RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4235/2019 **ATAS/710/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2021

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Carouge, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, Genève	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée, l'assurée ou la recourante), née le _____1963 et originaire du Portugal, est mariée et mère de deux enfants adultes. Elle est sans formation. Depuis son arrivée en Suisse en 1991, elle a travaillé comme femme de ménage.

2. Dans son rapport du 20 juin 2016, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a retenu un syndrome douloureux chronique et un déconditionnement. La patiente souffrait de douleurs aux mains et aux genoux plutôt mécaniques et de lombalgies mécaniques. Il n'y avait pas d'origine inflammatoire des douleurs. Le contexte psychosocial était extrêmement douloureux avec un mari très limité sur le plan physique, vraisemblablement dépressif, et un fils autiste adulte vivant à domicile. La médecin a encouragé la patiente à entreprendre une psychothérapie pour mieux gérer sa situation personnelle.

3. Dans son rapport du 11 avril 2017, le docteur C_____, neurologue FMH, a fait état d'occasionnelles lombalgies depuis cinq ans et d'une symptomatologie douloureuse fluctuante aux mollets. Les symptômes étaient absents au repos et survenaient après quelques centaines de mètres de marche, en particulier à la montée. Ces douleurs, à type de pression et sourdes, obligeaient la patiente à s'arrêter et à attendre une dizaine de minutes avant de pouvoir reprendre son parcours. Une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) montrait une protrusion discale L4-L5 en discrète régression par rapport à 2012. L'examen neurologique et l'électroneuromyographie (ci-après : ENMG) étaient normaux. Une artériopathie des membres inférieurs semblait peu probable.

4. Selon le rapport du 26 avril 2017 des docteurs D_____ et E_____ du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), la patiente présentait un anévrisme non rompu et non traité. Elle était totalement asymptomatique par rapport à cette affection.

5. Dans son rapport du 27 juillet 2017, le docteur F_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation FMH, a constaté un syndrome des loges antéro-externe et postérieur profond aux membres inférieurs. Aucun traitement conservateur n'était efficace et une intervention chirurgicale était préconisée.

6. Par demande du 27 septembre 2017, l'intéressée a requis les prestations de l'assurance-invalidité. Elle y a notamment indiqué qu'elle avait toujours travaillé à 100 %, mais que beaucoup d'employeurs l'avaient licenciée suite à ses problèmes de santé.

7. Selon le rapport du 2 octobre 2017 de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie), un syndrome des loges chronique des membres inférieurs, un anévrisme cérébral, des céphalées chroniques, une ténosynovite des deux médius avec le pouce gauche à ressaut, un status après deux interventions pour

incontinence urinaire et un status post cure des deux tunnels carpiens. Elle était de plus en plus gênée par des douleurs diffuses musculaires et dans les mains. Le traitement consistait en des antiinflammatoires et antidépresseurs à but antalgique. Elle travaillait actuellement à 50% environ pour des raisons financières, mais le travail de femme de ménage était trop pénible et elle devait fréquemment faire des pauses. Sa capacité était en fait nulle dans toute activité et les limitations étaient importantes.

8. Dans son rapport du 16 janvier 2018, la Dresse G_____ a constaté une légère aggravation et a mentionné les diagnostics de protrusion discale L4-L5 et une arthrose L4-L5 et L5-S1 qu'elle avait oublié d'indiquer dans son précédent rapport.

9. Dans son avis médical du 5 juin 2018, la doctoresse H_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a préconisé une expertise pluridisciplinaire avec volets en orthopédie, rhumatologie et psychiatrie, afin de déterminer si un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ou une affection apparentée devait être retenu, de l'évaluer selon les indicateurs de la jurisprudence en la matière, d'apprécier l'impact du syndrome des loges chronique sur la capacité de travail et de déterminer l'exigibilité dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

10. Dans leur rapport d'expertise du 14 mars 2019, les docteurs I_____, spécialiste en médecine interne générale, J_____, psychiatre, K_____, rhumatologue, et L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, ont notamment relevé, dans leur évaluation consensuelle, que l'assurée avait commencé à travailler vers l'âge de 13 ans comme aide-ménagère et qu'elle avait arrêté de travailler lorsqu'elle s'était mariée. Elle avait commencé à retravailler en 2007 comme femme de ménage à 80%, mais avait diminué son taux d'activité à 50% depuis septembre 2017 pour des raisons de santé. Ils ont émis les diagnostics suivants avec impact sur la capacité de travail : arthrose débutante des articulations interphalangiennes distales (IPD) des deux mains, tenosynovite du tendon fléchisseur du Vème doigt à gauche, lombalgies basses sur protrusion discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche avec arthrose interfacettaire postérieure L4-L5 et L5-S1 gauche, syndrome des loges antéro-externe et postérieur bilatéral des jambes, talalgies bilatérales avec une insertionite de l'aponévrose plantaire aux deux calcanéums. Les diagnostics sans impact sur la capacité de travail étaient les suivants : épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, obésité, anévrisme carotido-caverneux, syndrome d'apnée du sommeil appareillé, céphalées chroniques depuis six ans, hernie hiatale et reflux gastro-œsophagien, asthme, incontinence urinaire à l'effort et hypotension artérielle (HTA). Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique et l'assurée n'acceptait pas la maladie sur le plan psychiatrique. De ce fait, elle se privait d'une aide par un spécialiste dans ce domaine. Ses ressources étaient faibles, étant sans formation et atteinte d'un état dépressif évoluant depuis plusieurs années. Elle avait peu d'amis, mais était bien entourée par sa famille, en particulier sa fille. Le contexte psychosocial restait

néanmoins difficile du fait de l'invalidité du mari et de la pathologie de son fils. Néanmoins, elle gardait une certaine volonté, des capacités décisionnelles, de flexibilité et d'adaptation face aux changements. Sur le plan rhumatologique et orthopédique, il n'y avait pas d'incohérence entre les plaintes, l'examen clinique et les diagnostics, sauf pour l'intensité des douleurs. Elle décrivait des douleurs insupportables, alors que son visage n'exprimait pas de douleur morale ou physique. La capacité de travail globale dans l'activité habituelle était de 25% depuis septembre 2017. Cette incapacité de travail était liée uniquement à la problématique orthopédique et rhumatologique. La capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir la difficulté de maintenir une attention et une concentration importante, l'impossibilité de rester en position debout statique, le fait de ne pouvoir marcher que très lentement, la difficulté de monter et descendre les escaliers et la limitation du port de charges de 5 kg.

11. Par courrier du 19 mars 2019, Monsieur M_____ a informé l'OAI qu'il employait l'assurée comme femme de ménage, mais qu'il allait résilier le contrat de travail, dès lors qu'elle ne voyait plus la saleté et n'avait plus la force de frotter. Il l'avait uniquement gardée en raison des longues années de services.

12. Dans l'enquête économique sur le ménage du 24 juin 2019, l'assurée a indiqué avoir travaillé entre 80 et 100 % avant d'avoir des problèmes de santé et qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80% au moins. Son mari et son fils bénéficiaient de rentes d'invalidité. Elle continuait par ailleurs à travailler à raison de 8 heures par semaine. Selon les conclusions de l'enquête, l'empêchement dans le ménage était de 13%, compte tenu de l'aide apportée par son mari et son fils.

13. Selon le calcul de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) du 25 juin 2019, la perte de gain de l'assurée dans une activité adaptée exercée à 80% était de 16,93%, en tenant compte d'un abattement du salaire statistique retenu à titre de salaire d'invalide de 15% et d'un salaire sans invalidité de CHF 44'842.- (moyenne des revenus entre 2011 et 2015, actualisée à 2017).

14. Le 25 juin 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui nier le droit à une rente d'invalidité, dès lors que le taux d'invalidité total n'était que de 16,14%, en admettant un statut mixte de 80% pour la sphère lucrative et 20% pour le ménage. Il lui a également refusé des mesures d'ordre professionnel.

15. Par écritures du 30 août 2019, l'assurée a contesté ce projet de décision par l'intermédiaire de son conseil, en affirmant qu'elle présentait une incapacité de travail totale. Les constatations des experts étaient lacunaires, voire contradictoires ou confuses. Ils n'indiquaient par ailleurs pas quelles activités elle pourrait encore exercer et une activité adaptée était difficile à imaginer au vu de ses nombreuses limitations. Les experts avaient aussi relevé que si elle pouvait encore effectuer quelques heures de travail, c'était uniquement grâce à la tolérance et la bienveillance de ses employeurs. Cela était confirmé par le courrier du 19 mars

2019 de M. M_____. L'expert rhumatologue n'avait pas non plus expliqué pourquoi il ne retenait pas le diagnostic de syndrome douloureux chronique.

16. Par décision du 2 septembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, au motif que l'assurée n'avait apporté aucun nouvel élément susceptible de modifier le projet dans le délai imparti.

17. Le 4 septembre 2019, l'OAI a annulé cette décision, en constatant que l'assurée avait déposé ses observations, datées du 30 août 2019 et reçues le 2 septembre, dans le délai imparti. Il y avait dès lors lieu d'en tenir compte dans sa prise de position finale. Au terme de la procédure d'audition, il rendra une nouvelle décision.

18. Par décision du 15 octobre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.

19. Par acte du 15 novembre 2019, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Préalablement, elle a conclu à l'apport de l'entier du dossier par l'intimé et à l'octroi d'un délai pour compléter la motivation. La décision attaquée devait être annulée au motif qu'elle n'avait pas été précédée d'un projet de décision, étant rappelé que la précédente décision de l'intimé avait été annulée. L'intimé aurait dès lors dû respecter son droit d'être entendu en lui notifiant préalablement un projet de décision. Enfin, elle s'est référé à son argumentation développée dans son courrier du 30 août 2019.

20. Par courrier du 25 novembre 2019, la chambre de céans a refusé à la recourante un délai supplémentaire pour motiver le recours, dès lors que le projet de décision et la décision finale de l'intimé étaient strictement identiques, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'attendre de la production du dossier dans sa teneur actuelle qu'il comportât d'autres documents dont elle n'aurait pas eu connaissance.

21. Dans sa réponse, l'intimé a conclu au rejet du recours. La notification d'un nouveau projet de décision, après l'annulation de sa décision du 2 septembre 2019, n'aurait pas eu de sens en l'absence d'une modification du droit aux prestations et du résultat au fond. Au demeurant, même s'il fallait admettre une violation du droit d'être entendu, il y aurait lieu de considérer que le vice était réparé dans la présente procédure. La recourante ne produisait aucun élément médical objectivement vérifiable à l'appui de son recours qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et qui aurait pu mettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou établir le caractère incomplet de l'expertise. Il n'appartenait par ailleurs pas aux experts de déterminer quelles activités concrètes la recourante pourrait exercer. Cette tâche appartenait aux spécialistes en réadaptation. Par ailleurs, l'expert psychiatre avait exclu le diagnostic de syndrome douloureux persistant, en l'absence d'une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse (absence de comorbidité psychiatrique), et non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble. À cet égard, l'expert psychiatre a relevé

une incohérence entre la description de l'intensité des douleurs alléguées et l'expression du faciès. Le maintien partiel des activités à la maison était en contradiction avec l'affirmation qu'elle était incapable de maintenir une activité professionnelle quelconque. Il n'y avait pas non plus un retrait social total. Enfin, l'expert psychiatre a considéré que la recourante n'avait pas mis en place toutes les chances de guérison, en refusant l'aide d'un psychothérapeute. Une telle attitude laissait aussi supposer l'absence de gravité de l'atteinte. Ainsi, l'épisode dépressif ne pouvait être qualifié d'incapacitant, selon la jurisprudence en la matière. Par ailleurs, les douleurs alléguées par la recourante étaient justifiées par des atteintes organiques somatiques selon les experts.

