

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2359/2018

ATAS/398/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 8 mai 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par APAS-  
association pour la permanence de défense des patients et des  
assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1974, mariée et mère de deux enfants nés en 1995 et 2006, a travaillé à Genève entre 1993 et 2012, en qualité de nettoyeuse.
2. Le 20 août 2012, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle elle a invoqué une hernie discale et une sciatique.
3. Par décision du 14 avril 2014, entrée en force, l'OAI a rejeté cette demande, au motif que l'assurée ne souffrait d'aucune maladie invalidante. Cette décision a été rendue au terme d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :
  - un bilan d'imagerie par résonance magnétique lombaire, rédigé le 23 mars 2012 par le docteur B\_\_\_\_\_, radiologue, concluant à une protrusion discale L4-L5 foraminale droite, en contact discret avec la racine L4, et à une dégénérescence discale L5-S1 avec protrusion discale, sans contrainte sur les racines sous-jacentes ;
  - un rapport établi le 10 septembre 2012 par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste, retenant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de hernie L4-L5 du côté droit, avec sciatologie importante, et concluant à une capacité de travail nulle ;
  - un courrier rédigé le 10 décembre 2012 par le docteur D\_\_\_\_\_, neurochirurgien : « [...] je n'ai pas d'explication particulière à la situation [de l'assurée]. J'avais pensé, à un moment donné, à un problème de hanche droite de type nécrosaeptique. Je lui ai proposé un bilan dans ce sens-là, mais je suis troublé par le fait que lors de la manipulation de la hanche en position couchée, il n'y a que peu de symptômes ».
  - un rapport d'expertise établi le 3 février 2014 par les médecins du Bureau d'expertises médicales de Vevey (ci-après : BEM), les doctresses E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, ainsi que F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retenant les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome fibromyalgique (M 79.0) et d'excès pondéral (R 63.2). Au plan somatique, l'examen clinique était inconsistant avec les plaintes. L'assurée bénéficiait d'un parfait état général et son comportement douloureux était très variable selon qu'elle était distraite ou non. Lorsque sa marche et sa station debout étaient examinées, elle gémissait et marchait à petit pas, en oscillant le tronc de manière non ergonomique pour son dos, tandis que lorsqu'elle ne se sentait pas observée, sa gestuelle était fluide et ample. Lors des tests dynamiques, des changements instantanés entre lâchages et contre-pulsions avaient été observés. Lors du test de sensibilité, l'assurée s'était plainte d'une hypoesthésie globale du membre inférieur, dont elle n'avait pas parlé auparavant, sans que cela ne s'associe à une négligence ou à des troubles

de l'équilibre. Aucun signe d'atteinte de l'état général n'avait été observé et la kinésiophobie de l'assurée ne se traduisait pas par un déconditionnement, puisqu'elle conservait une musculature normale, sous réserve d'une adiposité marquée, d'une stéatopygie et d'une certaine involution adipeuse des muscles fessiers. L'examen neurologique avait également montré des incohérences, car la mobilité de la nuque et des épaules était normale lors de l'habillage-déshabillage, puis contrariée par des autolimitations lors des tests dynamiques. Faute de pathologie identifiée, tant au niveau de l'appareil locomoteur que de la médecine interne, il était impossible d'attester des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail durable. La reprise d'activités sportives et professionnelle était souhaitable, mais des éléments extra-médicaux et une importante kinésiophobie la rendaient improbable. Au plan psychiatrique, l'assurée s'était montrée souriante, prolixe et tonique pendant l'entretien, sans ralentissement ou fatigabilité observable. Malgré les douleurs dont elle s'était plainte, elle n'avait montré aucun signe d'inconfort et son humeur dépressive n'avait pas été objectivée, tout comme son manque d'énergie et ses troubles de l'attention. La fibromyalgie ne s'accompagnait d'aucune comorbidité psychiatrique importante et l'assurée conservait une sociabilité variée, passant quotidiennement plusieurs heures sur Skype à discuter avec sa famille et ses amis, se rendant par ailleurs chaque weekend avec son mari chez des amis. Deux fois par année, elle se rendait avec son époux au Portugal en voiture ou en avion, pour se changer les idées et soulager ses douleurs. Il existait des bénéfices secondaires, soit une mobilisation de l'entourage et « l'évitement d'un rôle à jouer ». En définitive, les experts estimaient qu'au vu de son fonctionnement, de ses loisirs et de sa sociabilité conservés, l'assurée était en mesure de surmonter ses douleurs, de sorte que sa capacité de travail demeurerait entière, dans toute profession.

