

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4274/2018

ATAS/42/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 janvier 2020**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1963, mariée, arrivée en Suisse le 9 mai 1992, naturalisée le 21 mai 2007, d'origine kosovare, mère de deux filles, nées le \_\_\_\_\_ 1988, respectivement le \_\_\_\_\_ 1990, sans formation professionnelle, a collaboré en qualité de personnel d'entretien auprès de la société B\_\_\_\_\_ (Suisse) SA (ci-après : l'employeur) à un taux partiel dès le 6 décembre 2004. Elle était à ce titre assurée contre le risque d'accident auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 2 février 2015, l'assurée, sur le chemin du travail, a glissé sur la glace et s'est réceptionnée sur le dos et sur la tête.
3. Le docteur C\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH et médecin traitant, a attesté d'une capacité de travail nulle dès le 6 février 2015, date de la première consultation, qu'il a prolongée à réitérées reprises.
4. La SUVA a pris en charge le cas.
5. Le 21 mai 2015, l'employeur a annoncé à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au titre de la détection précoce, une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 2 février 2015 en raison d'un accident.
6. Le 23 juin 2015, un entretien d'évaluation a eu lieu dans les locaux de l'OAI. Selon le procès-verbal y relatif, l'assurée, qui avait été victime d'un accident de travail, souffrait de douleurs au niveau du dos et de la nuque, y compris la nuit, et ressentait des fourmillements au niveau des jambes et des pieds. Elle était fatiguée et ne se sentait pas bien depuis longtemps. Elle était angoissée et paniquait. Elle s'était occupée de son mari pendant des années. Il souffrait d'une dépression et d'une maladie de la peau. Il bénéficiait d'une rente d'invalidité à 100 %.  
  
L'assurée travaillait comme agent d'entretien deux heures par jour du lundi au samedi et touchait un salaire net de CHF 850.- à 900.- par mois.
7. Le 30 juin 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.
8. Le 13 juillet 2015, B\_\_\_\_\_ (Suisse) SA a rempli le questionnaire pour l'employeur. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de quarante-trois heures hebdomadaires. Avant son atteinte à la santé, l'assurée travaillait deux heures par jour, douze heures par semaine depuis le 6 décembre 2004. Le salaire horaire de base était de CHF 18.60 auquel s'ajoutaient des indemnités de vacances (8,33 %) et un treizième salaire. L'employeur a joint des fiches de salaire, faisant état d'un salaire brut annuel de CHF 12'102.95 en 2013 et de CHF 11'471.60 en 2014.
9. L'extrait du compte individuel de l'assurée indique que celle-ci a déclaré un revenu de CHF 850.- en 2004 (pour son activité auprès de l'employeur); CHF 10'431.- en 2005 ; CHF 13'758.- en 2006 ; CHF 19'508.- en 2007 ; CHF 16'099.- (pour son

---

activité auprès de l'employeur) et CHF 3'900.- (pour son activité auprès de la société D\_\_\_\_\_ SA) en 2008 ; CHF 12'374.- (pour son activité auprès de l'employeur) et CHF 10'400.- (pour son activité auprès de D\_\_\_\_\_ SA) en 2009 ; CHF 12'186.- (pour son activité auprès de l'employeur) et CHF 10'400.- (pour son activité auprès de D\_\_\_\_\_ SA) en 2010 ; CHF 10'860.- (pour son activité auprès de l'employeur), CHF 12'133.- (pour son activité auprès de D\_\_\_\_\_ SA) et CHF 1'151.- (pour son activité auprès de la société E\_\_\_\_\_ SA) en 2011 ; CHF 10'740.- (pour son activité auprès de l'employeur), CHF 7'800.- (pour son activité auprès de D\_\_\_\_\_ SA), CHF 884.- et CHF 2'942.- (les employeurs ne sont pas spécifiés) en 2012 ; CHF 12'102.- (pour son activité auprès de l'employeur), CHF 9'270.- et CHF 948.- (les employeurs ne sont pas spécifiés) en 2013 ; CHF 10'893.- (pour son activité auprès de l'employeur), CHF 2'122.- et CHF 2'894.- (les employeurs ne sont pas spécifiés) en 2014.

10. Sur demande de l'OAI, la SUVA lui a communiqué le dossier de l'assurée, qui comprend notamment :

- un questionnaire du 5 mars 2015, dûment rempli par l'employeur, mentionnant que l'assurée avait travaillé le samedi 31 janvier 2015, et qu'après son accident survenu le 2 février 2015, elle avait collaboré jusqu'au 5 février suivant, avant d'être mise à l'arrêt dès le 6 février 2015 ;
- un rapport du 15 juin 2015 du Dr C\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de lombalgie et de cervicalgie post-traumatique. Suite aux séances de physiothérapie, l'évolution des douleurs avait été favorable. Les douleurs étaient encore présentes lors des mouvements de la tête et au niveau lombaire lors de la marche ou des mouvements du tronc. Le pronostic était favorable. Le traitement actuel consistait en la prise d'Irfen (600 mg) et de la physiothérapie. Un avis neurologique était en cours. Les consultations avaient lieu à raison de deux fois par mois. Une reprise de travail à 100 % était prévue le 1<sup>er</sup> septembre 2015 ;
- le rapport du 7 septembre 2015 du Dr C\_\_\_\_\_, indiquant que l'assurée avait eu une consultation neurologique le 29 juin 2015 et commencé une thérapie à base de Lyrica. Elle continuait également le traitement avec Irfen (600 mg) et des séances de physiothérapie. Après un effet positif sur les symptômes, qui n'avait pas duré longtemps, la patiente présentait actuellement une recrudescence des douleurs lombaires avec irradiation dans la jambe droite et une exacerbation de la cervicalgie avec une sensation de blocage en particulier au niveau de la nuque. Un nouveau bilan avait été réalisé par la neurologue le 18 août 2015 qui lui avait prescrit la poursuite du traitement actuel et l'augmentation de la posologie du Lyrica. L'assurée présentait des limitations des mouvements de la tête et du tronc qui l'empêchaient de travailler.

11. Dans un rapport adressé à l'OAI, reçu par ce dernier le 19 novembre 2015, la docteure F\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH et médecin traitant, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de lombo-sciatalgie droite et de

cervicalgie depuis le 2 février 2015 ; de douleurs aux deux jambes depuis 2002 ; de douleurs au coude droit et d'omalgie droite depuis 2008 ; et de trouble dépressif moyen depuis 2001. Sans effet sur la capacité de travail, la médecin a retenu une obésité (BMI 28) depuis 2007 ; une épisclérite nodulaire de l'œil droit depuis 2012 ainsi qu'une hypodermite nodulaire aux membres inférieurs d'origine infectieuse depuis 2004 et 2012. La praticienne suivait l'assurée depuis le 21 juin 2006. Le dernier contrôle remontait au 19 août 2015. La chute dont cette dernière avait été victime en février 2015 avait provoqué l'apparition de cervicalgie et lombosciatalgie droite et une aggravation de ses douleurs préexistantes. Elle présentait un état anxio-dépressif. Le pronostic était réservé. Le traitement actuel consistait en la prise de Lyrica, d'Irfen, de Dafalgan (en réserve), de Condrosulf, de Pravastatin, d'Omeprazole ainsi que de séances de physiothérapie et de psychothérapie. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle depuis le 6 février 2015 en raison des douleurs multiples (cervical, bras, coude droit, deux jambes et lombosciatalgie droite), du manque de concentration et des pertes de mémoire. L'assurée ne se sentait pas apte à travailler dans une autre activité professionnelle.

12. Par communication du 20 novembre 2015, l'OAI a relevé que, compte tenu des éléments en sa possession, des mesures d'intervention précoce ainsi que d'éventuelles mesures en réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
13. À la demande de l'OAI, la SUVA lui a transmis la copie du dossier postérieur au 15 septembre 2015, qui inclut entre autres :
  - le rapport du 7 juillet 2014 de la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, relatif à un examen électroneuromyographique des membres inférieurs dans le cadre d'une suspicion de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs se manifestant par des douleurs dans les jambes et une hypodysesthésie en chaussettes. Les troubles sensitifs survenaient dans un contexte de légères lombalgies en barre. L'assurée était gênée en particulier à partir des genoux, au niveau de la face externe du talon des deux côtés. Elle avait une sensation de pieds brûlants. Une IRM (imagerie à résonance magnétique) lombaire et des articulations sacro-iliaques réalisée le 2 juillet 2014 avait mis en évidence un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, une discopathie étagée L2-L3, L3-L4 et L4-L5, avec une protrusion discale foraminale gauche L3-L4 sans contrainte radiculaire et une protrusion discale L4-L5 médiane paramédiane droite possiblement en contact avec la racine L5 droite. L'examen électroneuromyographique ne permettait pas de confirmer la suspicion clinique de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs. Les techniques utilisées n'étudiaient toutefois pas les petites fibres de la sensibilité thermo-algique qui étaient peut-être davantage touchées chez l'assurée (sensation de pieds brûlants). Les douleurs qu'elle présentait étaient surtout de type talalgies prenant le bord externe du talon et pourraient évoquer des douleurs d'origine locale;

