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).![endif]>![if> 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 11. 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).> 12. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une expertise médicale fin 2009/début 2010. Selon les experts, elle souffre d'une dermite de stase modérée avec lymphœdème, insuffisance veineuse des membres inférieurs et status post dermo-hypodermite à répétition, de gonarthrose bilatérale, de lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs modérés, de diabète insulino-dépendant et d'obésité morbide. Dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts retiennent une hypertension artérielle, une hypothyroïdie substituée, une sclérose aortique, un status post-opération d'un kyste abdominal en 2003, un status post-tuberculose en 1999 et autre réaction à un facteur de stress important. En raison de l'obésité morbide et des troubles ostéo-articulaires, l'activité de nettoyeuse n'est plus exigible mais l'assurée est apte à exécuter une activité légère à plein temps en position principalement assise avec possibilité de changer de position. Cependant, la capacité de travail est limitée à cinq heures par jour en raison de l'obésité morbide, la difficulté à se déplacer et des troubles ostéo-articulaires. C'est la conjonction de ces facteurs qui limite la capacité de travail. Par ailleurs, le temps de travail dans une activité adaptée serait susceptible d'être amélioré, si l'assurée se prenait mieux en charge.> Il résulte de l'évaluation par le Dr N_____ que la dermite de stase est relativement limitée, dès lors qu'on ne retrouve pas des lésions eczématiformes. Le principal problème est la présence des autres comorbidités qui influencent négativement toute possibilité d'améliorer le pronostic. L'obésité morbide joue un rôle majeur dans la perpétuation de la dermite de stase, dans la mesure où elle crée des tableaux de grosses jambes complexes et induit des modifications de la perméabilité capillaire sanguine. Il est possible aussi que l'augmentation volumineuse des membres inférieurs doive être partiellement envisagée dans le cadre de « cellulite-lipoedème ». L'excès de graisse au niveau des cuisses et de l'abdomen empêche le sang de remonter correctement du pied vers le cœur et peut créer certains troubles veineux classiques dont

souffre la recourante avec œdèmes à tendance aux varices et aux jambes lourdes. Tant qu'il n'y a pas une réduction majeure de la masse graisseuse globale, il n'y a pas de raison que la situation puisse s'améliorer. Cet expert conclut que la situation métabolique (obésité, diabète, hypothyroïdie), lymphatique et veineuse est complexe et intriquée. La situation cutanée est relativement limitée et peu sévère, mais chronique et séquellaire aux autres diagnostics. Dans son expertise complémentaire du 17 septembre 2010, le Dr O _____ explique que l'obésité importante de la recourante exerce une influence sur l'évolution des autres affections et qu'une perte de poids importante serait à même d'améliorer la santé et, par conséquent, la capacité de travail. L'affection dermatologique en soi n'entraîne pas de déficit fonctionnel direct. Dans son avis médical du 22 décembre 2010, le SMR considère qu'il peut être attendu de la recourante qu'elle mette tout en œuvre pour réduire son poids, afin de faire disparaître les conséquences de son obésité. Partant, la capacité de travail est de 100 %.

13. a. Cette expertise a été effectuée sur la base d'une connaissance complète du dossier médical, prend en compte les plaintes de la recourante et repose sur des examens cliniques approfondis. Les conclusions sont bien motivées et cohérentes, si bien qu'une valeur probante peut en principe lui être reconnue, en application de la jurisprudence susmentionnée.

b. Toutefois, la recourante reproche à cette expertise d'avoir été effectuée par un interprète de langue italienne, alors qu'elle n'a que des connaissances rudimentaires de cette langue. Il est vrai qu'une compréhension parfaite paraît indispensable pour effectuer une expertise psychiatrique, l'évaluation du trouble psychique reposant essentiellement sur le ressenti de l'expertisé. Tel ne vaut cependant pas pour l'expertise d'atteintes somatiques. En effet, dans ce cas, l'examen clinique peut être réalisé même sans comprendre parfaitement l'expertisé. Quant aux plaintes de la recourante, il ressort de l'expertise que les experts ont néanmoins pu les comprendre. Pour le reste, l'examen repose également sur les rapports des autres médecins, ainsi que les examens radiologiques. Par conséquent, il y a lieu de reconnaître à l'expertise une pleine valeur probante pour les volets somatiques, en dépit des carences dans la traduction. S'agissant de l'appréciation psychiatrique, l'expertise jouit in casu d'une valeur probante limitée en raison d'une traduction insuffisante des propos de la recourante.