4. Le 11 mars 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, invoquant une fibromyalgie et un état dépressif. Elle y a notamment joint :
  - un rapport rédigé le 13 avril 2015 par le docteur G\_\_\_\_, radiologue, à l'issue de radiographies de la colonne cervicale, concluant à une discrète scoliose cervicale à convexité gauche, avec une minime rotation axiale ;
  - un certificat de la doctoresse H\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, indiquant : « je me permets de relancer l'étude du dossier de cette patiente, qui ne s'améliore pas malgré son adhésion à tous les soins proposés. Son état ne lui permet pas de reprendre son travail de nettoyeuse. Elle souffre [d'un] trouble dépressif récurrent et [d'une] fibromyalgie. Ses troubles sont fluctuants, c'est-à-dire qu'elle peut aller mieux pendant la période de l'été mais souffrir beaucoup de ses douleurs et [d'une] baisse de l'humeur le reste de l'année. Sa vie sociale s'est nettement appauvrie. Il serait important d'étudier de nouveau son dossier

pour évaluer son handicap de manière plus précise. [...] Elle est en incapacité de travail à 100% » ;

- trois certificats d'arrêt de travail établis par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, concernant la période du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2016.
5. Invités par l'OAI à compléter des rapports, les médecins de l'assurée se sont déterminés comme suit :
- le 23 juin 2016, le docteur J\_\_\_\_\_, neurologue, a indiqué que, depuis 2012, l'assurée était en incapacité de travail pour une dépression et une fibromyalgie. Il n'avait pas constaté d'atteinte neurologique et n'était pas en mesure de répondre à la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ;
  - le 8 juillet 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie et d'état dépressif sévère. L'assurée avait subi en mars 2012 des douleurs musculaires exacerbées, surtout au niveau de la hanche, ensuite de quoi elle avait été mise en arrêt de travail. Une fibromyalgie avait alors été diagnostiquée. L'assurée souffrait toujours de douleurs au moindre mouvement, d'une fatigue, d'un manque d'énergie et d'un désespoir. En raison de ses douleurs, elle ne parvenait plus à s'occuper de son propre ménage. Sa capacité de travail était nulle, dans toute profession ;
  - le 2 août 2016, la Dresse H\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de fibromyalgie depuis 2012. Installée en Suisse depuis 2003, la famille de l'assurée avait quitté le pays une première fois pour retourner vivre au Portugal, mais pour des raisons financières, elle était revenue en Suisse. L'assurée avait travaillé comme nettoyeuse dans des hôtels jusqu'en 2012, lorsqu'étaient survenues des douleurs importantes au niveau de ses hanches, des migraines et des attaques de panique. L'assurée avait subi un premier épisode de dépression après le décès brutal de son père, puis un second (post-partum) et enfin un troisième, qui était toujours en cours et auquel s'était ajouté un diagnostic de fibromyalgie. L'assurée se déplaçait avec des cannes lors de périodes de douleurs aiguës, surtout en hiver, tandis qu'en été, son humeur et ses douleurs s'amélioraient légèrement, mais cela restait très variable. L'assurée ne pouvait pas travailler comme nettoyeuse, compte tenu de fortes douleurs chroniques, d'une humeur fluctuante, d'un ralentissement psychomoteur, d'un sentiment de fatigue et d'une intolérance au stress ;
  - le 15 août 2016, la Dresse H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée, triste et anxieuse, manifestait une tendance au retrait et à la clinophilie. Sa vie tournait autour de ses douleurs et elle présentait tous les signes neuropsychologiques de la dépression. L'assurée demeurait inapte à gérer le stress d'une activité professionnelle.

6. Dans un avis du 4 octobre 2016, la doctoresse K\_\_\_\_, du SMR, a relevé qu'il n'y avait que peu d'éléments en faveur d'une aggravation objective, puisque les rapports faisaient essentiellement état de douleurs et de limitations fonctionnelles subjectives dans le cadre d'une fibromyalgie et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Au plan somatique, l'imagerie ne montrait pas d'atteinte structurelle au niveau cervical hormis de discrets troubles statiques. En revanche, la situation s'était apparemment modifiée au plan psychiatrique, en ce sens que l'assurée bénéficiait d'un suivi spécialisé depuis le mois d'avril 2014, qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (versus sévère) avait été évoqué et que, par rapport à l'expertise de 2014, le fonctionnement de l'assurée semblait s'être péjoré. Dans un premier temps, la Dresse K\_\_\_\_ préconisait d'adresser un questionnaire à la rhumatologue de l'assurée afin de clarifier l'aspect rhumatologique du dossier.
7. Répondant au questionnaire de l'OAI, la doctoresse L\_\_\_\_, rhumatologue, a indiqué, le 14 octobre 2016, que l'assurée l'avait consultée la première fois le 6 décembre 2012. Elle s'était entretenue avec elle à quelques reprises en 2014, puis entre le 1<sup>er</sup> décembre 2015 et le 7 juin 2016. L'assurée se plaignait de fortes cervicalgies, qui irradiaient dans les deux épaules et ne répondaient pas aux traitements, mais également de céphalées et de dysesthésies du visage. Une imagerie cérébrale réalisée en mai 2016 s'était avérée normale et pour le reste, il n'y avait pas eu d'examen radiologique des cervicales et des épaules. La Dresse L\_\_\_\_ précisait ne pas avoir mis en évidence d'atteinte ostéo-articulaire et ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail. De l'examen clinique, il était ressorti une discrète limitation de la mobilité cervicale, prédominant à gauche, ainsi que des douleurs de l'épaule gauche en fin de mouvement, sans limitation de la mobilité.
8. L'OAI a diligenté une expertise auprès des docteurs J\_\_\_\_ et K\_\_\_\_, spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 2 septembre 2017, les experts ont retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2) depuis 2014, précisant que la symptomatologie anxio-dépressive n'était actuellement que d'intensité légère, ce qui était incompatible avec un épisode dépressif majeur. Ils ont également diagnostiqué des traits de personnalité immature (Z 73.1), sans incidence sur la capacité de travail, caractérisés par une tendance de l'assurée à se sentir blessée et à un besoin de validation par son entourage. S'agissant du traitement, l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique auprès de la Dresse H\_\_\_\_ et d'une médication, auxquels elle adhérait de manière optimale et qu'il convenait de poursuivre, même si les ambitions thérapeutiques étaient limitées dans la mesure où il s'agissait surtout d'éviter l'installation d'une dépression avérée. S'agissant de l'exigibilité de mesures de réadaptation, le trouble dépressif et anxieux et les traits de personnalité immature compliquaient la reprise d'une activité professionnelle en raison d'une tendance au repli, d'une fatigabilité et d'une vulnérabilité aux

---

critiques ; dans une première phase, l'assurée devait reprendre une activité professionnelle à temps partiel, le temps qu'elle bénéficie d'une expérience positive et « re-narcissante », mais sa pathologie psychiatrique n'engendrait pas d'invalidité à long terme. S'agissant de la cohérence, les experts s'écartaient du trouble dépressif diagnostiqué par la Dresse H\_\_\_\_, relevant que les critères d'un épisode dépressif majeur n'étaient pas réunis et que les quelques éléments anxio-dépressifs retrouvés chez l'assurée pouvaient s'expliquer par un trouble anxieux et dépressif mixte, secondaire aux douleurs et à leurs répercussions psychosociales. L'assurée avait cessé son activité antérieure en raison de ses douleurs en 2012, probablement dans le contexte du syndrome fibromyalgique. Ses problèmes de personnalité et d'humeur avaient contribué *in subordine* à la chronicisation du problème et compliqué la reprise d'une activité professionnelle. L'inactivité professionnelle avait entraîné une régression et une déstructuration du quotidien, tandis que l'absence de revenu freinait l'organisation d'activités sociales, ce qui engendrait une « dépressivité » et une exacerbation des plaintes de douleurs. S'agissant des limitations, l'assurée présentait une fatigabilité, une faible tolérance au stress, à la surcharge de travail, et des difficultés à gérer les confrontations, respectivement les critiques. Ces limitations rendaient nécessaire une reprise progressive de l'activité professionnelle. S'agissant des ressources, l'assurée était fiable, coopérante et elle était capable d'intégrer un programme ainsi que de suivre des consignes de manière active et régulière. Sous l'angle psychiatrique, sa capacité de travail était évaluée à 50% dans toute profession depuis deux ans – soit depuis le début des ateliers protégés – et pourrait augmenter à 100% dans les douze mois. Le fait qu'elle avait régulièrement participé aux ateliers P\_\_\_\_ depuis deux ans, à raison de quatre après-midi par semaine, suggérait qu'elle pourrait entamer une activité lucrative adaptée, dans le but de reprendre ultérieurement sa profession de nettoyeuse.

9. Le 2 octobre 2017, le docteur L\_\_\_\_, du SMR, a relevé que dans son rapport de 2016, la rhumatologie de l'assurée avait écarté toute atteinte ostéo-articulaire. En conséquence, seules les atteintes psychiques pouvaient s'être aggravées et sur ce plan, il ressortait de l'expertise une capacité de travail de 50% dans toute profession.
10. Dans une note relative au statut du 2 octobre 2017, le gestionnaire de l'AI a considéré que l'assurée disposait d'un statut mixte, pondéré à raison de 30% pour la sphère professionnelle et de 70% pour la sphère ménagère. En effet, l'assurée travaillait, depuis 2005 environ, comme nettoyeuse pour deux employeurs, à un taux d'activité de 30% au total ; elle travaillait dix heures par semaine pour M\_\_\_\_ service et deux heures par semaine pour Monsieur N\_\_\_\_ (recte : dix heures par semaine pour M. N\_\_\_\_ et deux heures par semaine pour Madame O\_\_\_\_, M\_\_\_\_ n'intervenant qu'à titre fiduciaire, selon les questionnaires destinés aux employeurs).
11. L'assurée a complété un questionnaire relatif au statut le 12 décembre 2017, dans lequel elle a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à un taux plus élevé que

---

celui qui avait jadis été le sien. Elle a déclaré : « j'aurais travaillé plus à M\_\_\_\_\_ parce que je n'avais pas les jours complets ». À la question de savoir si elle disposait de documents prouvant une recherche d'activité lucrative, elle a répondu par la négative, précisant qu'elle avait cherché du travail par le « bouche à oreille ». Enfin, elle a indiqué que pendant qu'elle travaillait, sa fille « était au parascolaire ».

12. L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 18 décembre 2017, l'enquêtrice a évalué les empêchements ménagers totaux à 7%, après avoir tenu compte d'une aide exigible de l'époux de l'assurée de 15,6%.
13. Par décision du 5 juin 2018, confirmant un préavis du 20 décembre 2017, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à toute prestation. La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité était applicable et une répartition de 30%-70% était retenue entre les sphères professionnelle et ménagère. Dans la sphère professionnelle, l'assurée ne subissait aucune perte de gain, car elle bénéficiait d'une capacité de travail de 50% dans toute profession, pourcentage supérieur au taux de 30% auquel elle avait travaillé. Dans la sphère ménagère, l'enquêtrice avait évalué les empêchements à 7%. Globalement, le degré d'invalidité était estimé à 5%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou à un reclassement.
14. Selon le relevé Track & Trace de la Poste, cette décision, expédiée par courrier recommandé, a été distribuée le 7 juin 2018.
15. Le 9 juillet 2018, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations d'invalidité. À titre préalable, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

En premier lieu, elle a fait valoir que l'administration aurait dû se fonder sur la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité, arguant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps. En effet, lors de l'enquête ménagère, elle avait indiqué que, si sa santé le lui avait permis, elle aurait travaillé plus. À ce propos, elle avait déclaré : « j'aurais travaillé plus à M\_\_\_\_\_ parce que je n'avais pas les jours complets ». C'était pour s'occuper de sa fille, alors âgée de sept ans, qu'elle avait travaillé à un taux réduit lorsque son atteinte à la santé était survenue. En bonne santé, elle travaillerait désormais à 100%, puisque sa fille était désormais âgée de onze ans et que la situation financière de son ménage le justifiait, son mari ne percevant qu'un salaire mensuel de CHF 4'000.- à CHF 5'000.-.

En deuxième lieu, elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir ordonné d'expertise rhumatologique, alors qu'il ressortait d'un rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ que son état de santé s'était aggravé, vu l'apparition en 2015 de cervicalgies, de céphalées et de dysesthésies du visage.

En troisième lieu, elle a contesté la valeur probante de l'expertise psychiatrique, laquelle ne suivait pas la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de troubles psychiques. Par ailleurs, les experts avaient écarté toute fibromyalgie,

alors que ce diagnostic excédait leur domaine de compétence et qu'il avait été retenu tant par le BEM que par ses médecins. Les experts n'avaient pas motivé leurs conclusions et omis d'expliquer pourquoi ils excluaient le trouble dépressif récurrent évoqué par les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Ils ne s'étaient pas davantage prononcés sur une éventuelle diminution de rendement. Ils avaient conclu de manière anticipée à une augmentation à 100% de la capacité de travail dans les douze mois, alors que dans un rapport annexé à son recours, la Dresse H\_\_\_\_\_ avait fait état d'une absence d'amélioration et s'était dite convaincue que sa patiente ne pourrait plus travailler à 100%, vu ses limitations fonctionnelles importantes. La recourante en déduisait que sa capacité de travail n'excédait pas 50% et qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Enfin, à titre subsidiaire et si le statut mixte retenu par l'intimé était confirmé, elle relevait qu'en vertu de la nouvelle méthode de calcul du taux d'invalidité, son taux d'invalidité devait être fixé à 20%, ce qui lui ouvrait droit à des mesures de réadaptation, pour lesquelles elle était motivée.

16. À l'appui de son recours, l'assurée a joint un rapport établi le 7 mai 2018 par la Dresse H\_\_\_\_\_. La psychiatre y a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de trouble panique. Elle a par ailleurs évoqué une possible fibromyalgie. Elle a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : « ralentissement psychomoteur ; déficit de l'attention et de la concentration, tendance à se disperser ; pleure et culpabilise facilement, gère très mal le stress ; attitude passive face aux problèmes ; anxiété ++ avec attaque de panique et tendance à fuir l'endroit où elle se trouve ; se plaint de douleurs importantes dans tout le corps, ce qui rend les positions assise et debout difficiles ». L'expertise, de bonne qualité, cernait bien les plaintes de l'assurée mais les sous-estimait. Cela résultait probablement de la tendance de l'assurée à vouloir faire plaisir et à son besoin important de reconnaissance. La psychiatre était partiellement d'accord avec les conclusions des experts, notamment avec la capacité de travail de 50% attestée dans une activité adaptée. Cela étant, si le tableau actuel persistait, elle se disait convaincue que sa patiente ne pourrait pas travailler à 100%. Cette dernière était très motivée à se soigner et adhérait bien au traitement. Elle l'avait adressée aux ateliers P\_\_\_\_\_, où celle-ci se rendait une fois par semaine depuis trois ans (recte : quatre fois par semaine, selon l'enquête ménagère et l'expertise psychiatrique réalisée en 2017), tout en suivant un traitement d'ergothérapie. Le pronostic paraissait mauvais, au vu du caractère chronique des troubles et de la personnalité fragile de l'assurée.

17. Dans sa réponse du 16 août 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

S'agissant du statut, la recourante n'avait travaillé qu'à temps très partiel jusqu'en 2008. De 2008 à 2012, elle avait travaillé douze heures par semaine en cumulant deux emplois, ce qui correspondait à un taux d'occupation de 30%. Pendant l'enquête ménagère, elle avait certes affirmé qu'elle aurait augmenté son taux d'activité, mais sans donner la moindre précision quant au taux escompté ou aux

---

recherches d'emploi qu'elle aurait faites. Aucun élément objectif ne corroborait un statut d'active à 100%, car la recourante n'avait jamais travaillé à ce taux ni même cherché à travailler plus pour ses employeurs. Au contraire, elle s'était toujours occupée du ménage et de la garde des enfants. Elle avait certes allégué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% parce que sa fille, désormais âgée de onze ans, pourrait bénéficier d'une prise en charge parascolaire. Toutefois, cette possibilité existait déjà depuis que sa fille était en âge d'être scolarisée. Il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'en bonne santé, la recourante aurait continué de travailler à 30%, ce qui justifiait l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

Sous l'angle rhumatologique, la Dresse L\_\_\_\_\_ avait indiqué en octobre 2016 qu'elle n'avait « pas objectivé d'atteinte ostéo-articulaire ». Faute d'aggravation somatique, une expertise rhumatologique s'aurait superflue et la capacité de travail demeurait entière, comme cela avait été retenu en 2014. Quant au diagnostic de fibromyalgie, il avait déjà été jugé sans effet sur la capacité de travail dans le cadre de la première demande. Sous l'angle psychiatrique, l'expertise de 2017 était probante et les experts-psychiatres n'avaient pas écarté le diagnostic de fibromyalgie, qui ne relevait au demeurant pas de leur compétence. Après avoir analysé le cas à la lumière des indicateurs jurisprudentiels topiques, ils avaient conclu que depuis mai 2014, l'assurée pouvait exercer toute profession à 50%, taux qui était susceptible d'augmenter par la suite. Par ailleurs, les experts n'auraient pas manqué de signaler une éventuelle diminution de rendement. Quant au rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_, il n'était pas susceptible de modifier l'appréciation du SMR et la recourante ne mettait pas en évidence d'élément susceptible d'avoir été ignoré. Enfin, la nouvelle méthode de calcul de la perte de gain pour les statuts mixtes n'avait pas d'incidence sur le degré d'invalidité.

À l'appui de sa réponse, l'intimé a joint un nouvel avis du SMR, se déterminant sur le rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ : « [...] la psychiatre traitant explique que, pour elle, les plaintes de l'assurée ont été sous-estimées par les experts. Mais elle ne fournit aucune justification médicale objective à cela. D'autant qu'il faut noter que les consultations sont mensuelles, en contradiction avec une sévérité importante. De plus, elle atteste une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de nettoyeuse et de 50% dans une activité strictement adaptée. Mais au vu des seules limitations fonctionnelles psychiques retenues, on ne comprend pas en quoi l'activité de femme de ménage ne serait pas la plus adaptée. On ne peut pas être convaincu par l'évaluation personnelle de la Dresse H\_\_\_\_\_. Par conséquent, on ne peut que s'en tenir aux conclusions précédentes des experts ».

18. La recourante a répliqué le 3 septembre 2018, persistant dans ses conclusions. L'intimé ne pouvait se prononcer sur son état de santé au plan somatique sur la base d'une expertise établie quatre ans auparavant, laquelle n'était plus pertinente étant donné que d'importantes cervicalgies – dont il n'avait pas été question en 2014 – avaient été évoquées par la Dresse L\_\_\_\_\_ et le SMR. En outre, le diagnostic de

---

fibromyalgie retenu par les experts en 2014 avait été écarté de manière infondée par des psychiatres. La mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique était indispensable.

19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.

3. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Selon l'art. 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (al. 3).

En l'espèce, la décision attaquée a été notifiée à l'assurée le 7 juin 2018, de sorte que le délai de recours échoyait en principe le 7 juillet 2018. Le 7 juillet 2018 étant un samedi, le terme du délai de recours a toutefois été reporté au premier jour ouvrable suivant, soit le lundi 9 juillet 2018. Déposé à la date précitée, le recours a été interjeté en temps utile. Satisfaisant par ailleurs aux exigences formelles prescrites par la loi, il est recevable (art. 89B al. 1 LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'elle a déposée en 2016.

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

6. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend

plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

7. 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<sup>er</sup> janvier 2008).
8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

9. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'autres affections psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante, du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

---

Par ailleurs, dans sa jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable et ce, même si les caractéristiques d'un TSD - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 s. ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.1-3.2 et les références).

10. 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).
11. a. Dans la méthode d'évaluation mixte, pour déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question, il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGa) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 137 V 334 consid. 5).
- b. Pour évaluer le taux d'invalidité par comparaison des revenus, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon

---

la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_225/2016 du 14 juillet 2016 consid. 6.2.2 et 6.2.3), il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques: le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_628/2015 du 6 avril 2016 consid. 5.3.5 et 8C\_211/2013 du 3 octobre 2013 consid. 4.1 in SVR 2014 UV n° 1 p. 1; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3ème éd. 2014, n. 35 s. ad art. 28a LAI). L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2010 du 23 mars 2010 consid. 2.1).

c. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (ATF 130 V 97). Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.733/06 du 16 juillet 2007). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

---

12. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 125 V 351 consid. 3).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

b. 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).

c. 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).

