

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3874/2015

ATAS/474/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 juin 2016

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1980, originaire d'Éthiopie, arrivée en Suisse le 24 mars 2003, mariée et mère d'un enfant, né en 2009. Elle a demandé des prestations de l'assurance invalidité (ci-après : l'OAI), le 11 avril 2013, en indiquant qu'elle avait suivi l'école obligatoire en Éthiopie jusqu'à 17 ans, qu'elle n'avait pas appris de profession, qu'elle n'avait pas d'activité lucrative et qu'elle était femme au foyer depuis le 20 juillet 2010. Elle souffrait de gonalgie droite invalidante et de douleurs au genou gauche, depuis février 2009.
2. La doctoresse B_____, médecin interne, département de médecine communautaire et de premier recours des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a attesté, le 15 juillet 2009, que l'assurée souffrait d'une gonalgie droite depuis le mois de février, apparue une semaine après son accouchement par césarienne. Le 22 juin 2009, une IRM du genou droit avait mis en évidence une ostéo-nécrose du condyle fémoral interne.
3. La doctoresse C_____, FMH en médecine interne, a informé l'OAI, le 6 janvier 2014, des diagnostics à l'origine de l'incapacité de travail de l'assurée qu'elle suivait depuis le 20 septembre 2012. Celle-ci était en incapacité de travail à 100 % depuis 2009 en tant que nettoyeuse. La capacité travail était fortement réduite par les douleurs chroniques et la fatigue. L'assurée ne pouvait pas marcher correctement, ni porter des charges et avait toujours mal. Elle ne pouvait pas faire un travail debout. Elle était souvent assez triste et déprimée à cause de ses problèmes de santé. Sa capacité de travail dans une activité tenant compte de ses limitations était peut-être à 50 % dans une activité assise. L'assurée se déplaçait difficilement, avait peu d'instruction, parlait peu le français et ne savait ni écrire ni lire.
4. À teneur de l'extrait du compte individuel du 13 janvier 2014 établi par la caisse cantonale genevoise de compensation, elle a obtenu les revenus de CHF 4'612.- en 2012 et en 2011, et de CHF 3'420.- en 2010, d'une activité indépendante.
5. Selon un rapport établi le 20 septembre 2012 par le docteur D_____, chef de clinique au département de chirurgie viscérale des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée avait été hospitalisée pour la prise en charge chirurgicale d'une cure de hernie incisionnel ombilicale. L'opération s'était passée dans de bonnes conditions.
6. Le 18 décembre 2013, l'assurée s'est inscrite auprès de l'office régional de placement, indiquant rechercher une activité de femme de chambre à 100 %.
7. Un rapport d'examen clinique rhumatologique de l'assurée a été établi le 17 avril 2015 par le docteur E_____, médecine physique et réadaptation FMH, rhumatologue FMH, du SMR.

Sous « Anamnèse familiale », il est indiqué que l'assurée avait neuf ans lorsque ses deux parents étaient décédés en l'espace de six mois. Elle était donc orpheline, sans fratrie, et avait été élevée par des voisins.

Sous « Anamnèse professionnelle », il est indiqué que, contrairement à ce qui était noté dans sa demande de prestations, elle n'avait fait que trois ans d'école primaire. La famille qui l'avait accueillie lui avait fait faire le ménage et d'autres tâches ménagères. À son arrivée en Suisse, à Zurich, elle avait travaillé pendant deux ans dans un EMS comme nettoyeuse. Elle n'avait pas pu reprendre cette activité après son accouchement en raison des gonalgies. Elle avait déménagé à Genève après la naissance de sa fille et ne cherchait plus de travail en raison de ses douleurs.