22. Dans sa réplique du 17 février 2020, la recourante a maintenu ses conclusions. L'absence d'un nouveau projet de décision constituait un vice grave qui ne pouvait être réparé dans la présente procédure et entraînait par conséquent l'annulation de la décision attaquée. Concernant l'évaluation de sa capacité de travail, elle a produit l'attestation du 9 janvier 2020 de la Dresse G_____ certifiant une incapacité de travail totale. Les experts n'avaient par ailleurs pas motivé pourquoi elle avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée ni quel travail elle pourrait encore exercer. Or, les nombreuses limitations fonctionnelles rendaient impossible l'exercice de toute activité. Il était aussi incompréhensible pourquoi les experts s'écartaient des avis des médecins traitants certifiant une incapacité de travail totale dans toute activité. Ils n'avaient pas non plus étayé pourquoi ils ne retenaient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. L'expert rhumatologue n'avait même pas abordé cette question. Dans ces conditions, les conclusions de l'expertise n'étaient pas probantes, si bien qu'il y aurait lieu de se fonder sur les évaluations de la Dresse G_____. La recourante a enfin sollicité l'audition de M. M_____ et de cette dernière médecin.

23. Dans son avis médical du 24 mars 2020, la doctoresse N_____ du SMR a constaté qu'il n'y avait pas de nouvel élément médical objectif permettant de modifier l'appréciation du cas. Si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été retenu, cela tenait au fait que les douleurs étaient corrélées à des atteintes somatiques précises.

24. Dans sa duplique du 26 mars 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions. En plus de ses précédents arguments, il a relevé que la position de l'expert était différente de celle du médecin traitant, dans la mesure où il n'était pas lié par un mandat de soins, mais un mandat d'expertise. L'expert devait prendre en considération tous les éléments du dossier médical et parfois objectiver l'appréciation subjective du médecin traitant. L'intimé a fait en outre sien l'avis du SMR précité. Quant aux activités adaptées, il a cité des activités de surveillance, de contrôle dans l'industrie légère notamment à l'établi et dans le conditionnement léger (par exemple remplissage de boîtes de médicaments, de chocolats, de crayons, de produits esthétiques etc.).

25. Par écritures du 15 mai 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions et a repris son argumentation antérieure.

26. À la demande de la chambre de céans, le service de réadaptation de l'intimé s'est prononcé sur les activités professionnelles adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante. Dans son avis du 27 avril 2021, il a conclu que "Au regard de l'ensemble des circonstances, une mesure d'orientation professionnelle, art. 15 LAI, semble nécessaire pour confirmer les activités possibles".

27. Dans ses écritures du 12 mai 2021, l'intimé a conclu au renvoi du dossier pour la mise en place d'une orientation professionnelle, afin de cibler des activités adaptées à une capacité résiduelle de travail de 100%. Pour le surplus, il a maintenu ses conclusions quant à la capacité de travail de la recourante.

28. Dans sa détermination du 8 juin 2021, la recourante s'est opposée au renvoi et a maintenu ses conclusions. Il ressortait clairement du dossier qu'elle était en totale incapacité de travail dans toute profession. Si l'intimé était dans l'impossibilité de décrire une profession compatible avec ses nombreuses limitations, il fallait en conclure qu'une telle profession n'existait pas.

29. À l'appui de ses dires, la recourante a produit le certificat médical de la Dresse G_____ attestant d'une incapacité de travail totale. Cette médecin a indiqué qu'en raison d'une aggravation des symptômes, sa patiente n'était plus du tout apte à travailler.

30. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. 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, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit à la rente de la recourante.

6. En premier lieu, la recourante se prévaut de la violation de son droit d'être entendu, du fait que l'intimé ne lui a pas notifié un nouveau projet de décision après l'annulation de sa décision du 2 septembre 2019 et la reprise de la procédure d'audition.

   a. En vertu de l'art. 57a LAI, l'office AI est tenu de communiquer à l'assuré un préavis au sujet de la décision finale qu'il entend prendre. L'assuré a le droit d'être entendu (al. 1). Les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours (al. 2).

   b. En l'espèce, l'intimé a envoyé le 25 juin 2019 un préavis au sens de l'art. 57a al. 1 LAI. Par la suite, il n'a pas modifié son projet de décision, mais a annulé uniquement sa décision du 2 septembre suivant. Le projet de décision étant resté identique, l'intimé n'avait pas à envoyer un nouveau projet, ayant déjà satisfait à l'obligation d'envoyer un préavis afin de respecter le droit d'être entendu. L'annulation de la décision du 2 septembre 2019 avait uniquement pour conséquence la reprise de la procédure d'audition et l'examen des observations de la recourante du 30 août 2019 avant de statuer par une décision formelle.