13. En l'espèce, il convient tout d'abord de rappeler que dans sa décision entrée en force du 14 avril 2014, l'intimé avait rejeté une première demande de prestations, au motif que l'assurée ne souffrait d'aucune maladie invalidante. Il avait fondé sa décision sur une expertise rhumatologique et psychiatrique du BEM, selon laquelle l'assurée, présentant une fibromyalgie et un excès pondéral, pouvait surmonter ses douleurs et était donc pleinement capable de travailler. À l'appui de cette conclusion, les experts du BEM avaient notamment souligné l'existence de nombreuses incohérences entre les plaintes et leur examen clinique.

Saisi d'une seconde demande de l'assurée, l'intimé a diligenté en 2017 une nouvelle expertise psychiatrique auprès des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Les experts ont conclu que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 50% dans toute profession, laquelle pourrait augmenter à 100% dans les douze mois. Considérant par ailleurs que l'assurée disposait d'un statut mixte, dans la mesure où elle n'avait travaillé qu'à 30% environ, l'intimé a mis en œuvre une enquête ménagère, dont il est ressorti des empêchements ménagers de 7%. Sur cette base, l'intimé, dans la décision attaquée, a rejeté la nouvelle demande.

Dans son recours, l'assurée soutient que l'administration aurait dû se fonder sur la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité plutôt que sur la méthode mixte. Par ailleurs, elle conteste la valeur probante de l'expertise de 2017 et souligne que sa capacité de travail ne s'élève qu'à 50%, de manière durable. En outre, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir ordonné d'expertise rhumatologique, alors qu'un rapport de sa rhumatologue témoigne d'une aggravation de son état de santé. Elle requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique.

14. Il convient en premier lieu d'examiner le grief relatif au statut de l'assurée. La décision attaquée retient un statut mixte réparti à raison de 30%-70% entre les sphères professionnelle et ménagère, statut que la recourante conteste, en invoquant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%.

De jurisprudence constante, le statut d'un assuré dépend du point de savoir s'il aurait exercé une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis. Si la détermination du statut doit prendre en compte sa volonté hypothétique, cette volonté ne peut être admise sans autres éléments de preuve, mais doit être confortée par des indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_352/2014 du 14 octobre 2014 consid. 3.3 et les références).

En l'occurrence, l'assurée, âgée de 44 ans au moment de la décision litigieuse, a travaillé en dernier lieu comme nettoyeuse au service de deux employeurs, à savoir dix heures par semaine pour M. N\_\_\_\_\_ depuis 2005 et deux heures par semaine pour Mme O\_\_\_\_\_ depuis 2008, représentant un taux d'activité total de l'ordre de 30%.

Elle semble ne jamais avoir travaillé durablement à 100%, au vu des revenus modiques ressortant de son extrait de compte individuel AVS, lesquels se sont élevés à CHF 14'580.- par année en moyenne entre 1993 et 2011 et n'ont jamais dépassé CHF 28'865.- en 1997. Il convient de préciser qu'entre 2008 et 2011, alors qu'elle travaillait à 30% environ, l'assurée percevait un salaire annuel moyen de CHF 12'270.-. Elle a cessé toute activité lucrative en 2012, initialement en raison d'une hernie L4-L5 et de lombosciatalgies. Son époux travaille à plein temps et perçoit un revenu compris entre CHF 4'000.- et CHF 5'000.- par mois.

Dans son recours, l'assurée affirme que si elle ne travaillait qu'à temps partiel au moment de la survenance de son atteinte à la santé, c'était parce que sa fille était en bas âge. Toutefois, la situation n'avait pas fondamentalement changé à la date du prononcé de la décision attaquée, le 5 juin 2018, puisque sa fille n'était alors âgée que de onze ans. L'argument selon lequel la fille de la recourante pourrait désormais bénéficier d'un accueil parascolaire ne justifie pas davantage l'admission d'un statut d'active, car avant le dépôt de la première demande de prestations, en août 2012, sa fille pouvait déjà bénéficier d'un accueil parascolaire et pour autant, la recourante ne travaillait qu'à temps partiel. Quant à la situation financière du ménage, la recourante ne prétend pas que, si elle était restée en bonne santé, les revenus du couple auraient subi un changement notable, qui aurait justifié une augmentation (hypothétique) de son taux d'activité à 100%. Par ailleurs, il ressort du questionnaire relatif au statut que la recourante ne dispose d'aucune preuve de recherches d'emploi à 100%, notamment en ce qui concerne la période ayant précédé le dépôt de sa première demande. Enfin, la recourante n'a pas un degré de formation ou des qualifications professionnelles telles qu'il serait dans l'ordre des choses qu'elle les mette à profit dans une activité professionnelle à 100%, après une période d'inactivité professionnelle aussi longue. Ces différents éléments l'emportent sur sa déclaration d'intention et rendent hautement vraisemblable qu'en bonne santé, elle aurait continué de travailler à temps partiel, comme elle l'avait fait jusqu'alors pendant plusieurs années, notamment à 30% depuis 2008. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a retenu un statut mixte réparti à raison de 30% pour la sphère professionnelle et de 70% pour la sphère ménagère.

15. Sur la base de l'enquête économique du 18 décembre 2017, l'intimé a retenu que l'assurée présentait des empêchements totaux de 7% dans ses travaux ménagers.