Sous « Anamnèse actuelle », il est indiqué :

- Gonalgies D : deux semaines après l'accouchement, l'assurée avait ressenti des douleurs au genou en charge. Elle éprouvait de plus en plus de difficultés pour se lever et marcher et avait eu recours à deux cannes. Elle avait noté une tuméfaction et une chaleur de cette articulation. Depuis, les douleurs s'étaient aggravées et devenaient permanentes au moindre changement de la position du genou. Elles étaient présentes dès le réveil et nécessitaient un dérouillage d'environ 20 minutes. Des blocages de une à deux minutes étaient fréquents. À l'intérieur du domicile, elle prenait une canne qu'elle portait à droite. À l'extérieur, elle utilisait deux cannes. Le périmètre de marche était de 20 à 30 minutes. Les douleurs prédominaient le jour, plutôt en fin d'après-midi. Elles la réveillaient la nuit lors des changements de position. Elle n'avait plus consulté d'orthopédiste depuis un à deux ans.
- Gonalgies G : les douleurs étaient apparues un mois après celles du genou droit. Au début elles étaient moins importantes mais actuellement elles l'étaient plus. Actuellement, la symptomatologie gauche était comparable au côté droit.
- Lombalgies : vers la fin de la grossesse, elle avait présenté ces douleurs, qui avaient disparu par la suite pour réapparaître. L'assurée mettait cela en lien avec sa forte poitrine. Les douleurs étaient constantes, lombaires basses, sans irradiations et sans troubles sensitivomoteurs aux membres inférieurs. Elles étaient d'allure mécanique, nécessitant un dérouillage matinal de 20 minutes, augmentant au froid, à l'humidité et au moindre effort. Les lombalgies s'accompagnaient parfois de dorsalgies, lorsqu'il faisait froid. Pour soulager les douleurs, l'assurée prenait du Dafalgan et s'allongeait. À la fin de son récit, qui s'était fait en anglais, avec l'aide partielle de l'interprète dans sa langue maternelle, l'assurée pleurait et se disait triste, car elle était encore jeune et ne pouvait plus travailler. Elle mentionnait un problème de fertilité qui l'empêchait d'avoir un deuxième enfant, dont elle ne voulait de toute façon pas, par crainte qu'une grossesse aggrave encore ses douleurs aussi bien lombaires qu'aux genoux. Elle souhaitait obtenir une rente de l'assurance d'invalidité puisqu'elle ne pouvait plus travailler.

Sous « Vie quotidienne », il est indiqué que l'assurée se réveillait à 7h00, préparait le petit-déjeuner pour sa fille et l'accompagnait à pied jusqu'à l'école, soit un trajet de 10 minutes. Elle rentrait ensuite à la maison, regardait un peu la télévision avant de préparer le dîner pour elle et sa fille. Son mari se préparait lui-même son repas, mais les trois mangeaient ensemble à midi. Vers 13h00, elle raccompagnait sa fille à l'école. Elle rentrait ensuite regarder la télévision et se reposer avant d'aller la rechercher vers 16h00. Elle préparait ensuite le souper qu'ils prenaient en famille à 19h00. Elle se couchait à 21h00 et s'endormait à 22h00. Elle ne faisait pas d'activités ménagères à part la cuisine, et parfois la vaisselle, et la lessive. Sinon le reste des tâches ménagères était effectué par son mari, tout comme les courses.

Sous « Contexte psychosocial », il est indiqué que l'assurée était d'origine éthiopienne, en Suisse depuis mars 2003 et bénéficiaire d'un permis B. Son mari, naturalisé suisse, avait 51 ans et était père de quatre enfants d'un premier lit. Le couple vivait dans un appartement de quatre pièces au troisième étage d'un immeuble muni d'un ascenseur et avait un véhicule. Ils vivaient de l'aide sociale. L'assurée n'avait aucune famille ou connaissances à Genève à part son mari et vivait recluse.

Sous « Status », il est indiqué que l'assurée était arrivée à l'heure au rendez-vous, conduite par son mari et accompagnée d'une interprète, qui était finalement peu intervenue, la conversation s'étant déroulée en anglais. Elle était propre de sa personne, portait une canne à droite et marchait lentement avec une boiterie de décharge droite. Elle avait demandé à utiliser l'ascenseur pour accéder à la salle d'examen et quitter le SMR plus tard. Elle ne savait pas écrire. Pendant l'entretien de 90 minutes, elle était restée assise, sans changer de position ou manifester la moindre douleur. Pour se déshabiller, elle s'était levée lentement de la chaise, en se plaignant de gonalgies bilatérale, s'était appuyée contre la table d'examen et avait enlevé les habits du haut du corps sans aucune difficulté avec une gestuelle normale des membres supérieurs. Elle avait enlevé les chaussures debout avec les pieds. Elle s'était assise et penchée en avant, sans épargne pour le rachis, pour enlever son pantalon. Elle s'était rhabillée également lentement, cette fois assise sur la chaise et ne s'était relevée qu'à la fin pour ajuster son pantalon et le boutonner. De nouveau, la gestuelle était fluide.

Le rapport résume le status général, le status neurologique et le status ostéoarticulaire, ainsi que dossier radiologique de l'assurée (onze examens US, RX et IRM).

Le médecin examinateur a posé comme diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail : « gonarthrose tricompartimentale bilatérale avec une dégénérescence méniscale bilatérale interne, chondropathie condylienne interne droite grade II-III, chondropathie tibiale interne gauche grade III, chondropathie rotulienne droite » et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité travail, des lombalgies communes.

Sous « Appréciation du cas », il a indiqué, notamment, qu'il avait été d'emblée confronté à un problème linguistique, l'assurée ne parlant pas le français. Finalement, le recueil anamnestique à l'examen s'était effectué en anglais, avec l'intervention de l'interprète à quelques reprises. L'assurée présentait une pré-obésité avec un poids de 71 kg pour une taille de 168 cm. Il avait observé un status variqueux des membres inférieurs, sans œdèmes aux chevilles. Le reste du status était sans particularités. À l'examen neurologique, la seule anomalie décelée était l'aréflexie achilléenne gauche. Il s'agissait d'une découverte fortuite, sans conséquence sur la capacité travail. La force était normale à tous les niveaux. L'accroupissement, la marche du funambule, la marche sur les talons et les pointes des pieds n'avaient pas été testés à cause des gonalgies. Sans marcher, l'assurée arrivait à se mettre sur les talons et la pointe des pieds de manière symétrique et sans difficulté.

L'observation montrait que l'assurée se déplaçait lentement avec précaution, en utilisant une canne qu'elle portait à droite. La boiterie d'appui à droite était constante. Elle disait souffrir plus du genou gauche que du droit. Elle avait effectivement tendance à garder ce genou en légère flexion et à le bouger plus lentement que le côté droit. Le bilan radiologique récent confirmait la corrélation entre les plaintes et les troubles dégénératifs. L'examen clinique n'objectivait pas de lésions méniscales, de blocages ou de douleurs interlignes articulaires. La mobilité du rachis était somme toute bonne, voire excellente, dans la norme, surtout en flexion du tronc lorsque l'assurée était distraite. Les lombalgies étaient en lien avec la boiterie et un déconditionnement que l'assurée pourrait améliorer par une physiothérapie dirigée et une perte pondérale qui ne pouvaient que diminuer les contraintes sur les genoux et les douleurs. Cette problématique n'entraînait pas de limitations fonctionnelles ou d'incapacité de travail. Comme facteurs non médicaux, l'examineur retenait que l'assurée était illettrée et qu'elle ne parlait pas français, ce qui pouvait rendre difficile son intégration dans le marché du travail, à moins qu'il ne s'agisse d'une tâche répétitive simple. L'activité de nettoyeuse n'était plus exigible.

Les limitations fonctionnelles étaient, s'agissant des genoux : « activités uniquement assises, éviter les activités en marchant, en utilisant les escaliers, échelles et escabeaux ou en marchant sur un terrain irrégulier. Éviter le port de charges debout avec une main dépassant 5 kg. Le port de charges bimanuel debout était impossible. Le port de charges assis ne dépassant pas 10 kg. Éviter le travail dans un milieu froid et humide ou sur plateforme vibratoire. Éviter les changements fréquents lors de l'utilisation des transports publics. Périmètre de marche avec une ou deux cannes 500 m ».

Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail totale était attestée dès le 20 septembre 2012 par la Dresse C_____ (rapport médical du 21 janvier 2014). Le médecin examinateur s'alignait sur cette incapacité de travail de longue durée, en

raison d'une atteinte destructrice dégénérative progressive des genoux. L'incapacité de travail totale avait été reconduite par le médecin traitant, le 21 janvier 2014.

La capacité travail exigible était déterminée par la tolérance mécanique des genoux. Compte tenu de l'aggravation progressive des atteintes arthrosiques et méniscales au genou, la capacité travail était nulle dans l'activité antérieure dans les nettoyages. Dans une activité adaptée, sur établi par exemple, la capacité de travail exigible était de 80 % depuis septembre 2012, à déterminer en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation. Une incapacité de travail durable de 20 % était retenue en raison d'une baisse de rendement attendue (déplacements lents au sein de l'entreprise, pour aller au WC, changement de positions). La méconnaissance du français et de l'écriture pouvaient jouer un rôle négatif dans une réinsertion.

8. L'OAI a encore fait procéder à une enquête ménagère. À teneur du rapport du 25 août 2015, établi par Madame F_____, l'entretien s'était déroulé au domicile de l'assurée le 18 août 2015 en présence de son époux pendant une heure trente. L'époux avait servi d'interprète, car l'assurée parlait peu le français. Malgré les questions posées et reformulées, les réponses étaient restées peu détaillées et parfois évasives. L'assurée était en Suisse depuis 2003. À son arrivée, elle avait travaillé comme femme de ménage dans un EMS à Zurich, pendant deux ans. Selon un document, l'assurée avait travaillé comme femme de ménage dans un EMS du 1^{er} septembre 2006 au 31 janvier 2008, environ 38 heures par mois dans le cadre d'un travail occupationnel pour demandeurs d'asile. Elle avait ensuite quitté son emploi pour se marier et suivre son époux à Genève. Elle avait eu une fille en février 2009. Elle souffrait de gonalgies droites apparues une semaine après l'accouchement. Elle n'avait pas pu reprendre son activité habituelle de femme de ménage. Elle était femme au foyer depuis son mariage. Elle s'était inscrite au chômage à 100 % le 18 décembre 2013 pour un emploi de nettoyeuse ou de femme de chambre. Sans handicap, elle exercerait une activité lucrative à ce jour, selon ses dires, comme femme de chambre ou nettoyeuse à temps partiel ou complet, selon l'emploi trouvé. Elle était mariée et avait une fille de six ans. Elle-même et son époux vivaient de l'aide sociale. Son mari disait ne pas pouvoir travailler, sans plus de précisions. Il serait dès lors disponible pour s'occuper de sa fille si son épouse trouvait un emploi, même à temps complet. Il avait précisé s'être toujours occupé des quatre fils qu'il avait eus avec sa première épouse. L'assurée disait avoir fait des recherches d'emploi dans le domaine du nettoyage ou comme femme de chambre après son arrivée à Genève. Toutefois, aucun document ne l'attestait. De plus, en lien avec l'atteinte à la santé, elle ne pourrait plus effectuer un tel travail de nettoyeuse. Le 18 décembre 2013, elle s'était inscrite au chômage à 100 %. Lors de l'enquête à domicile, elle avait montré des recherches d'emploi en qualité de nettoyeuse ou femme de chambre à temps partiel ou complet, effectuées pour le chômage. Dans sa demande initiale, elle s'était décrite comme femme au foyer. Depuis le travail occupationnel pour demandeurs d'asile comme femme de ménage dans un EMS de Zurich pendant deux ans, de 2006 à 2008, elle n'avait plus

travaillé. Elle était en incapacité de travail à 100 % depuis 2009, en raison de gonalgies. Le début de l'incapacité de travail durable était reconnu depuis septembre 2012.

a. Conduite du ménage (2 - 5 %, planification/organisation/répartition du travail /contrôle) :

Avant l'atteinte à la santé, l'assurée gérait la conduite du ménage avec son époux. Ils n'organisaient pas le ménage et effectuaient les tâches ménagères au jour le jour lorsqu'elles s'avéraient nécessaires, sans organisation préalable.

Après l'atteinte, les époux avaient gardé la même façon de fonctionner.

Pondération du champ d'activité : 3 %

Empêchements : 0 %

Exigibilité : 0 %

b. Alimentation (10 - 50 %, préparation/cuisson/services/travaux de nettoyage de la cuisine/provisions) :

Avant l'atteinte à la santé, l'assurée gérait la plupart du temps la préparation des repas. Elle faisait de la cuisine éthiopienne avec des galettes, des viandes mijotées et des sauces, peu de légumes. Elle préparait un repas par jour et mangeait avec son époux quand ils avaient faim, sans horaire précis. Elle n'élaborait pas de pâtisseries. Parfois ils allaient chercher des pizzas, par exemple. Elle ne sortait que rarement et invitait de temps en temps des amis. Son mari l'aidait à mettre et débarrasser la table, puis elle faisait la vaisselle. Elle n'utilisait que rarement le lave-vaisselle. Ensuite elle rangeait et nettoyait la cuisine.

Après l'atteinte à la santé, elle avait des difficultés à rester debout pour cuisiner. Selon ses dires, la majeure partie des repas était préparée par son mari. Elle ne faisait que rarement des galettes dont la préparation nécessitait une station debout et les achetait toutes faites. Elle cuisinait moins de plats mijotés. Elle disait alors à son mari comment confectionner les plats qui nécessitaient un temps plus long de préparation et celui-ci les cuisinait. Elle pouvait elle-même préparer une partie des mets assise à la table de la cuisine. Selon son mari, ils prenaient régulièrement des sandwiches, des pizzas ou un McDonald à l'emporter, surtout quand ses fils prenaient le repas du soir avec eux le week-end. L'assurée continuait à mettre et débarrasser la table avec son époux. Quand ils mangeaient avec des galettes ou des plats déjà préparés, ils utilisaient peu de vaisselle. Quand elle n'avait pas trop de douleurs, elle faisait un peu de vaisselle ou alors c'était son mari qui la faisait. Elle n'utilisait pas le lave-vaisselle, trouvant cela pas nécessaire pour trois personnes. Il paraissait toutefois exigible qu'elle s'en serve dans les moments où elle ne se sentait pas assez bien pour faire la vaisselle à la main. C'était souvent son mari qui s'acquittait du nettoyage de la cuisine quand cela s'avérait nécessaire. Quand ils avaient des invités, ces derniers participaient désormais à l'élaboration des galettes et du repas.

Pondération du champ d'activité : 45 %

Empêchements : 30 %

Exigibilité : 30 %

c. Entretien du logement (5 - 20 %, épousseter/passé l'aspirateur/entretenir les sols/nettoyer les vitres/faire les lits) :

Avant l'atteinte, l'assurée gérait seule le ménage courant. Elle passait la poussière, l'aspirateur, lavait les sols, nettoyait la salle de bain, faisait les lits, changeait les draps. Son mari l'aidait pour les vitres et les grands nettoyages.

Après l'atteinte, selon les dires de l'assurée, elle ne faisait plus le ménage courant qui était effectué par son mari. Elle se déplaçait à l'intérieur avec une canne et, de ce fait, ne pouvait pas effectuer la plupart des tâches ménagères courantes ainsi que le changement des draps de lit. Il paraissait toutefois exigible qu'elle fasse quelques petits travaux ménagers, comme faire un peu de rangement, passer la poussière à hauteur ou nettoyer le lavabo de la salle de bains, par exemple.

Pondération du champ d'activité : 18 %

Empêchements : 80 %

Exigibilité : 40 %

d. Emplettes et courses diverses (5 - 10 %, poste/assurance/services officiels) :

Avant l'atteinte, l'assurée faisait les grandes courses une fois par semaine avec son mari. Ensuite, elle faisait des petites emplettes si nécessaire sur la semaine. Les factures et les papiers officiels étaient gérés par son époux.

Après l'atteinte, selon ses dires, l'assurée continuait à faire les listes de courses et son mari allait les faire parfois seul, parfois avec elle. Si les douleurs n'étaient pas trop fortes, elle pouvait se rendre à pied, à l'aide d'une canne, au centre commercial de son quartier et prendre ensuite appui sur le chariot pour se déplacer dans le magasin. Elle continuait ainsi à faire de temps en temps des emplettes seule et pouvait porter un sac de courses léger avec la main gauche et tenir la canne dans la main droite pour se déplacer. Toutes les démarches administratives restaient gérées par son époux.

e. Lessive et entretien des vêtements (5 - 20 %, laver/suspendre/ramasser/repasser/raccommoder/nettoyer les chaussures) :

Avant l'atteinte, l'assurée gérait seule l'entretien du linge. Elle triait les lessives, mettait les machines, étendait le linge et le pliait une fois sec. Elle ne repassait que ses propres pantalons et chemisiers et ne faisait pas de travaux de couture.

Après l'atteinte, elle continuait à trier et à mettre les machines. Son mari étendait ensuite le linge et le mettait dans une bassine une fois sec. Ensuite, il pliait son propre linge et le rangeait. L'assurée s'installait sur le canapé afin de plier son linge

et celui de sa fille puis rangeait les vêtements petit à petit dans les armoires. Elle ne repassait plus aucun vêtement.

Pondération du champ d'activité : 12 %

Empêchements : 50 %

Exigibilité : 40 %

f. Soins aux enfants et aux autres membres de la famille (0 - 30 %) :

Avant l'atteinte, l'assurée n'avait pas encore d'enfant. Elle participait à la prise en charge des enfants de son époux quand ils venaient à la maison.

Après l'atteinte, l'assurée et son époux étaient parents d'une fille de six ans. Ils étaient impliqués de manière égale dans son éducation. C'était la plupart du temps le mari de l'assurée qui faisait les trajets pour amener leur fille à l'école, selon les dires de l'assurée. Toutefois, l'école se trouvait dans le même quartier d'immeubles que leur domicile et le centre commercial où elle se rendait pour faire ses courses et ses emplettes. Par ailleurs, à teneur du rapport d'expertise rhumatologique, elle amenait sa fille à l'école le matin et en début d'après-midi et allait la rechercher en fin d'après-midi. Lors de l'enquête à domicile, elle avait précisé qu'elle n'allait pas chercher sa fille à 11h30 pour préparer le repas de midi. L'assurée ne se rendait jamais seule aux réunions scolaires ou chez le pédiatre. Son mari tenait à être présent et lui servait d'interprète. Sa fille n'avait à ce jour pas de devoirs ni d'activités extrascolaires. Deux des quatre autres enfants de son époux, âgés de 15 et 20 ans, venaient passer le week-end à la maison. Elle participait à la prise en charge du cadet si nécessaire.

Pondération du champ d'activité : 12 %

Empêchements : 10 %

Exigibilité : 10 %

g. Divers (0 - 50 %) :

Avant l'atteinte, le mari de l'assurée avait planté des bananiers sur le balcon et s'en occupait seul.

Après l'atteinte, l'assurée suivait des cours de français deux fois par semaine à l'école de l'Europe où était scolarisée sa fille. Elle s'y rendait seule à pied, sauf si les gonalgies étaient trop fortes.

Pondération du champ d'activité : 4 %

Empêchements : 10 %

Exigibilité : 0 %

L'enquête concluait que le statut était à déterminer par le gestionnaire au vu des éléments apportés.

L'empêchement pondéré dans la sphère ménagère était de 8,80 %. L'assurée pouvait effectuer des travaux ménagers en position assise ainsi que des petites tâches ménagères légères de manière fractionnée sur la semaine. Elle pouvait également se déplacer seule à l'aide d'une canne sur 500 m et porter des charges inférieures à 5 kg.

Une exigibilité de 29,70 % était retenue. Son époux ne travaillait pas et était disponible pour aider l'assurée dans les diverses tâches ménagères.

9. Le 28 août 2015, l'OAI a rendu un projet de décision rejetant la demande de prestations de l'assurée du fait que, selon ses observations, et suite à l'enquête effectuée à son domicile, elle présentait un empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels de 8.80 %. Or, un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.
10. Le 22 septembre 2015, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle relevait que l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative était évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, ce qui était bien son cas. Cela faisait bientôt 13 ans qu'elle vivait en Suisse et elle n'avait jamais exercé d'activité lucrative avant d'être atteinte dans sa santé physique. Elle était au bénéfice d'une allocation de l'Hospice général qui ne lui permettait pas de faire face à ses dépenses courantes.
11. Le 6 octobre 2015, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée à son projet de décision, en reprenant en substance la motivation de cette dernière.
12. Le 5 novembre 2015, l'assurée a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle contestait formellement l'appréciation de l'exigibilité faite par l'OAI pour l'aide de son mari aux tâches ménagères. Ce dernier était lui-même souffrant et dans une situation d'incapacité de travail médicalement prouvée. Il ne pouvait pas l'aider. Elle demandait aux juges d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance. L'OAI ne s'était fondé que sur le rapport d'enquête du 18 août 2015. Il n'avait pas contredit le rapport médical pertinent rédigé par son médecin traitant, ni précisé les motifs pour lesquels il n'avait pas retenu les conclusions de ce médecin. Le préavis négatif à sa demande était lacunaire et ne tenait pas compte du rapport médical pertinent de son dossier. Il y avait lieu de retenir une incapacité de travail totale, ainsi que dans l'activité habituelle, et de lui allouer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2015. L'incapacité de 8.80 % attribuée à son activité ménagère ne correspondait pas à la réalité. Il y avait lieu d'ordonner, au besoin, une expertise médicale pour déterminer l'existence ou non d'une capacité d'effectuer les travaux habituels. Elle concluait à ce qu'une rente entière d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 70 %, lui soit octroyée dès le 1^{er} janvier 2015 et à ce qu'une indemnité équitable à titre de dépens lui soit allouée.

13. Le 30 novembre 2015, l'OAI a répondu au recours et conclu à son rejet. Conformément à la jurisprudence en la matière, la question du statut devait être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'était développée jusqu'au moment où l'administration avait pris sa décision, soit le 6 novembre 2015. Au vu du dossier, un statut pur ménager avait été retenu. Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constituait en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En l'espèce le rapport du 18 août 2015 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en ressortait que l'exigibilité des membres de la famille n'avait jamais dépassé le seuil de 30 %. Les arguments avancés par la recourante à l'encontre de cette exigibilité n'étaient pas de nature à modifier son appréciation.
14. La recourante a répliqué le 18 décembre 2015. Elle rappelait que son époux, qui bénéficiait de l'assurance invalidité, ne pouvait lui apporter de soutien. L'OAI avait ignoré qu'étant sans ressources financières elle ne pouvait requérir l'aide d'une tierce personne pour l'aider dans les tâches ménagères contre rémunération. De ce fait une incapacité significative devait être retenue.
- Elle a transmis une attestation établie, le 30 octobre 2015 par la Dresse C_____, à teneur de laquelle, elle était incapable de travailler pour des raisons médicales.
15. 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.
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).
6. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé

physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

7. 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.
8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
9. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).
10. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que

la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

11. En l'espèce, il y a lieu de retenir un statut de non actif, comme l'a retenu l'OAI, sans être contredit par la recourante, qui avait mentionné dans sa demande de prestations qu'elle était femme au foyer et s'était prévalu d'un tel statut dans son opposition au projet de décision.
12. Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au chiffre 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.
13. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié).

au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

14. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).
15. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).
16. L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans 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. Pour une nettoyeuse professionnelle, elle s'évalue donc au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1er LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

17. La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.3).
18. En l'espèce, une enquête ménagère a été établie par une enquêtrice qui s'est rendue au domicile de l'assurée et s'est fondée sur un entretien d'une heure trente avec celle-ci et son époux. Cette enquête a pleine valeur probante, dès lors qu'il n'apparaît pas que les déclarations de l'assurée ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical. En effet, le fait que l'expert ait retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de nettoyeuse n'implique pas forcément une incapacité totale à accomplir les travaux habituels dans son ménage. Si les deux activités sont très semblables, le travail de nettoyage dans une activité professionnelle est plus pénible que le travail ménager dans la sphère privée, car ce dernier peut plus facilement être aménagé en fonction des limitations. En effet, l'obligation de réduire le dommage impose que la personne qui s'occupe du ménage fasse ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin de réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne

assurée qu'elle répartisse mieux son travail, soit en aménageant des pauses et en repoussant les travaux peu urgents. De tels aménagements ne sont pas possible dans une activité professionnelle. En l'espèce, les tâches que l'enquêtrice a estimé pouvant être exigées de l'assurée sont compatibles avec ses limitations. L'exigibilité retenue pour la contribution de l'époux de l'assurée apparaît justifiée, au vu de sa participation concrète aux activités ménagères et au fait qu'il ne travaille pas, tel que cela ressort de manière convaincante de l'enquête ménagère, qui est fondée sur les déclarations des époux. La recourante n'a pas rendu vraisemblable que son mari ne pouvait pas l'aider dans les tâches ménagères. Même s'il était avéré qu'il est au bénéfice d'une rente d'invalidité, cela n'établirait pas qu'il est incapable de faire des tâches ménagères.