c. Cependant, cette question peut rester ouverte, dès lors que, sur le plan juridique, une valeur invalidante ne pourrait être reconnue à un éventuel trouble psychique. En effet, la recourante n'a pas consulté un spécialiste en la matière et il n'est pas établi que le trouble dépressif est résistant à un traitement médicamenteux conforme aux règles de l'art. Entendue par la chambre de céans avec l'aide d'un interprète de sa langue maternelle, la recourante explique spontanément son incapacité de travail uniquement par diabète, les vertiges, les jambes gonflées et des genoux douloureux, mais non par des troubles dépressifs. Au demeurant, ses médecins traitants, à part la Dresse Q _____, n'ont pas fait état d'une atteinte psychiatrique invalidante. Quant à ce dernier médecin, elle mentionne, dans son rapport du 5 juillet 2018, concernant l'évolution de l'état de santé depuis 2010, que la recourante présente des troubles de l'adaptation dus à des difficultés psychosociales, facteurs qui ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. En 2006 déjà le médecin du SMR relève que les troubles dépressifs, existant depuis dix ans, n'ont pas empêché la recourante de travailler. Par conséquent, les critères de la gravité de l'atteinte psychique et de la cohérence ne peuvent être retenus, en l'absence d'un traitement psychiatrique dans les règles de l'art et d'un environnement social plutôt soutenant, la recourante vivant avec sa famille et étant très aidée par son mari qui semble s'occuper de toutes les tâches du ménage et de leur enfant handicapé. Quant à celui-ci, il constitue certes une source de tristesse. Cependant, il est aujourd'hui adulte et

pris en charge en institution, de sorte que les parents ne doivent pas continuellement s'occuper de lui. Compte tenu de ces éléments, les troubles dépressifs apparaissent essentiellement comme le résultat de facteurs socio-culturels, la recourante n'étant pas intégrée en Suisse, en dépit de l'obtention de la nationalité suisse, et s'étant mise à apprendre le français depuis deux ans seulement, probablement en raison de la procédure de naturalisation en cours. Ainsi, sur la base des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral, il ne pourrait pas être admis que les troubles psychiatriques aient un caractère invalidant en l'occurrence. d. S'agissant de l'ancienneté de l'expertise, il est pour le moins surprenant qu'une décision soit rendue sept ans après la réalisation de cette expertise. La recourante se prévaut d'une péjoration de son état de santé depuis 2010, en faisant état d'être âgée aujourd'hui de 58 ans, de ce que les lésions dégénératives au niveau des genoux se sont aggravées, que son diabète n'est toujours pas correctement maîtrisé et qu'elle a très souvent des vertiges. Cependant, les atteintes aux genoux ne constituent pas un obstacle dans une activité assise et, au vu du rapport du 21 février 2018 des HUG, il n'apparaît pas que le diabète se soit aggravé. Quant aux vertiges, une telle atteinte n'est pas médicalement établie. Au contraire, il semble que l'état de santé de la recourante se soit amélioré, puisqu'au moment de l'expertise la recourante pesait 125 kg pour 165 cm et qu'il ressort du rapport précité que son poids était le 21 février 2018 de 83,5 kg. Dans son rapport du 5 juillet 2018, la Dresse Q_____ fait même état d'un poids de 77 kg. Par ailleurs, la recourante ne présente pas de dyslipidémie et la tension artérielle et le taux de cholestérol sont dans les normes. Depuis 2013, elle n'a plus été hospitalisée. Elle ne souffre en outre plus d'un eczéma chronique des membres inférieurs, même si elle présente toujours de très importants lymphœdèmes. Néanmoins, ceux-ci n'avaient pas été considérés comme invalidants en 2009, alors même qu'ils étaient déjà présents à l'époque dans la même mesure. Il ressort enfin du rapport du 21 février 2018 des HUG que les atteintes à la santé sont en l'occurrence largement dominées par les problèmes psychosociaux, le Dr S_____ relevant que la recourante est totalement obnubilée par la problématique sociale avec le problème du handicap de son enfant, le manque d'argent et l'impossibilité de voyager pour rendre visite à sa famille. Ces préoccupations semblent engendrer également un manque de compliance pour contrôler le diabète. Partant, en l'absence d'une aggravation significative avec répercussion sur la capacité de travail et au contraire de plusieurs éléments en faveur d'une amélioration, l'expertise peut être considérée comme étant toujours valable sur le plan somatique. e. Selon la recourante, il est également nécessaire d'investiguer l'origine de l'obésité, dès lors qu'une invalidité doit être admise si l'excès de poids est la conséquence d'un trouble de la santé, selon la jurisprudence en la matière. Toutefois, il n'y a aucun indice dans ce sens dans le dossier. Par ailleurs, le fait que la recourante ait pu maigrir de 41,5 kg entre l'expertise pluridisciplinaire et la date de la consultation de diabétologie en date du 21 février 2018, démontre que l'excès de poids n'est en l'occurrence pas la conséquence d'un trouble de la santé et qu'il est exigible qu'elle perde du poids. f. Quant à l'intimé, il s'écarte des conclusions de l'expertise en ce qui concerne la capacité de travail. Comme relevé ci-dessus, l'obésité et ses conséquences, notamment le diabète, ne sont pas considérées comme des affections invalidantes. De surcroît, il est démontré que la recourante est effectivement capable de perdre du poids, ce qui a, selon toute vraisemblance, mis fin à la dermatite de stase. L'affection n'est donc pas irréversible, comme l'ont considéré à juste titre les experts. Par ailleurs, le stage d'orientation en vue de placement en entreprise aux EPI a démontré que la recourante a les capacités et les compétences pour réintégrer le monde économique normal à un taux d'occupation de 50 %