Cette enquête a été élaborée par une infirmière qualifiée, en connaissance de la situation médicale et locale, ainsi que des empêchements résultant des diagnostics médicaux. Elle tient compte des indications de l'assurée et du fait que cette dernière vit avec son époux, dont une participation aux travaux ménagers peut être exigée, laquelle a été évaluée par l'enquêtrice à 15,6%. En outre, ses conclusions quant aux empêchements dans les différents champs d'activité sont dûment motivées. Dans son recours, l'assurée ne remet en question ni la pondération, ni les empêchements retenus par l'enquête. Elle ne prétend pas davantage que ses déclarations auraient été retranscrites de manière inexacte ou que d'éventuelles opinions divergentes

---

auraient été omises. Partant, il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions de ce document, de sorte que l'on s'en tiendra aux empêchements ménagers de 7% qu'il atteste, après prise en compte de la participation du mari aux tâches ménagères.

16. a. Dans le domaine professionnel, l'intimé a instruit la cause de manière satisfaisante en ordonnant une expertise psychiatrique. Il ne lui incombait pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise rhumatologique, dès lors que dans son rapport d'octobre 2016, la rhumatologue de l'assurée n'avait mis en évidence aucune atteinte ostéo-articulaire et n'avait constaté, au plan clinique, qu'une discrète limitation de la mobilité cervicale ainsi qu'une mobilité complète de l'épaule gauche. L'intimé pouvait légitimement en déduire que, depuis l'expertise du BEM de 2014, la situation demeurait largement inchangée sous l'angle rhumatologique, de sorte que l'assurée ne présentait toujours aucune atteinte somatique limitant sa capacité de travail. L'aggravation de l'état de santé physique invoquée par la recourante ne repose pas sur des éléments objectifs mais seulement sur ses plaintes, telles qu'elles ressortent du rapport de sa rhumatologue (« [l'assurée] se plaint d'importantes cervicalgies, associées à des céphalées, des dysesthésies de la face et des douleurs aux mouvements des épaules »). À elles seules, ces plaintes ne sauraient justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique, voire bi-disciplinaire. La conclusion tendant à la mise en œuvre d'une telle expertise est rejetée, par appréciation anticipée des preuves.

b. L'expertise psychiatrique réalisée en septembre 2017 par les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ repose sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques ainsi qu'une discussion détaillée, dont on précisera qu'elle suit à juste titre la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6-7 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3-4.4). En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

De cette expertise, il ressort notamment que l'assurée souffre depuis 2014 de troubles anxieux et dépressifs mixtes, mais dont la symptomatologie n'est que d'intensité légère, selon les experts. Sur la base de leur status clinique, ceux-ci se sont distancés du diagnostic retenu par la Dresse H\_\_\_\_\_ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. L'assurée présente par ailleurs des traits de personnalité immature, jugés sans effet sur sa capacité de travail. Selon les experts, si l'assurée présente certaines limitations telles qu'une fatigabilité, une faible tolérance au stress, à la surcharge de travail et des difficultés à gérer les confrontations, elle serait néanmoins capable de reprendre progressivement une activité professionnelle, tout d'abord à temps partiel, de manière à lui permettre de bénéficier d'une expérience positive et « re-narcissante », autrement dit de lui redonner confiance. Les experts précisent qu'à long terme, la pathologie psychiatrique n'engendre pas d'invalidité. S'agissant du traitement, ils exposent que l'assurée est suivie mensuellement par une

psychiatre et adhère de manière optimale à son traitement, qu'ils préconisent de poursuivre, même si les ambitions thérapeutiques sont limitées dans la mesure où il s'agit surtout d'éviter l'installation d'une dépression avérée. S'agissant du contexte social, il ressort de l'expertise que l'assurée vit avec son mari et sa fille, qu'elle rencontre quotidiennement des amies après avoir amené sa fille à l'école et que le couple reçoit également des amis à domicile. Occasionnellement, l'assurée rentre au Portugal pour rendre visite à sa mère et ses beaux-parents. En outre, elle se rend quatre après-midi par semaine aux ateliers P\_\_\_\_\_, dans le cadre desquels elle s'est bien intégrée et s'investit. S'agissant enfin des ressources, les experts soulignent d'une part que l'assurée est fiable, coopérante et capable de suivre un programme, respectivement des consignes, d'autre part qu'elle a régulièrement participé aux ateliers P\_\_\_\_\_ depuis deux ans, ce qui concourt à démontrer qu'elle serait apte à travailler. Ils concluent à une capacité de travail de 50% dans toute profession depuis deux ans, tout en précisant que celle-ci pourrait augmenter à 100% dans les douze mois.

c. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme l'est celle des Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

