



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2771/2019

ATAS/350/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 mai 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL

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 Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1966, mariée et mère de trois enfants, nés en 1988, 1990 et 1992. Elle est originaire du Kosovo où elle a été domiciliée du 16 mars 1966 au 10 juillet 1995. Elle a travaillé comme femme de ménage à 20% pour B_____ SA depuis le 1^{er} avril 2012 et pour C_____ dès le 1^{er} novembre 2012 à 25%.
2. L'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 22 mai 2018, en raison de douleurs au dos, de migraines et d'arthrose, dont elle souffrait depuis plusieurs années et qui l'avaient totalement empêchée de travailler depuis le 21 novembre 2017.
3. Le 27 mars 2018, le docteur D_____, rhumatologie FMH, a remercié la doctoresse E_____, médecine interne FMH, de lui avoir adressée l'assurée pour avis. Cette dernière souffrait de rachialgies diffuses prédominant au niveau lombaire avec des douleurs dans les membres inférieurs prédominant à droite depuis en tout cas dix ans, ayant progressivement augmenté d'intensité. Les douleurs étaient aggravées par les mouvements et les activités physiques. L'assurée était en incapacité totale de travail dans son activité de nettoyage à 40% depuis le mois de novembre 2017. L'anamnèse avait dû se faire par le biais du mari de l'assurée, car celle-ci ne comprenait pas le français. L'assurée avait pris différents médicaments dont du Brufen et du Tramadol, en association avec du paracétamol, sans amélioration. Elle avait déjà suivi neuf séances de physiothérapie à sec comportant plutôt des techniques passives, sans amélioration. Elle avait également des douleurs aux deux membres supérieurs et aux deux membres inférieurs ainsi que des céphalées chroniques. Elle était connue pour une hypothyroïdie substituée et une hypertension artérielle traitée. À l'examen clinique, elle était en surpoids modéré. Il y avait une diminution du seuil douloureux avec onze points de fibromyalgie douloureux sur dix-huit. Au niveau du rachis, il n'y avait pas d'anomalie particulière de la statique. Il y avait une importante kinésiophobie avec une résistance à la mobilisation du rachis dans toutes les directions. La mobilisation de la colonne cervicale provoquait des cervicalgies, sans nette limitation. La mobilisation dorso-lombaire provoquait des rachialgies diffuses prédominant au niveau lombaire, quels que soient les mouvements réalisés. Plusieurs signes comportementaux de la douleur de Waddell et de Kummel étaient présents.

L'anamnèse était difficile et vague, même lorsque le médecin avait essayé de préciser les douleurs, leurs trajets et leurs horaires. L'examen clinique était dominé par l'impression d'une diminution du seuil douloureux avec des douleurs assez diffuses au niveau des quatre membres, prédominant au niveau du rachis et de la colonne lombaire. Il n'y avait toutefois pas de syndrome vertébral, pas d'élément en faveur d'un syndrome radiculaire aux membres inférieurs, ni déficit neurologique des membres inférieurs. L'examen était aussi dominé par une kinésiophobie et une résistance à la mobilisation du rachis dans toutes les directions par crainte des douleurs. L'IRM montrait un canal lombaire étroit. Il était possible qu'une partie

des douleurs décrites au niveau lombaire et des membres inférieurs ne soit pas due à celui-ci. Il n'y avait toutefois pas d'anamnèse typique d'une claudication neurogène, puisque les douleurs des membres inférieurs étaient présentes aussi bien au repos qu'à la marche. Le Dr D_____ était très réservé face à tout geste thérapeutique agressif et très pessimiste quant à l'évolution, quels que soient les traitements proposés. Il fallait essayer de dédramatiser la situation, insister sur le fait que les douleurs étaient majoritairement d'origine musculaire et pas liées à une lésion spécifique. Il n'avait pas d'indication pour revoir l'assurée.

4. Selon un rapport établi le 13 avril 2018, la Dresse E_____ suivait l'assurée depuis le 19 décembre 2017 pour des lombalgies (avec impact sur la capacité de travail). L'assurée souffrait également de HTA, d'hypothyroïdie et de migraines (sans impact sur la capacité de travail). La capacité de travail était de 0% dès le 18 décembre 2017 pour une période indéterminée. Elle avait vu l'assurée le 19 décembre 2017 et les 16 janvier, 27 février, 14 mars et 3 avril 2018.
5. Le 25 mai 2018, le Dr D_____ a répondu à des questions que lui avait adressées l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), en reprenant en substance la teneur de son rapport du 27 mars 2018 et en ajoutant que, du point de vue strictement rhumatologique, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était une lombalgie chronique. S'agissant des restrictions fonctionnelles découlant de l'atteinte rhumatologique, la mobilisation lombaire dans les plans déclenchait les lombalgies, avec onze points de fibromyalgie douloureux sur dix-huit, témoignant le plus probablement d'une diminution du seuil douloureux. Il y avait aussi des signes comportementaux de la douleur de Waddell et de Kummel avec une kinésiophobie allant dans le même sens. Le Dr D_____ indiquait qu'il lui était difficile de se prononcer de façon définitive sur la capacité de travail après une seule consultation, mais qu'il pensait que l'assurée avait une incapacité de travail de 50% probablement, sur la base des lésions décrites à l'IRM lombaire, lesquelles n'expliquaient toutefois pas toutes les plaintes. Une partie des douleurs était favorisée par une diminution du seuil de la douleur. Dans une activité professionnelle adaptée (pas de mouvements répétés de la colonne lombaire, pas d'attitude statique en position debout/en porte-à-faux lombaire, pas de port de charges lourdes), la capacité de travail paraissait plus probablement complète.
6. Le 28 juin 2018, le docteur F_____, médecin-conseil d'Allianz Suisse Société d'Assurances SA (ci-après Allianz), a indiqué avoir reçu l'assurée le même jour et pris contact avec son médecin traitant. Son travail actuel était probablement trop lourd pour elle. Un travail sans port de charges supérieures à 8 kg répétitif et la possibilité d'alterner les positions assise/debout et la marche ou une reprise progressive de l'emploi actuel dans un délai de quatre mois était exigible de l'assurée.
7. Le 10 juillet 2018, Allianz a informé l'assurée qu'en sa qualité d'assureur privé perte de gain maladie de la société B_____ SA, elle intervenait pour la prise en charge d'une indemnité journalière maladie consécutive à son arrêt de travail attesté

depuis le 21 novembre 2017. Selon les renseignements en possession de son service médical, son activité de nettoyeuse n'était plus compatible avec son état de santé depuis le 1^{er} octobre 2011. En revanche, une reprise totale du travail pouvait être envisagée dans une activité adaptée à son état de santé, sans port de charges supérieures à 8 kg répétitif et avec la possibilité d'alterner les positions assise, debout et la marche. Un délai de transition lui était accordé pour rechercher un emploi et s'adapter à sa nouvelle situation. Des indemnités journalières lui seraient versées jusqu'au 10 novembre 2018.

8. Selon une note sur le statut établie le 1^{er} novembre 2018, l'assurée était âgée de 52 ans, mariée, mère de trois enfants et sans formation diplômante. Elle exerçait la profession de femme de ménage auprès de deux employeurs. Une première activité à 20% (8 heures par semaine) et une seconde activité à 25% (10 heures de travail par semaine). En cumulant les deux emplois, son taux d'activité était de 45%. Les comptes individuels étaient concordants. Il était retenu en conséquence un statut mixte 45/55%.
9. Dans un avis établi le 11 février 2019, le docteur G_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), retenait, sur la base des rapports médicaux du Dr D_____ des 27 mars et 25 mai 2018, une incapacité de travail entière de l'assurée du 21 novembre 2017 au 31 mars 2018 et de 50% dès le 1^{er} avril 2018 ainsi qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 21 novembre 2017.
10. Selon une note sur la détermination du degré d'invalidité de l'OAI du 20 novembre 2018, celui-ci a pris en compte pour fixer le revenu avec invalidité l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après l'ESS) 2016, tableau TA1 - tirage_skill_level, ligne Total, soit CHF 4'363.- par mois, correspondant à CHF 4'548.- en tenant compte de la durée normale hebdomadaire de travail (41,7 heures), à CHF 54'581.- annualisés, à CHF 54'783.- indexés à 2017 (année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité) et à CHF 49'304.- après un abattement de 10% pour tenir compte de l'âge de l'assurée et du temps partiel.
11. Dans une note sur l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte datée du « 3 avril 2019 », le revenu sans invalidité était de CHF 28'354.- pour un taux d'activité de 45% et de CHF 63'008.89 à 100%, et le revenu avec invalidité de CHF 49'304.- à 100% et de CHF 22'186.80 à 45%. La perte de gain était de 21,75% selon l'ancien et le nouveau calcul.
12. Par projet de décision du 19 mars 2019, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestations était rejetée. Dans une activité adaptée, une capacité de travail de 100% lui était reconnue depuis toujours. À l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 21 novembre 2018, elle était totalement capable de travailler dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. L'OAI avait procédé à une comparaison de ses revenus avec et sans invalidité. Dès janvier 2018, le revenu qu'elle aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel avait été

extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le résultat de cette opération était le manque à gagner, en d'autres termes la perte de gain due à l'invalidité. Cette dernière, exprimée en pourcentage, indiquait le taux d'invalidité.

Sa perte de gain découlait du calcul suivant :

- revenu sans invalidité : CHF 63'008.90
- revenu avec invalidité : CHF 49'304.-
- soit une perte de gain de CHF 13'704.90 correspondant à un taux d'invalidité de 22%.

S'agissant des empêchements dans la sphère des travaux habituels, il était normalement nécessaire de procéder à une enquête économique sur le ménage, toutefois, au vu de l'exigibilité de 100% dans une activité adaptée à la fin du délai d'attente, l'OAI estimait que les empêchements rencontrés par l'assurée dans la tenue de son ménage n'étaient pas notables.

Son degré d'invalidité découlait de la pondération entre la part active et la part des travaux habituels et s'élevait globalement à 10%, ce qui n'ouvrait pas à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité :

- part professionnelle : $45\% \times 22\%$ de perte économique : 10%
- part travaux ménagers : $55\% \times 0\%$ d'empêchement : 0%
- total : 10%

Compte tenu de sa situation, à savoir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, ses limitations fonctionnelles, son parcours professionnel et les gains réalisés, des mesures n'étaient pas de nature à réduire le dommage. Elles n'étaient pas simples ni adéquates.

13. Le 2 mai 2019, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI, contestant disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. La Dresse E_____ avait prolongé son incapacité totale de travail et prescrit une psychothérapie d'une durée de six mois. L'assurée avait en outre récemment entrepris un suivi psychothérapeutique auprès de la doctoresse H_____, médecin psychiatre albanophone. Une expertise médicale bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, permettrait d'attester des importantes limitations dont elle souffrait.

Elle estimait par ailleurs que le salaire avec invalidité retenu avait été surévalué. Elle demandait un abattement de 15% au moins sur les salaires statistiques pour tenir compte des particularités de sa situation. Tous les critères étaient remplis pour que l'abattement, fixé à 10% par l'OAI, soit revu à la hausse. Elle était âgée de 53 ans, avait de nombreuses années de service dans le domaine du nettoyage, seule des activités légères lui étaient possibles, elle avait des limitations fonctionnelles et de multiples atteintes, son taux d'activité était à temps partiel uniquement et son niveau de formation réduit (école obligatoire au Kosovo). Avec un abattement de 15%, le salaire avec invalidité s'élèverait à CHF 46'565.55 pour une activité à plein

temps. Dans la mesure où sa capacité de travail dans une activité adaptée n'excédait pas 50%, le salaire avec invalidité s'élevait à CHF 23'282.80. Il en résultait, après pondération et compte tenu du taux d'activité de 45%, une invalidité de 28,3% dans la sphère professionnelle.

Elle était par ailleurs très limitée dans ses tâches et demandait que cet aspect soit également pris en compte par le biais d'une enquête ménagère. Elle avait des difficultés à cuisiner, à passer l'aspirateur, à s'occuper de son linge et à faire des courses. Par ailleurs, dans son activité professionnelle d'aide-ménagère, l'OAI lui reconnaissait une incapacité de travail de 50%. Le taux d'invalidité dans la sphère ménagère était donc de 50% au minimum. Cumulé à l'invalidité professionnelle, celui lui ouvrait le droit à une rente d'invalidité. Subsidiairement, elle demandait l'octroi de mesures de réadaptation, au sens de l'art. 14a LAI, car la reprise d'une activité adaptée serait difficile pour elle, en l'absence de qualification et dès lors qu'elle avait toujours travaillé dans le nettoyage. Son ancienne activité n'était plus compatible avec ses atteintes à la santé.

14. Par décision du 14 juin 2019, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée et confirmé son projet de décision, relevant que la prescription d'une psychothérapie n'était pas de nature à remettre en cause son appréciation de l'état de santé de l'assurée et qu'aucune nouvelle pièce médicale n'avait été produite. En ce qui concernait l'abattement supplémentaire, il considérait que l'assurée était à même d'effectuer une activité adaptée à temps complet. Ses limitations fonctionnelles n'étaient pas déterminantes dans une activité adaptée, ni pour les travaux ménagers, pour lesquels l'assurée ne devait pas rencontrer de difficultés majeures. Le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle n'était pas ouvert en l'espèce, puisque nombre d'activités légères étaient accessibles à l'assurée et qu'un reclassement professionnel n'entraînait pas en considération.
15. Le 25 juillet 2019, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant, préalablement, à son audition et à celle des Dresses E_____ et H_____, ainsi qu'à expertise rhumatologique et psychiatrique et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI du 14 juin 2019 et à la condamnation de celui-ci à lui verser une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2018, avec intérêts moratoires à 5% sur les arriérés et suite de dépens. Subsidiairement, elle concluait à des mesures de réadaptation et au versement d'indemnités journalières.

Elle contestait disposer d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail n'excédait pas 50% et était probablement même inférieure à ce taux. La Dresse E_____ avait prolongé son incapacité de travail à 100% et prescrit une psychothérapie de six mois, qu'elle avait entreprise auprès de la Dresse H_____.

Le salaire avec invalidité avait été surévalué. Dans le tableau TA1, l'OAI aurait dû se référer au domaine d'activité précis entrant en ligne de compte pour elle, plutôt qu'à la moyenne de toutes les activités de niveau 1 pour une femme. En effet, le montant de CHF 4'564.- retenu comme base de calcul du salaire avec invalidité ne correspondait pas à ses possibilités de gain réelles, indépendamment de la question de sa capacité résiduelle de travail. Il convenait de se référer à la ligne « 77,79-82 » du tableau lié aux activités de service administratif, soit un salaire moyen de CHF 3'745.- pour une femme. Elle demandait de plus un abattement de 15% sur le salaire statistique pour tenir compte des particularités de sa situation. Il en résultait un taux d'invalidité de 31% dans la sphère professionnelle après pondération, compte tenu de son taux d'activité de 45%.

En omettant de diligenter une enquête ménagère pour quantifier l'ampleur des limitations dans la tenue du ménage, l'OAI avait violé son devoir d'instruction. Elle était très limitée dans ses tâches ménagères. Une enquête ménagère devait être effectuée. Pour le cas où son taux d'invalidité n'atteindrait pas 40%, elle demandait la mise en place de mesures de réadaptation, car son ancienne activité n'était pas compatible avec ses atteintes à la santé.

La recourante a produit à l'appui de son recours :

- un rapport du 28 décembre 2018 de la Dresse E_____ attestant que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé avec des douleurs irradiant dans les membres inférieurs. Les limitations physiques étaient une difficulté à se mobiliser et elles avaient des répercussions sur le travail de nettoyage. L'assurée était totalement incapable de travailler et des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles.
- un rapport du 10 mai 2019 de la Dresse E_____ dans lequel celle-ci posait les diagnostics avec impact sur l'incapacité de travail de lombalgies et d'état dépressif. L'assurée était totalement incapable de travailler dans toutes activités depuis le 18 décembre 2017.
- des arrêts de travail à 100% établis par la Dresse E_____ pour la période du 21 novembre 2017 au 31 juillet 2019 et une prescription établie par cette dernière le 29 mars 2019 pour une psychothérapie d'une durée de six mois.

16. Le 14 août 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, les éléments apportés ne lui permettant pas de faire une appréciation différente du cas.

17. Par réplique du 4 septembre 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport médical récent de son médecin traitant et l'a informée que la Dresse E_____ avait suspendu son activité pour des raisons de santé et qu'elle était actuellement suivie par le docteur I_____, FMH en endocrinologie, diabétologie et médecine interne. Son état de santé n'évoluait pas favorablement avec, principalement, des douleurs lombaires basses qui la limitaient dans ses déplacements et ses activités journalières. Elle souffrait aussi de douleurs au genou gauche ainsi que de céphalées nocturnes et de fatigue.

À l'appui de sa réplique, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport établi le 2 septembre 2019 par le Dr I_____, qui confirmait la suivre depuis le 3 juin 2019, en remplacement de la Dresse E_____, et que l'état de santé de celle-ci n'évoluait pas favorablement. Elle souffrait toujours principalement de douleurs lombaires basses, qui limitaient ses déplacements et ses activités journalières. Le dernier bilan radiologique confirmait des troubles dégénératifs et une réduction de l'espace foraminaux L4-L5 gauche. Elle souffrait aussi de douleurs au genou gauche et les radiographies suggéraient un début d'arthrose. Finalement, elle souffrait de céphalées nocturnes et de fatigue. Le Dr I_____ avait été recommandé à l'assurée de consulter à nouveau un spécialiste, soit le Dr D_____.

18. Le 15 octobre 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport établi par le Dr D_____ le 29 août 2019, lequel indiquait avoir revu l'assurée le jour même. Elle souffrait de lombalgies chroniques entraînant une légère limitation de la mobilité lombaire. L'examen était difficile à mener, parce qu'elle résistait à tous les mouvements de la colonne lombaire. Bien qu'il y ait une irradiation actuellement dans le membre inférieur gauche, il n'y avait pas d'éléments pour un syndrome radiculaire. En ce qui concernait le genou droit, l'examen était normal en dehors des douleurs. Il y avait une minime arthrose du compartiment fémoro-tibial interne. Le Dr D_____ était étonné de l'importance des douleurs de la patiente et pensait que cela survenait dans un contexte de diminution du seuil de la douleur, comme il l'avait déjà mentionné. La patiente disait avoir suivi des séances de physiothérapie à sec sans succès. La seule physiothérapie qui l'avait un peu soulagée comportait des exercices dans l'eau. Il lui avait prescrit des séances de physiothérapie en eau chaude pour son rachis lombaire. Étant donné la notion d'irradiation de douleurs dans la cuisse gauche, on pouvait envisager une consultation chez un neurologue avec une ENMG des membres inférieurs. Si tout ce bilan était normal, il n'irait pas plus loin du point de vue thérapeutique et éviterait en tout cas tout traitement agressif. Il n'avait pas prévu de revoir la patiente.

19. 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), 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la

période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures de réadaptation.
4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1)

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient 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 psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a considéré que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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).

7. 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).
8. 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).
9. 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).

10. a. Dans la sphère professionnelle, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

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

b. 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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la

santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c.a. Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

c.b. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du

pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

S'agissant des limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Selon le Tribunal fédéral l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine

de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

S'agissant du critère des années de service, le Tribunal fédéral considère que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Cette conclusion vaut également pour le niveau de formation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2011 du 15 septembre 2011 consid. 5.2) et de maîtrise de la langue écrite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_17/2011 du 21 avril 2011 consid. 6.2), ces critères n'étant pas topiques pour des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1).

Une déduction maximale ne se justifie que lorsque plusieurs des éléments retenus par la jurisprudence se trouvent réunis chez un assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 311/02 du 4 février 2003 consid. 4.3).

11. a. Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2).

b. Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais

extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalidé est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

S'agissant du revenu avec invalidité, il continue à être fixé, comme avant, en fonction du pourcentage d'activité de la personne assurée avant son invalidité (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2016 du 14 septembre 2016 consid. 3).

c.a. 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 à la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante.