au minimum avec un rendement proche de la normale, en tant qu'employée en conditionnement et ouvrière à l'établi. En tout état de cause, la question d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée peut rester ouverte au vu du statut mixte de la recourante. En effet, même en admettant qu'elle ne dispose que d'une capacité de travail de 50%, aucune invalidité ne pourrait être retenue dans la sphère lucrative, dès lors qu'elle n'aurait pas travaillé à un taux supérieur. 14. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne juge pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. 15. En ce qui concerne le statut de la recourante, il n'est pas contesté qu'elle aurait travaillé à 50 %, si elle était en bonne santé, et qu'elle se serait consacrée à son ménage le temps restant. 16. L'évaluation de sa capacité de travail dans la sphère ménagère est fondée sur une enquête économique sur le ménage réalisée en juillet 2007. Certes, cette enquête est très ancienne. Cependant, déjà à l'époque, la recourante restait couchée sur son lit et ne faisait presque rien dans son ménage. C'est grâce à l'aide apportée par son mari, que les empêchements dans le ménage n'étaient que de 40,5 %. Reste à examiner la perte de gain de la recourante dans une activité adaptée à 50 %. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique

alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il y a lieu de procéder à un abattement des salaires ressortant des statistiques en fonction de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation et ressortit en premier lieu à l'administration (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 17. En raison de la longue période d'inactivité de la recourante, il y a lieu de fonder la comparaison des gains sur les mêmes salaires statistiques. Au vu de la nationalité étrangère de la recourante, son manque de connaissance de la langue française et ses handicaps, il y a par ailleurs lieu d'admettre un abattement des salaires statistiques de 15 %. Cela étant, la perte de gain dans la sphère lucrative au taux d'occupation de 50% est de 7,5% (50% de 15%). En admettant avec l'intimé que le rendement est diminué de 10% dans une activité à plein temps, la perte de gain s'établit à 12,5% (50% de 25%).!endif>!if> Dans l'hypothèse d'une incapacité de gain de 40,5 % dans la sphère ménagère, ce qui prête à discussion, le taux d'invalidité est de 20,25% dans ce domaine d'activité. Le taux d'invalidité total est ainsi de 32,75 % dans la meilleure des hypothèses. Un tel taux n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. 18. La recourante réclame également des mesures d'ordre professionnel. !endif>!if> Toutefois, elle a déjà été mise au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle qui a permis d'identifier les activités qui lui restent encore ouvertes. Par ailleurs, une mesure d'aide au placement lui a d'ores et déjà été reconnue, pour autant qu'elle fasse une demande motivée. Cela étant, la question des mesures professionnelles est sans objet. 19. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.!endif>!if> 20. La recourante étant prise en charge par l'Hospice général, il est renoncé à percevoir un émolument de justice. !endif>!if> *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :