

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2174/2017

ATAS/358/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 avril 2018

4^{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; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1960, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 4 janvier 2016. Elle indiquait que son pays d'origine était la Bosnie-Herzégovine, qu'elle était entrée en Suisse en 1994, s'était mariée le 24 août 1991 et était mère de deux enfants, nés les _____ 1992 et _____ 1995. Elle travaillait à 40% comme nettoyeuse pour B_____ SA depuis le 23 janvier 2009 et était en incapacité totale de travail dès le 3 août 2015.
2. Le docteur C_____, médecin généraliste, a indiqué dans un rapport adressé à Mutuel Assurances SA (ci-après Mutuel) le 4 octobre 2015 que l'assurée souffrait d'une lombalgie aiguë et d'un état d'anxiété. Elle avait des douleurs à la marche et ne pouvait pas se pencher en avant-arrière, ni soulever de lourdes charges. Elle suivait un traitement médicamenteux et était en incapacité de travail à 100% dès le 3 août 2015.
3. Selon un rapport médical adressé à Mutuel le 28 décembre 2015, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, a indiqué que l'assurée était en incapacité de travail pour cause de maladie. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient : état dépressif sévère sans symptôme psychotique, décès de la sœur en mai 2015, deuil non élaboré de la mort de son frère et problèmes somatiques (rhumatologiques, diabète NID). La première consultation avait eu lieu le 15 septembre 2015 et la dernière le 16 décembre 2015. L'assurée avait d'abord pris un traitement de Cymbalta 60 mg/j, puis deux mois plus tard, dès le 13 novembre 2015, de la Fluctine 20 mg/j, afin d'avoir un effet plus stimulant et interférant moins avec le traitement antidiabétique. L'assurée avait un suivi en psychothérapie deux à trois fois par mois. Elle lui avait été envoyée par son médecin traitant, le Dr C_____, pour un état anxio-dépressif apparu dans le cadre d'une lombalgie aiguë depuis juillet/août 2015. À la première consultation du 15 décembre 2015, l'assurée présentait un état dépressif sévère avec tous les symptômes majeurs (humeur dépressive, aboulie, anhédonie et fatigabilité) et mineurs (insomnies, troubles de la concentration et de la mémoire, perte de confiance et pessimisme). La crise de lombalgie aiguë de l'assurée était survenue à la suite de plusieurs facteurs de stress récents au niveau familial : deux opérations pour un cancer cutané chez sa sœur cadette, à fin 2014 et début 2015, et le décès par crise cardiaque de sa sœur aînée, le 20 mai 2015, à l'âge de 64 ans. Cette mort ravivait chez l'assurée le traumatisme de la disparition de son frère cadet, à l'âge de 26 ans en Bosnie, pendant la guerre en 1992. Cette disparation était d'autant plus douloureuse qu'elle coïncidait avec la naissance de son premier enfant. Durant la thérapie, l'état pré-diabétique s'était aggravé, nécessitant un traitement médicamenteux depuis fin octobre, sans effet positif pour le moment. L'assurée se plaignait toujours de douleurs du dos lors de la mobilisation et à l'effort léger. Elle était aussi préoccupée par le manque d'effets sur la glycémie de son nouveau traitement, malgré un strict respect du régime alimentaire. Sur le plan psychique, elle se sentait un peu moins oppressée sous traitement et arrivait à s'occuper tant

bien que mal des activités de la vie quotidienne, mais il y avait une persistance d'hyperémotivité, d'hypersensibilité, de tension, d'irritabilité, de ruminations anxieuses, d'insomnies, de cauchemars, de sommeil peu récupérateur, de fatigabilité, de troubles cognitifs (concentration, oublis) et de tendance à s'isoler.

L'assurée était en incapacité de travail à 100% dès le 15 septembre 2015. Les limitations étaient bio-psycho-cognitivo-affectives avec peu de récupération que ce soit sur le plan somatique ou psychique. Une certaine amélioration thymique n'avait, pour le moment, pas de répercussion sur sa capacité de travail, mais juste sur les activités de sa vie quotidienne. Il était encore trop tôt pour faire un pronostic. Le facteur favorable était que la patiente avait toujours travaillé et qu'elle restait motivée à reprendre une activité professionnelle, ce qui était important pour son sentiment de valorisation et d'indépendance.