La mise en oeuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est toutefois pas imposée par le droit fédéral (arrêt 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 (9C_103/2010 2 du septembre 2010).

c.b. 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).

c.c. 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. 1 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).

c.d. Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

12. En l'espèce, le Dr D_____, spécialiste en rhumatologie, a, sur la base d'un examen de la recourante, posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgie chronique dans un rapport détaillé du 25 mai 2018. Il a constaté qu'il y avait une diminution du seuil douloureux avec onze points de fibromyalgie douloureux sur dix-huit et des signes comportementaux de la douleur de Waddell et de Kummel, sans poser le diagnostic de fibromyalgie. Dans la mesure où il a examiné expressément cette problématique, l'on peut éventuellement admettre qu'il a considéré que les conditions pour retenir le diagnostic de fibromyalgie, qui relève de sa spécialité, n'étaient pas réunies. Dans la mesure toutefois où la présente cause sera renvoyée à l'intimé, pour les motifs qui seront développés ci-après, il conviendra de demander au Dr D_____ pour quels motifs il n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie et de confirmer, ou pas, qu'il n'y avait pas lieu de le poser. Il devra préciser également à partir de quand une activité dans une activité adaptée pouvait être exigée de la recourante. En effet, son rapport ne le précise pas et le SMR a retenu la date du 27 novembre 2017, ce qui paraît contestable à teneur des pièces du dossier.

Le Dr D_____ a indiqué le 25 mai 2018 qu'il estimait difficile de se prononcer de façon définitive sur la capacité de travail après une seule consultation, mais qu'il

pensait toutefois que l'assurée avait une incapacité de travail de 50% probablement, sur la base des lésions décrites à l'IRM lombaire, lesquelles n'expliquaient toutefois pas toutes ses plaintes. Une partie des douleurs était favorisée par une diminution du seuil de la douleur. Dans une activité professionnelle adaptée (pas de mouvements répétés de la colonne lombaire, pas d'attitude statique en position debout/en porte-à-faux lombaire, pas de port de charges lourdes), la capacité de travail paraissait plus probablement complète.

Cette appréciation médicale est convaincante, malgré les réserves émises par le Dr D_____ s'agissant de la capacité de travail de l'assurée, dès lors qu'il a bien motivé son rapport. Elle a été confirmée par le Dr F_____ le 28 juin 2018 et le Dr G_____ le 11 février 2019.

L'appréciation du Dr D_____ n'est pas sérieusement remise en cause par les rapports établis les 13 avril et 28 décembre 2018 et le 10 mai 2019 par la Dresse E_____, spécialiste en médecine interne, dès lors que ceux-ci sont brefs et peu motivés, étant relevé que cette dernière avait elle-même adressé l'assurée au Dr D_____, reconnaissant ainsi que celui-ci était plus à même d'apprécier son état de santé, en raison de sa spécialité de rhumatologue. L'appréciation du Dr D_____ n'est enfin pas non plus remise en cause par le rapport établi le 2 septembre 2019 par le Dr I_____, également spécialisé en médecine interne, qui ne se prononçait pas sur la capacité de travail de la recourante et qui avait conseillé à celle-ci de revoir le Dr D_____.

Cela étant, le fait que la Dresse E_____ ait prescrit une psychothérapie le 29 mars 2019 - ce dont la recourante a informé l'intimé dans son opposition au projet de décision - n'est pas anodin dès lors qu'une partie de ses douleurs est favorisée par une diminution du seuil de la douleur, selon le rapport du Dr D_____ du 25 mai 2018. L'intimé aurait dû instruire la question d'un éventuel trouble somatoforme douloureux et, à tout le moins, demander un rapport à la psychiatre de la recourante.

13. a. La recourante estime que le salaire avec invalidité a été surévalué par l'intimé, qui aurait dû se référer, dans le tableau TA1, au domaine d'activité précis entrant en ligne de compte pour elle, plutôt qu'à la moyenne de toutes les activités de niveau 1 pour une femme.
- b. Selon la jurisprudence, lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité, le revenu d'invalidité doit en principe être évalué sur la médiane ou valeur centrale des salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé ». Celle-ci s'applique à tous les personnes assurées qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, ce qui est le cas de la recourante. C'est donc à juste titre que l'intimé a fixé le revenu avec invalidité de celle-ci sur la moyenne de toutes les activités de niveau 1 pour une femme.