En l'occurrence, ni la recourante, ni ses médecins ne mettent en évidence d'élément pertinent et objectivement vérifiable que les experts pourraient avoir omis de prendre en considération : l'allégation de sa psychiatre selon laquelle ses plaintes auraient été sous-estimées ne constitue pas un tel élément, dans la mesure où il ne s'agit pas d'un aspect clinique négligé par les experts. Au demeurant, il convient de relever que le point de vue de cette psychiatre rejoint largement celui des experts, puisqu'elle considère également que la recourante pourrait travailler à 50%. La seule véritable réserve que formule cette praticienne se rapporte au pronostic d'une augmentation de la capacité de travail à 100% dans les douze mois suivant l'expertise. Cette réserve est toutefois sans incidence sur le sort de la cause, dès lors qu'en retenant – à l'instar de la psychiatre traitante – une capacité de travail de 50%, l'on parvient à un degré d'invalidité sensiblement inférieur à 40% (cf. infra consid. 17). De son côté, le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail nulle, mais son rapport se limite à relayer les plaintes de la recourante et n'est pas motivé, de sorte qu'il ne saurait prévaloir sur l'expertise. Enfin, l'argument de la recourante selon lequel les experts auraient indûment écarté le diagnostic de fibromyalgie ne résiste pas à l'examen. D'une part, les experts-psychiatres se sont seulement prononcés dans leur domaine de spécialisation et n'ont pas, à proprement parler, écarté la fibromyalgie diagnostiquée par le BEM, puisqu'ils ont relevé que l'assurée

---

avait cessé de travailler « probablement dans le contexte [d'un] syndrome fibromyalgique » (p. 12 de l'expertise). D'autre part, il importe peu de savoir quel est le diagnostic le plus approprié dans le cas d'espèce, dès lors que, pour toutes les maladies psychiques et psychosomatiques, y compris la fibromyalgie, la capacité de travail est évaluée à la lumière des mêmes indicateurs (ATF 143 V 418 consid. 6-7 et ATF 141 V 281 consid. 4 ss ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 10.2).

d. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise réalisée en 2017 par les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_.

17. a. Dans la sphère professionnelle, il résulte de cette expertise que la recourante peut exercer toute activité professionnelle à 50%, y compris celle de nettoyeuse. Dans un tel cas de figure, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, ce qui porte le degré d'invalidité professionnel à 50% avant pondération, étant précisé que, selon l'art. 27<sup>bis</sup> al. 3 RAI, le revenu sans invalidité doit être extrapolé en partant de l'hypothèse d'une activité professionnelle exercée à 100%. Ensuite, la perte de gain exprimée en pourcentage – qui s'élève ici à 50% – doit être pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assurée si elle n'était pas devenue invalide, soit en l'occurrence 30% (art. 27<sup>bis</sup> al. 3 RAI). Cela conduit à un degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 15% (30% x 50%).

b. S'agissant de la sphère ménagère, il ressort de l'enquête des empêchements ménagers de 7%, lesquels doivent être pondérés à 70% pour tenir compte de la clé de répartition entre les sphères professionnelles et ménagères (art. 27<sup>bis</sup> al. 4 RAI). Ce faisant, l'on parvient à un degré d'invalidité dans la sphère ménagère de 4,9% (70% x 7%).

c. En conclusion, le degré d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelle et ménagère, s'élève à 20% [(30% x 50%) + (70% x 7%)]. Ce taux demeurant largement inférieur à 40%, il convient d'admettre que, depuis la décision du 14 avril 2014, l'état de santé de la recourante ne s'est pas péjoré dans une mesure suffisante pour ouvrir droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI).

18. Enfin, la recourante semble solliciter l'octroi d'une mesure de reclassement, voire d'autres mesures de réadaptation, en soulignant que son degré d'invalidité (global) atteint 20%.

a. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

Dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il faut tenir compte du fait qu'il convient d'opérer une stricte séparation entre l'exercice d'une activité lucrative et l'accomplissement des travaux habituels et qu'une mesure de reclassement ne peut avoir d'effets que sur l'exercice de l'activité lucrative; il suit de là que le degré d'invalidité minimal exigé par la jurisprudence ne doit être atteint que dans cette part d'activité et non résulter du degré d'invalidité globale, sauf à admettre que l'accomplissement des travaux habituels peut avoir une influence décisive sur la question de la réadaptation professionnelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_177/2015 du 18 septembre 2015 consid. 4.2 ; 9C\_316/2010 du 12 avril 2011 consid. 4.2 et la référence).

b. En l'occurrence, contrairement à ce que soutient la recourante, qui se réfère au calcul de son degré d'invalidité global (intégrant les empêchements ménagers), le seuil de 20% exigé par la jurisprudence n'est pas atteint. En effet, il ressort des considérants qui précèdent que le taux minimal exigé par la jurisprudence pour l'octroi d'une mesure de reclassement se rapporte uniquement au degré d'invalidité dans la sphère professionnelle. Dans le cas particulier, ce taux ne s'élève qu'à 15% (30% x 50%), de sorte que la recourante n'a pas droit à une telle mesure.

c. S'agissant de l'orientation professionnelle (art. 15 LAI), le Tribunal fédéral a considéré qu'une telle mesure était superflue lorsque le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré et ne nécessitant pas de formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3). Tel est le cas en l'espèce, de sorte que l'assurée ne peut prétendre à une mesure d'orientation professionnelle.

Enfin, si la recourante a besoin d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi, il convient de la rendre attentive à la possibilité de requérir auprès de l'intimé l'octroi d'une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI).

19. Mal fondé, le recours est rejeté.

20. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

Vu l'issue donnée au recours, la recourante ne peut prétendre à l'octroi d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPG).

\*\*\*

**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. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
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