4. Selon des informations données à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) par l'employeur de l'assurée le 18 février 2016, cette dernière travaillait quinze heures par semaine pour lui depuis le 1^{er} janvier 2014, pour un salaire horaire de CHF 18.80, plus CHF 1.57 d'indemnités de vacances, et CHF 1.70 de gratification, soit un salaire horaire total de CHF 22.07 depuis le 1^{er} janvier 2016.
5. Le 16 février 2016, docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un avis médical de la situation de l'assurée, à l'intention de Mutuel. Ce rapport décrit les antécédents médicaux de l'assurée, contient une anamnèse sociale, professionnelle et actuelle et mentionne les plaintes de l'assurée, qui a été vue par le médecin le jour du rapport. Elle avait notamment indiqué qu'elle se levait le matin avec son mari vers 6h00 et qu'elle prenait son petit-déjeuner avec ce dernier, puis avec sa fille, avec laquelle elle discutait. Elle faisait la lessive en utilisant une machine à laver, puis quelques courses et allait voir ses médecins. Elle marchait une heure en moyenne par jour et parfois restait sur son balcon qui était grand. Elle ne nettoyait plus son appartement comme avant. Elle décrivait des douleurs dans le bas du dos qui fluctuaient selon si elle était occupée ou pas, précisant qu'au repos, cela allait mieux, mais que si elle avait lavé son salon, par exemple, alors elle avait mal dans le bas du dos, aux épaules et aux tunnels carpiens. Elle estimait ne plus pouvoir exercer son travail en raison de son dos. Sur le plan moral, elle disait ne pas avoir envie de mourir ce jour-là, mais l'avoir souhaité auparavant. Les médicaments qu'elle prenait pour son moral l'aidaient bien quand même, mais elle n'avait pas d'envies. Elle avait quand même du plaisir avec ses enfants et son mari, mais avec les amis et la musique, elle n'avait plus envie. Elle regardait juste un peu la télévision. Elle voyait son psychiatre, le Dr D_____, deux fois par semaine depuis quatre mois, et cela l'aidait bien, car, auparavant, elle restait enfermée dans sa chambre. Ce qui l'empêchait de reprendre le travail, c'était son dos et sa jambe droite. À la question de savoir si son emploi antérieur à domicile dans les travaux du cuir serait possible, elle avait répondu qu'elle n'y arriverait plus, car elle ne pouvait pas rester tout le temps assise et devait changer de position. Contrairement

à ce qu'avait indiqué l'assurée, les Drs C_____ et D_____, contactés par téléphone par le Dr E_____ avant l'examen les 25 et 26 janvier 2016, avaient indiqué que c'était surtout son psychique qui n'allait pas, mais que son dos allait mieux et ne nécessitait pas d'arrêt de travail.

Le Dr E_____ posait le diagnostic de syndrome douloureux chronique lombaire et de la crête iliaque droite, d'origine dégénérative probable, chez une patiente présentant une maladie anxieuse et dépressive chronique traitée, de degré actuel moyen. En conclusion, les lourds travaux de nettoyage décrits par la patiente n'apparaissaient plus exigibles, mais tout travail léger avec alternance de positions l'était, dès le jour du rapport, au taux antérieur. L'assurée doutait pouvoir trouver un emploi pour un tel travail et se demandait comment travailler alors qu'elle ne dormait que trois heures par nuit.

La difficile situation psychique qui s'améliorait progressivement sous un traitement correctement conduit associant médication antidépressive et soutien spécialisé, était susceptible de participer à une amplification des plaintes douloureuses exprimées par cette patiente, qui cumulait de nombreux facteurs de mauvais pronostics, parmi lesquels une faible intégration sociale, l'absence de formation professionnelle reconnue, l'ancienneté des douleurs ressenties et leur résistance au traitement et une importante précarité professionnelle. Cette situation psychique qui s'améliorait progressivement et qui pouvait encore bénéficier de l'introduction d'un traitement sédatif vespéral n'apparaissait pas, à ce jour, comme susceptible de motiver une interruption professionnelle dans tout emploi au taux antérieur pratiqué. Cet avis avait été admis comme juste et adéquat par les médecins traitants de l'assurée, les Drs C_____ et D_____, contactés par téléphone.