   Partant, ce grief est infondé.

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, mentale ou psychique 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 1er janvier 2008).

8. 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.

   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. 28a al. 1 LAI).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe

d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

9. 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.

10. a. 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).

    La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

    b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il est à préciser à cet égard que les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Notre Haute Cour a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique

à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche 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 le 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 trouble 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 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

c. L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

11. Selon la jurisprudence, en cas de troubles 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141

V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder 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).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

  B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

  C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

12. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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).

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.

b. 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).

c. 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).

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

13. 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).

14. 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 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. a. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une expertise sur les plans de médecine interne, rhumatologie, orthopédie et psychiatrie. Selon les experts, elle présente les diagnostics suivants, avec impact sur la capacité de travail : arthrose débutante des IPD des deux mains, tenosynovite du tendon fléchisseur du Vème doigt à gauche, lombalgies basses sur protrusion discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche avec arthrose interfacettaire postérieure L4-L5 et L5-S1 gauche, syndrome des loges antéro-externe et postérieur bilatéral des jambes, talalgies bilatérales avec une insertionite de l'aponévrose plantaire aux deux calcanéums. Dans les diagnostics sans impact sur la capacité de travail, est mentionné notamment un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Le syndrome des loges aux deux jambes entraîne une impossibilité à maintenir la station debout statique et des difficultés à monter et à descendre les escaliers. Il impose de marcher lentement et limite le périmètre de marche à 200 m environ. Les lombalgies basses limitent les efforts de soulèvement à partir du sol, les positions de porte à faux ou tronc fléchi en avant et le port de charges lourdes de plus de 5 kg. La ténosynovite du tendon fléchisseur du Vème doigt à gauche et l'arthrose débutante des IPD des deux mains contre-indiquent les mouvements répétitifs de la main et le port d'objets lourds à bout de bras. Par ailleurs, même si l'épisode dépressif moyen ne peut être reconnu comme invalidant, il implique une limitation fonctionnelle pour le maintien d'une attention et d'une concentration importante. La capacité de travail globale dans l'activité habituelle est de 25% depuis septembre 2017, soit à 50% avec une diminution de rendement de 50%.

L'incapacité de travail est liée uniquement à la problématique orthopédique et rhumatologique. La capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

b. Cette expertise remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été en effet établie en connaissance du dossier médical complet, prend en considération les plaintes de la recourante et repose sur des examens approfondis. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes.

16. La recourante conteste la valeur probante de cette expertise au motif que les experts n'indiquent pas pourquoi elle présente encore une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ni quelles activités elle pourrait encore exercer. Elle reproche aussi aux experts de s'être écartés des appréciations de la capacité de travail par son médecin traitant sans indiquer pour quelles raisons. Enfin, elle juge l'expertise lacunaire en ce que les experts n'ont pas retenu un syndrome douloureux chronique.

a. Il ne fait pas de doute que si une activité professionnelle respecte les limitations fonctionnelles, elle peut être exercée à 100% par la personne atteinte dans sa santé. Partant, la conclusion dans ce sens des experts n'est guère critiquable, étant rappelé qu'ils ont retenu des limitations pour la station débout statique, la marche rapide, la montée et la descente d'escaliers, les positions de porte à faux, le port de charges et les mouvements répétitifs de la main. Au niveau cognitif, il y a une limitation pour la concentration et l'attention.

b. Savoir si une activité adaptée existe constitue une autre question. Comme l'intimé l'a relevé à juste titre, il n'appartient pas aux médecins de répondre à cette question, mais aux spécialistes en réadaptation (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En ce que l'expertise ne répond pas à cette question, elle ne peut donc être considérée comme lacunaire.

c. Comme exposé ci-dessus, le fait qu'une expertise s'écarte de l'avis du médecin traitant ne peut justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, à moins que les médecins traitants fassent état d'éléments objectivement vérifiables et pertinents qui ont été ignorés dans le cadre de l'expertise. En l'espèce, les experts avaient connaissance de l'appréciation de la médecin traitante et c'est donc en toute connaissance de cause qu'ils s'en sont écartés. La recourante ne fait pas non plus état d'un élément médical nouveau qu'ils auraient ignoré.