19. Une pleine force probatoire étant reconnue au rapport d'enquête ménagère, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise médicale, comme requis par la recourante, pour déterminer sa capacité à effectuer les travaux habituels dans le ménage, selon la jurisprudence en la matière.
20. Ainsi, il y a lieu de retenir, conformément aux conclusions de l'enquête ménagère, une incapacité de 8.80 % du temps consacré par l'assurée aux travaux ménagers, soit un pourcentage inférieur à 40 %, qui n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité.
21. Dans la mesure où la recourante a eu des déclarations contradictoires au sujet de son statut, puisqu'elle a déclaré lors de l'enquête ménagère que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative, à temps partiel ou complet, comme femme de chambre ou nettoyeuse, il sera précisé, à toutes fins utiles, que même si ce statut avait été retenu, elle n'aurait pas droit à une rente d'invalidité, comme cela va être démontré ci-après.
22. Pour les assurés ayant un statut d'actif, la comparaison des revenus s'effectue 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 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

23. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

24. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
25. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).
26. Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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).

27. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. 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 (ATF 132 V 393 consid. 3.3).
28. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).
29. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).
30. Il y a lieu de se référer au rapport rhumatologique établi par le Dr E_____, le 17 avril 2015, pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante, pour autant qu'il puisse se voir reconnaître une pleine valeur probante. Tel est le cas en l'espèce. En effet, le rapport a été rendu en pleine connaissance du dossier médical, comme en attestent les résumés qu'il contient, il repose sur un examen approfondi de l'assurée, qui a été assistée d'un interprète, et ne contient pas de contradictions ou d'indices permettant de douter de la validité de ses conclusions.

Le rapport du Dr E_____ n'est pas sérieusement remis en cause par celui de la Dresse C_____, qui retient une capacité de travail résiduelle de 50 %, car il a été établi par un spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologie et qu'il est plus récent et plus complet que celui de la Dresse C_____, qui a, pour sa part, une formation de médecin-interne. Il y a encore lieu de relever que le Dr E_____, tout comme le médecin traitant, a pris en compte les douleurs ressenties par l'assurée, en précisant que les lombalgies étaient en lien avec la boiterie et un déconditionnement, que l'assurée pourrait améliorer par une physiothérapie dirigée et une perte pondérale, qui ne pouvait que diminuer les contraintes sur les genoux et les douleurs. La Dresse C_____ a, pour sa part, mentionné des douleurs, sans détailler la question. Enfin, les constats des deux médecins sur les limitations de l'assurée ne divergent pas fondamentalement, puisqu'ils retiennent tous deux que la recourante peut travailler assise.

31. L'assurée n'ayant pas eu d'activité professionnelle depuis plusieurs années, il se justifie de se référer aux salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tant pour déterminer le revenu sans invalidité que le revenu avec invalidité et de prendre en compte dans les deux cas, du salaire de référence auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives, tous secteurs confondus, niveau de qualification 4, dans le secteur privé, à savoir CHF 4'225.- par mois (ESS 2010, TA1), soit un revenu annualisé de CHF 50'700.-. Il est dès lors superflu d'actualiser les salaires.

Ainsi le salaire sans invalidité à prendre en compte est de CHF 50'700.- et le salaire avec invalidité est de CHF 34'476.- (80 % x CHF 50'700.- plus un abattement de 15 %, au maximum, s'agissant d'une personne relativement jeune qui se trouve en suisse depuis de nombreuses années), ce qui donne un degré d'invalidité de 32 % n'atteignant pas le taux minimum de 40 % pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

32. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

33. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Catherine TAPPONNIER

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