6. Mutuel a informé l'assurée, le 25 février 2016, qu'elle cesserait le versement de ses prestations (indemnités journalières) dès le 31 mai 2016. Après analyse de son dossier médical, il apparaissait qu'elle était incapable de travailler à 100% dans sa profession actuelle, mais qu'elle disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état, soit tout emploi léger permettant l'alternance des positions. En tenant compte de sa situation concrète (âge, formation et expérience) et de l'état du marché du travail, un changement d'activité était tout à fait exigible. En effet, le genre d'emploi qui respectait ses limitations fonctionnelles se trouvait en nombre suffisant dans le secteur de la production et des services selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS). Son taux d'invalidité était de 0% selon le calcul annexé à la décision.
7. Dans un rapport du 29 février 2016, le Dr C_____ a indiqué que sa patiente ne pouvait pas travailler en position de porte-à-faux, porter des charges lourdes et travailler en position debout, ni marcher longtemps (au maximum quinze minutes). L'activité exercée n'était plus exigible. Ce médecin n'a pas répondu à la question de savoir dans quelle mesure, avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap serait possible.

8. Le 24 mars 2016, le Dr D_____ a informé l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis le 15 septembre 2015 et que le dernier contrôle avait eu lieu le 18 mars 2016. La patiente n'avait pas eu de traitement psychiatrique auparavant. Elle était totalement incapable de travailler en tant que nettoyeuse dès le 15 septembre 2015 et cette activité n'était plus exigible. S'agissant d'une activité adaptée, le médecin-conseil de Mutuel, le Dr E_____, décrivait très bien sa vision de l'avenir professionnel de la patiente et partageait son avis sur le fait que le facteur favorable était que la patiente avait toujours travaillé et qu'elle restait motivée à reprendre une activité professionnelle, ce qui était important pour son sentiment de valorisation et d'indépendance. Le Dr E_____ proposait une activité adaptée d'intensité légère avec alternance de positions. La patiente était motivée à suivre un stage d'observation ou de réadaptation professionnelle organisé par l'OAI. Une activité adaptée était possible dès le 1^{er} juin 2016 idéalement à 100%. La capacité de travail devrait croître sur le plan psychique pour une activité légère. Les limitations sur le plan psychique touchaient à la capacité de concentration et d'adaptation et à la résistance depuis le 15 septembre 2015.
9. Dans un rapport du 11 août 2016, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis mars 2016 et que sa capacité de travail était de 0% dans le poste de travail occupé. Il n'a pas répondu à la question de savoir si l'assurée avait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il a mentionné qu'elle souffrait de troubles psychiques dont la gravité nécessitait une prise en charge psychiatrique et renvoyait au psychiatre pour déterminer si une reprise de travail était envisageable ultérieurement.
10. Dans un rapport relatif au stage effectué par l'assurée du 26 septembre au 21 octobre 2016 au centre d'évaluation professionnelle PRO, entreprise sociale privée (ci-après PRO), la responsable du centre a indiqué que celle-ci était travailleuse et appliquée, mais que ses difficultés de santé (dos, sciatique, tunnels carpiens, etc.) entravaient drastiquement sa capacité de travail, même dans des activités légères qui excluaient toutes positions en porte-à-faux. Après deux heures trente d'activités seulement, l'assurée n'avait plus été capable de poursuivre son travail efficacement. Du fait des douleurs, le rendement et la qualité chutaient de moitié. La situation de santé n'était pas stabilisée. Aucune orientation professionnelle n'était possible à ce stade. Sur le plan personnel, l'assurée était quelqu'un de très attachée au travail, qui voulait tout faire pour reprendre une activité. En dépit de cette bonne volonté, ses limitations étaient actuellement trop invalidantes au regard des exigences du marché du travail.
11. Par projet de décision du 20 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée que des renseignements recueillis au dossier, il ressortait qu'elle exerçait une activité lucrative à temps partiel (36%) et que les 64% restants étaient considérés comme une activité dans la sphère ménagère. Il avait utilisé la méthode mixte de calcul pour déterminer son taux d'invalidité. Sa capacité de travail en tant que nettoyeuse était nulle en raison de son atteinte à la santé, mais elle pouvait exercer une autre