14. a. La recourante a fait valoir qu'un abattement de 15% aurait dû être opéré sur le revenu avec invalidité, au motif qu'elle était âgée de 53 ans, qu'elle avait de nombreuses années de service dans le domaine du nettoyage, que seules des activités légères lui étaient possibles, qu'elle avait des limitations fonctionnelles et de multiples atteintes, que son taux d'activité était à temps partiel uniquement et que son niveau de formation était réduit.

b. L'intimé a correctement retenu un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Il n'y a pas lieu de retenir une réduction pour temps partiel, dès lors qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible d'elle à 100%. Les autres facteurs permettant un abattement supplémentaire ne sont pas réalisés. L'âge de la recourante au moment déterminant pour le droit à une rente (51 ans), son manque de formation et ses années de service dans le nettoyage ne constituent pas des facteurs susceptibles de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales s'agissant d'activités simples et répétitives de niveau de compétence 1.

15. Le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé est erroné, dès lors qu'il n'avait pas à prendre en considération, pour fixer le revenu avec invalidité, le salaire ESS à 100%, mais qu'il devait seulement retenir le 45% de ce salaire, correspondant aux taux d'activité de la recourante dans son activité habituelle avant l'atteinte à la santé. Selon le nouveau calcul à effectuer depuis janvier 2018 pour fixer le taux d'invalidité dans la part professionnelle d'un statut mixte, c'est uniquement le revenu sans invalidité qui doit être pris en compte à 100% et non le revenu avec invalidité (art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI). Il en résulte que le taux d'invalidité de la recourante dans la sphère professionnelle est plus élevé que celui retenu par l'intimé, soit de 64% et de 28,8% après pondération en tenant compte de la sphère des travaux ménagers.

Il convient encore de relever que l'intimé a calculé le taux d'invalidité en prenant en compte comme année déterminante 2017 alors qu'il aurait dû prendre l'année 2018, puisque le droit à une rente ne pouvait naître avant le 21 novembre 2018, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an (art. 28 al. 1 let. c LAI).

16. a. La recourante a encore fait valoir que l'OAI aurait dû fonder sa décision sur une enquête ménagère pour quantifier l'ampleur des limitations dans la tenue du ménage, précisant qu'elle était très limitée dans ses tâches ménagères ; elle avait des difficultés à cuisiner, à passer l'aspirateur, à s'occuper de son linge et à faire des courses. Par ailleurs, dans son activité professionnelle d'aide-ménagère, l'intimé lui reconnaissait une incapacité de travail de 50%. Le taux d'invalidité dans la sphère ménagère était donc de 50% au minimum.

L'intimé a considéré qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une enquête économique sur le ménage, car les empêchements rencontrés par l'assurée dans la tenue de son ménage n'étaient pas notables, vu l'exigibilité de 100% dans une activité adaptée à la fin du délai d'attente.

b. Il n'est pas contestable que la recourante est limitée physiquement en raison de son état de santé et que cela a sans doute des répercussions sur sa capacité à faire ses travaux ménagers, dès lors qu'elle ne peut pas faire de mouvements répétés de la colonne lombaire, ni porter des charges lourdes. Même si l'on ne peut pas se référer au taux d'invalidité de 50% retenu par le Dr D_____ pour l'activité habituelle de femme de ménage de la recourante pour établir ses empêchements dans la sphère des travaux ménagers, puisque, chez elle, elle peut organiser son travail à sa guise et faire des pauses, ce qui n'est pas possible dans le domaine professionnel, il apparaît possible que des empêchements soient retenus au terme d'une enquête à domicile. Par ailleurs, on ignore tout de l'aide exigible des membres de sa famille. Dans la mesure où un pourcentage limité d'empêchements est susceptible d'ouvrir à la recourante le droit à une rente d'invalidité, vu le taux d'invalidité de 28,8% dans la sphère professionnelle après pondération, une enquête à domicile n'apparaît pas d'emblée inutile en l'espèce.

17. Le recours sera en conséquence partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouveau calcul du taux d'invalidité au sens des considérants.
18. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
19. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 14 juin 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- pour ses dépens à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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