Les experts admettent en outre que la recourante présente une incapacité de travail de 25% en tant que femme de ménage, ce qui correspond à son taux d'activité de 50% au moment de l'expertise avec un rendement de 50%. Il est vrai qu'on pourrait douter qu'elle puisse encore travailler à 25% dans ce métier au vu du témoignage de M. M_____. Quel employeur accepterait par ailleurs que sa femme de ménage prenne deux fois plus de temps pour le nettoyage ? Toutefois, dès lors qu'une

capacité de travail dans une activité adaptée a été admise, cette question peut rester ouverte.

d. S'agissant du diagnostic de trouble somatoforme persistant, il sied de relever que seule la Dresse G_____ en fait état, en mettant entre parenthèse « fibromyalgie ». Il est vrai que ce dernier diagnostic doit être posé par le rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3 p. 72), contrairement au syndrome douloureux chronique dont le diagnostic est dans la compétence du psychiatre.

In casu, l'expert rhumatologue a bel et bien examiné si la recourante souffrait d'une fibromyalgie et est arrivé à la conclusion que ce diagnostic devait être écarté. En effet, à la page 26 de l'expertise, il déclare expressément « Pas de signes de fibromyalgie aux membres supérieurs », puis plus loin « Pas de signes de fibromyalgie aux membres inférieurs ».

Aucun trouble somatoforme persistant n'a pour le surplus été constaté, dès lors qu'il n'y a pas d'incohérence, sur le plan orthopédique et rhumatologique, entre les plaintes de la recourante, l'examen clinique et les diagnostics. La seule incohérence constatée concerne l'intensité des plaintes. Toutefois, l'allégation de douleurs insupportables n'est pas crédible, dans la mesure où il n'est pas perçu de faciès exprimant une douleur morale ou une douleur physique. Étant donné que l'intensité des douleurs ne peut être mesurée, il y a lieu de l'apprécier en fonction des indicateurs jurisprudentiels susmentionnés, lorsque cette intensité ne peut être corrélée à un substrat organique subjectif. Or, l'incohérence constatée exclut en l'occurrence que la douleur alléguée puisse être considérée comme incapacitante.

e. Les griefs de la recourante sont dès lors infondés et ne sont pas propres à mettre en cause la valeur probante de l'expertise.

17. S'agissant d'une activité adaptée, l'intimé a cité des activités de surveillance, de contrôle dans l'industrie légère, notamment à l'établi et dans le conditionnement léger (par exemple remplissage de boîtes de médicaments, de chocolats, de crayons, de produits esthétiques etc.).

Cependant, en raison des limitations fonctionnelles relevées par les experts, il y a de sérieux doutes que ces activités soient adaptées. En ce qui concerne le conditionnement léger à la main, il paraît douteux qu'une telle activité existe encore dans l'économie du marché, dans la mesure où l'industrie est de plus en plus mécanisée. De surcroît, une telle activité n'est pas adaptée aux handicaps de la recourante, étant rappelé que, selon les experts, les mouvements répétitifs des mains sont proscrits.

Concernant le contrôle, un tel travail semble contre-indiqué compte tenu des problèmes de maintien de l'attention.

Au demeurant, le service de réadaptation n'est pas en mesure d'indiquer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, sans avoir pu l'observer.

Partant, il y a lieu de suivre les conclusions de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire sous forme d'une mesure d'orientation professionnelle.

18. Tant que cette orientation professionnelle n'a pas été exécutée, il n'y a pas lieu de porter une appréciation définitive sur la capacité de travail de la recourante.

    En effet, les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple). En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

    Dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

19. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision annulée. La cause sera par ailleurs renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

20. 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]).

    Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 15 octobre 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Le condamne au paiement d'un émolument de CHF 200.-.
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
Adriana MALANGA	Maya CRAMER

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