activité adaptée, sans nécessité d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. En procédant à une évaluation théorique de sa capacité de gain, l'OAI était arrivé à la reconnaissance d'un degré d'invalidité nul. En effet, si l'on comparait le revenu qu'elle aurait pu obtenir dans son ancienne activité, soit CHF 15'890.-, avec celui d'une activité adaptée à son état de santé, soit CHF 17'514.- selon l'ESS, en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10% en raison de ses limitations fonctionnelles, les autres critères habituellement admis ne permettant pas de réduction plus importante, on n'aboutissait à aucune diminution de sa capacité de gain. Compte tenu de son atteinte à la santé, elle ne devait pas rencontrer d'empêchement notable dans ses travaux ménagers. Le degré d'invalidité était de 0% tant dans l'activité de nettoyeuse que dans l'activité ménagère. En conséquence, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas.

12. Il ressort d'une note interne sur la détermination du degré d'invalidité que l'OAI a fixé le revenu avec invalidité sur la base des ESS 2014, tableau TA1, pour une femme, ligne Total, dans une activité de niveau 1, soit CHF 4'300.-, CHF 4'483.- en tenant compte d'une durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures, CHF 53'793.- annualisé, CHF 54'055.- après indexation en 2015 et CHF 17'514.- à 36% plus une réduction supplémentaire de 10%.

Le revenu sans invalidité a été fixé à CHF 15'890.-, somme correspondant au revenu avant l'atteinte en 2015, en prenant en compte le salaire indiqué par l'assureur pour 2016, soit CHF 22.07 l'heure (48 x 15 x 22.07).

Le revenu avec invalidité étant plus élevé que le revenu sans invalidité, le taux d'invalidité dans l'activité lucrative était de 0%. Le taux d'invalidité pour la partie ménagère était également de 0%. Il en résultait un degré d'invalidité de 0%.

13. Le 7 février 2017, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Elle faisait valoir que les limitations fonctionnelles qui l'empêchaient d'exercer son activité de nettoyeuse étaient les mêmes que celles qui l'empêchaient d'exercer ses tâches ménagères. Comme elle vivait avec son époux et ses deux enfants, âgés de 24 et 22 ans, c'était ces derniers qui effectuaient la majorité des tâches dans la sphère ménagère et particulièrement celles nécessitant un effort physique plus important, comme passer l'aspirateur et nettoyer les vitres ainsi que la lessive. Elle demandait la reconsidération du projet de décision.
14. Le Dr D_____ a indiqué à l'OAI, le 15 février 2017, que, comme cela ressortait de son rapport du 24 mars 2016, la patiente souffrait également d'un état dépressif sévère, sans symptôme psychotique. Il avait revu la patiente le 13 février 2017. Sous traitement psychopharmacologique régulier, elle avait évolué favorablement, mais lentement. Elle avait ainsi pu suivre un stage au centre d'évaluation professionnelle PRO, adressée par l'office cantonal de l'emploi (ci-après OCE), du 26 septembre au 21 octobre 2016. Les conclusions de PRO étaient révélatrices et très pessimistes sur les possibilités de sa patiente d'effectuer une activité

professionnelle rémunérée, même légère, et donc adaptée, malgré la bonne volonté qu'elle avait montrée. Malgré cette évaluation de PRO clairement réservée, l'OCE venait d'inviter la patiente à suivre des cours à la Fondation IPT Intégration pour tous (ci-après IPT). Le premier contact avait été établi le 9 février 2017 et la prise en charge était prévue jusqu'au 8 août 2017. L'assurée faisait de son mieux pour suivre toutes les démarches que lui proposait l'OCE, gardant l'espoir d'un résultat positif.

Ses plaintes et le status restaient globalement inchangés sur le plan somatique : les douleurs au dos s'accroissaient et gênaient fortement la patiente, même avec une activité légère (cf. le rapport de PRO), mais la patiente se forçait à rester active, dans la mesure de ce qu'elle pouvait supporter. Sur le plan psychique, elle se plaignait toujours de ruminations anxieuses et de troubles cognitifs (concentration, mémoire à court terme). Elle dormait un peu plus longtemps avec moins de cauchemars, sous Roméron et Remormin, mais le sommeil était peu récupérateur. Elle restait hypersensible et hyperémotive, présentait un certain ralentissement psychomoteur, une humeur subdépressive, un affect adéquat, quelques idées noires ainsi qu'une faible capacité de mentalisation et d'introspection.

Sur le plan psychique, on pouvait estimer au mieux une récupération de la capacité de travail à 50% depuis octobre 2016. La patiente avait de faibles ressources psychocognitives, très peu de capacités d'adaptation et elle investissait toute son énergie psychique à se soigner et gérer son quotidien.

Elle avait des limitations fonctionnelles somatiques (connues) et psycho-affectivo-cognitives (fatigabilité, hypersensibilité, fragilité psychique, affect dépressif et troubles cognitifs) qui étaient très bien résumées dans le rapport de PRO.

Le Dr D_____ proposait à l'OAI d'attendre la fin de l'actuelle évaluation d'IPT, qui allait durer jusqu'au 8 août 2017, et le rapport y relatif avant de prendre une décision définitive.

15. Dans un rapport établi le 6 avril 2017, la docteure F_____, médecin SMR, a indiqué que le statut psychique décrit par le Dr D_____ dans sa lettre du 15 février 2017 était superposable à celui décrit dans son rapport du 24 mars 2016. En effet, le Dr D_____ attestait toujours qu'une activité adaptée était possible. Il n'y avait pas de raison médicale justifiant que celle-ci ne soit pas de 100% dans une activité adaptée au vu du status décrit, ni de reporter la décision après la fin de la mesure chez IPT. La Dre F_____ relevait que dans son status, le Dr E_____ n'avait pas mentionné un ralentissement psychomoteur, ni de troubles cognitifs. Au final, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1^{er} juin 2016.
16. Par décision du 12 avril 2017, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée, relevant que les arguments qu'elle avait soulevés à la suite de son projet de décision n'apportaient rien de nouveau susceptible de modifier son appréciation. En effet, l'assurée contestait essentiellement le fait que l'OAI n'avait pas retenu

d'empêchements dans le ménage en indiquant qu'elle vivait avec son mari et ses deux enfants et que c'était ces derniers qui l'aidaient dans les tâches nécessitant des efforts physiques importants. Or, cette aide apportée par les membres de sa famille était parfaitement exigible et l'OAI en avait tenu compte dans son évaluation.

17. Le 18 mai 2017, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle faisait valoir que l'OAI n'avait pas tenu compte des remarques figurant dans le rapport établi le 15 février 2017 par le Dr D_____ et du fait qu'il ressortait du rapport d'évaluation de PRO que même une activité adaptée était difficilement réalisable à 100% dans son cas. Malgré son stage décourageant à PRO, elle avait accepté la décision de l'OCE du 10 février 2017 de suivre une mesure pour faciliter son retour à l'emploi, auprès d'IPT du 9 février au 8 août 2017. Elle avait effectué un stage d'un mois, du 9 mars au 6 avril 2017, dans une confiserie à Genève. Elle avait commencé le travail à 100% pendant une semaine, mais avait dû l'interrompre à cause de douleurs handicapantes qui s'étaient amplifiées. Le Dr C_____ avait établi un certificat médical le 16 mars 2017 réduisant sa capacité de travail à 50%. L'attestation d'IPT du 18 mai 2017 résumait aussi l'évolution de son stage. Elle trouvait regrettable que l'OAI n'ait pas voulu entrer en matière sur la demande de suspension de la décision dans l'attente de l'évaluation d'IPT pour avoir les conclusions de ces spécialistes avant de prendre une décision définitive. Elle concluait à l'annulation de la décision litigieuse et à ce qu'une invalidité de 50% lui soit accordée.

À l'appui de son recours, l'assurée a transmis à la chambre de céans :

- une attestation établie par IPT le 18 mai 2017, dont il ressort qu'elle a effectué un stage non rémunéré en qualité d'employée de conditionnement à la Bonbonnière, chocolatier-confiseur, du 9 au 16 mars à 100% et du 17 mars au 6 avril 2017 à 50% (avec un certificat médical à 50%) ;
 - un certificat médical établi le 16 mars 2017 par le Dr C_____ attestant d'une capacité de travail de 50% pendant environ 10 jours dès le 17 mars 2017 pour maladie.
18. Par réponse du 6 juin 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant que sa décision était fondée sur un rapport d'expertise rédigé par le Dr E_____ à l'intention de Mutuel. Selon ce rapport, la capacité de travail était estimée à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan psychique, la recourante avait fait savoir qu'elle estimait ne pas être limitée dans sa capacité de travail. L'expert estimait quant à lui que sa situation s'améliorait progressivement et n'apparaissait pas susceptible de motiver une interruption professionnelle dans tout emploi exercé au taux antérieur (36%). Sur le plan de l'entretien ménager, la recourante avait seulement fait savoir qu'elle ne faisait plus les travaux lourds dans son appartement. Au vu de ces éléments, il n'était manifestement pas possible d'admettre que le taux d'empêchements dans la sphère ménagère puisse atteindre – avec l'aide exigible des membres de la famille demeurant au domicile – 62%, taux

nécessaire pour que le degré d'invalidité global atteigne 40%. Dans la mesure en effet où seuls les travaux lourds n'étaient plus possibles, restaient tous les actes quotidiens ne nécessitant pas d'efforts physiques particuliers. L'OAI relevait encore que l'avis du Dr E_____ avait été confirmé par les deux médecins traitants de l'assurée. Le Dr D_____, dans son certificat du 15 février 2017, se référait au stage effectué à l'entreprise PRO, mais n'apportait aucun élément médical objectif susceptible de remettre en cause les conclusions formulées par le Dr E_____.

19. Entendue par la chambre de céans le 17 janvier 2018, la recourante a notamment déclaré que c'était très difficile pour elle de travailler debout toute la journée, mais que c'était possible à 50% dans un travail léger et adapté à ses limitations. Ses deux enfants vivaient encore à la maison. Sa fille était au chômage et son fils et son mari travaillaient, ce dernier à 60% depuis l'année précédente. Lorsqu'elle avait des douleurs, son mari s'occupait du ménage. Il faisait tout. Elle avait des douleurs presque tous les jours, par exemple si elle avait trop marché ou selon le temps. Elle faisait des petites choses pour le ménage, tout ce qui est léger, par exemple passer la poussière, débarrasser la table, mettre la vaisselle dans la machine, et faire des petites courses. Sa fille était disponible et restait avec elle. Sa fille avait fait un master en relations internationales et sciences politiques. Elle était inscrite au chômage pour un travail à 100% dans une activité légère et touchait les prestations sur le 36% qui avait été son taux d'activité avant de se retrouver au chômage.
20. 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 la recourante à une demi-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). 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).

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.
7. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).
8. Par modification du 1^{er} décembre 2017, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), le Conseil fédéral a introduit un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, de façon à renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle dans le respect des exigences de la Cour européenne des droits de l'homme (art. 27 et 27bis al. 2 à 4 RAI). Le nouveau mode de calcul accorde un poids égal aux conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels; dans le domaine professionnel, la détermination du taux d'invalidité se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps; de même, en ce qui concerne les travaux habituels, le calcul est aussi effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps ; les tâches ménagères et familiales sont ainsi mieux prises en compte (Rapport explicatif du Conseil fédéral dans son communiqué de presse du 1^{er} décembre 2017 – <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services>).

Les rentes en cours octroyées jusqu'au 31 décembre 2017 en application de la méthode mixte doivent être soumises à une révision, à initier avant fin 2018 (al. 1 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1^{er} décembre 2017). Au

cours de ces révisions, les faits déterminants devront être fondamentalement réévalués d'un point de vue médical et économique et une nouvelle enquête sera généralement nécessaire (cf. Lettre circulaire AI n° 372 du 9 janvier 2018).

Lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1^{er} décembre 2017 à un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et accomplissant par ailleurs des travaux habituels parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande sera examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1^{er} décembre 2017).

Dans ce cas de figure, c'est à l'assuré qu'il revient de déposer une nouvelle demande. L'office AI est tenu d'examiner la nouvelle demande s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente. Un calcul simple permet de vérifier si cette condition est remplie. Les variables initialement disponibles (statut activité lucrative / travaux habituels, revenu sans invalidité, revenu d'invalidité, incapacité à accomplir les travaux habituels) doivent être prises en compte à cette fin et utilisées dans la nouvelle formule de calcul. Cet examen simple vise à éviter le dépôt de nouvelles demandes qui conduiraient les offices AI à devoir réexaminer la situation médicale, personnelle et professionnelle d'un assuré alors même que tout laisse à penser que l'application du nouveau mode de calcul ne permettra pas de reconnaître un taux d'invalidité donnant droit à une rente (Office fédéral des assurances sociales, rapport explicatif concernant la modification du règlement du 17 janvier 1961 – évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, p. 15).

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

9. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, applicable jusqu'au 31 décembre 2017, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} aRAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité

lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

10. 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).

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).

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

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité.

La mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est toutefois pas imposée par le droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 3c in VSI 2001 p. 155). Il n'y a pas lieu de procéder à un acte administratif qu'une appréciation anticipée des preuves désigne clairement comme inutile (arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 du 2 septembre 2010).

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).

12. 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; I 309/04

du 14 janvier 2005 et 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).

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).

Dans un arrêt du 20 juin 2016 (ATAS/474/2016), la chambre de céans a retenu, sur la base d'une enquête ménagère, une exigibilité de 29.70%, pour l'époux de la recourante, lequel ne travaillait pas et était disponible pour l'aider dans les diverses tâches ménagères.

Dans un arrêt du 8 août 2017 (ATAS/668/2017), la chambre de céans a retenu, sur la base d'une enquête ménagère, une exigibilité globale de 29% à la charge du mari et des deux enfants du couple, nés en 1995 et 1998.

Le Tribunal fédéral a en outre confirmé une exigibilité globale de 26.5% à charge d'une fille majeure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_666/2016 du 23 janvier 2017).

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).

13. 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 la 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier, n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt

du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À 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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de

l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

14. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
15. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

16. En l'espèce, il n'est pas contesté que le taux d'invalidité de la recourante doit être établi selon la méthode mixte. Le nouvel art. 27^{bis} RAI ne s'applique pas au cas d'espèce, dès lors que la décision querellée a été rendue avant son entrée en vigueur. Il convient dès lors d'appliquer la méthode mixte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017.
17. L'OAI a retenu dans sa décision du 12 avril 2017 que la capacité de travail de la recourante était nulle en tant que nettoyeuse mais qu'elle était de 100% dans une activité adaptée, se fondant sur le rapport du Dr E_____ du 16 février 2016. Ce rapport décrit les antécédents médicaux de l'assurée, contient une anamnèse sociale, professionnelle et actuelle et mentionne les plaintes de l'assurée, qui a été vue par le médecin le jour du rapport. Ce rapport remplit ainsi a priori les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le Dr C_____ n'a pas remis en cause les conclusions du Dr E_____, dès lors qu'il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dans ses rapports des 29 février et 11 août 2016 et qu'il a limité l'arrêt de travail de l'assurée à 50% à 10 jours dans son certificat du 16 mars 2017.

Le Dr D_____ a considéré, le 24 mars 2016, que la recourante avait une capacité de travail résiduelle de 100% dès 1^{er} juin 2016. Dans son rapport du 5 février 2017, il a estimé que, sur le plan psychique, on pouvait estimer au mieux une récupération de la capacité de travail à 50% depuis octobre 2016, alors même qu'il indiquait dans ce même rapport que l'évolution de l'état psychique de la recourante s'était amélioré depuis son dernier rapport médical. Cette nouvelle appréciation à la baisse de la capacité de travail de la recourante était fondée sur l'évaluation très pessimiste de PRO sur les possibilités de celle-ci d'effectuer une activité professionnelle rémunérée même légère et donc adaptée, malgré la bonne volonté qu'elle avait montrée. Le Dr D_____ suggérait en conséquence d'attendre le résultat du stage d'IPT. Dans la mesure où ce stage a permis de constater que la recourante était capable de travailler à 50% en mars et avril 2017 – ce qui est démontré par le certificat médical établi le 17 mars 2017 par le Dr C_____ et admis par la recourante – il paraît justifié de retenir que celle-ci avait au moins une capacité de travail résiduelle de 50% dès le 1^{er} juin 2016, sans qu'il soit nécessaire de trancher définitivement si sa capacité résiduelle était de 50% ou de 100%. En effet, dans les deux cas de figure, la recourante était capable de travailler à 100% du 36% de la part de ses activités consacrée au travail, de sorte que le calcul du taux d'invalidité dans la sphère professionnelle effectué par l'OAI reste valable, même si on retient une capacité de travail résiduelle de 50% et non de 100%. L'OAI a donc correctement fixé le revenu avec invalidité sur la base des ESS 2014, tableau TA1 pour une femme, ligne Total, dans une activité de niveau 1, soit CHF 4'300.-, en tenant compte d'une durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures (CHF 4'483.-), soit un salaire annuel de CHF 53'793.-, de CHF 54'055.- en 2015 après indexation et de CHF 17'514.- à 36% de ce salaire, plus une réduction supplémentaire de 10%. Comparé au revenu sans invalidité qui est de CHF 15'890.- le taux d'invalidité pour l'activité lucrative est de 0%, le revenu avec invalidité étant plus élevé que le revenu sans invalidité, il est également de 0% rapporté au taux d'activité de 36%.

18. S'agissant de la part de l'activité de la recourante consacrée aux travaux ménagers, qui est de 64%, le taux d'invalidité doit en principe être établi sur la base d'une enquête ménagère. Dans le cas d'espèce, une telle enquête n'apparaît pas nécessaire, dès lors qu'il apparaît d'emblée qu'elle ne permettrait pas d'établir un taux d'invalidité ouvrant un droit à une rente d'invalidité. En effet, il ressort des déclarations de la recourante qu'elle est aidée dans ses tâches ménagères par son mari et ses deux enfants, nés en 1992 et 1995, de sorte que l'on peut raisonnablement estimer l'exigibilité globale des trois membres de la famille de la recourante à au moins 30%. La recourante reste en effet capable d'effectuer une partie des travaux ménagers, car, selon ses déclarations, elle fait tout ce qui est léger, comme passer la poussière, débarrasser la table, mettre la vaisselle dans la machine et faire des petites courses. Le fait que la recourante a été reconnue totalement incapable d'exercer une activité professionnelle dans le ménage n'implique pas qu'elle est totalement incapable de faire ses propres travaux

ménagers, puisque, selon la jurisprudence précitée, la tenue d'un ménage privé permet 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. Au vu de l'aide exigible et des capacités résiduelles de la recourante dans les activités ménagères, on peut à l'évidence retenir que son incapacité dans ces activités ne saurait dépasser 20%. Rapporté à la part de 64% que représente son activité dans la sphère ménagère, le taux d'invalidité propre à cette dernière est de 13% ($20\% \times 64\% = 12.8$ arrondis à 13%).

Au final, même en tenant compte d'une capacité de travail de 50% dans l'activité lucrative, le taux d'invalidité global de la recourante est de 13%, ce qui ne lui ouvre pas de droit à une rente d'invalidité.

19. La décision querellée doit donc être confirmée et le recours rejeté.
20. Dans la mesure où il apparaît que le nouveau mode de calcul mixte pourrait être plus favorable à la recourante, il se justifie en l'espèce de renvoyer la cause à l'intimé pour examen de la situation postérieure au 1^{er} janvier 2018.
21. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour examen de la situation postérieure au 1^{er} janvier 2018 sous l'angle du nouveau droit.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
5. 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

Isabelle CASTILLO

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