- une IRM cervico-lombaire du 21 août 2015, mettant en évidence une disco-uncarthrose C5-C6 avec un débord discal circonférentiel plus marqué en postéro-latéral droit avec possible contact radiculaire C6 ; une anomalie de transition avec une sacralisation de L5 ; et une hernie discale médiane et paramédiane droite L4-L5 avec contact radiculaire L5 droit et compression du fourreau dural ;
  - le rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2015 de la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, relevant des lombosciatalgies droite, dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 avec contact radiculaire L5 droit. Ces douleurs, apparues suite à une chute en février, étaient encore présentes. Le traitement par Lyrica semblait réduire un peu les douleurs de l'assurée. La marche était normale. La marche sur le point des pieds et talons était douloureuse. Les nerfs crâniens étaient sans particularité. L'examen des membres inférieurs mettait en évidence un Lasège négatif, une hypoesthésie en chaussette au chaud/froid, une douleur élective à la palpation du talon droit et les réflexes ostéotendineux étaient normaux, symétriques. Une polyneuropathie des membres inférieurs n'était pas exclue malgré la normalité de l'ENMG (électroneuromyogramme). L'assurée souffrait également de douleurs au niveau du genou gauche, dans le cadre d'une déchirure du ménisque interne et de chondropathie fémuro-tibiale ;
  - l'appréciation du 6 novembre 2015 du médecin d'arrondissement de la SUVA, qui, sur la base des pièces communiquées, a constaté que l'assurée présentait des anomalies sensitives antérieurement à l'événement traumatique. Une IRM en 2014 mettait en évidence des discopathies étagées de la région lombaire. Les bilans des radiographies du rachis cervical de 2008 ainsi que l'IRM cervico-lombaire du 21 août 2015 confirmaient l'existence d'anomalie de type disco-uncarthrose C5-C6 et des anomalies de la colonne lombaire ;
  - la décision du 26 novembre 2015, par laquelle la SUVA a clos le cas au 30 novembre 2015, s'appuyant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement selon laquelle les troubles qui subsistaient à ce jour n'étaient plus dus à l'accident, mais relevaient d'une maladie.
14. Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail nulle pour cause de maladie.
15. Le 6 avril 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a complété un questionnaire que lui avait préalablement adressé AXA WINTERTHUR, assurance-maladie collective d'indemnité journalière, dans lequel il a posé les diagnostics de cervicalgies, de lombalgies et de gonalgie gauche. Les douleurs au niveau cervical et lombaire, dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 avec contact radiculaire L5 droit, étaient apparues suite à une chute en février 2015 et étaient encore présentes. L'assurée souffrait de gonalgie gauche dans le cadre d'une déchirure du ménisque interne et de chondropathie fémuro-tibiale depuis 2014. Il ne s'agissait pas d'une rechute ni d'un accident. Le traitement appliqué était le repos, la prise d'antalgique (Irfen,

---

Lyrica) et de chondroprotecteur (Condrosulf), une infiltration d'acide hyaluronique au niveau du genou gauche le 8 décembre 2015 ainsi que la physiothérapie.

16. Dans un rapport du 14 avril 2016, relatif à une consultation du même jour, adressé au médecin répondant d'AXA WINTERTHUR, la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale avec limitations fonctionnelles et instabilité ; de déformation arthrosique et possiblement scoliotique de la colonne lombaire ; de périarthrite de l'épaule droite ; d'état dépressif chronique ; de troubles mnésiques, possiblement en partie d'origine médicamenteuse ; et de surcharge pondérale. L'assurée aurait glissé sur le dos pendant son travail le 1<sup>er</sup> décembre [2015] en raison de lâchage de ses genoux. Elle souffrait depuis des années de douleurs musculo-squelettiques multiples, vraisemblablement en relation à une importante arthrose touchant la plupart de ses articulations. Elle était traitée par des AINS (Ibuprofène) et Paracémotal, du Condrosulf, de la physiothérapie et du Lyrica. Elle prenait également de la Prévastatine. En raison des difficultés de mobilisation, son poids était en augmentation (prise de 4-5 kg cette année). Elle souffrait sur le plan psychique en raison des problèmes de santé de son époux qui serait alcoolique et violent. L'assurée était suivie par une psychologue et aurait refusé un traitement pharmacologique. Les limitations fonctionnelles de ses genoux et de son épaule droite semblaient difficilement compatibles avec une activité physique soutenue, comme dans le nettoyage. La patiente exprimait sa crainte de tomber à nouveau et son refus de reprendre son travail. Compte tenu du niveau de formation scolaire et de son âge, une réorientation professionnelle ne semblait pas réaliste. Un traitement antidépresseur pharmacologique avec effet antalgique serait indiqué, mais la capacité de travail de l'assurée n'en serait pas fondamentalement modifiée. Une double prothèse du genou pourrait peut-être améliorer la stabilité de la patiente. Toutefois, il était vraisemblable qu'un long arrêt de travail et les autres pathologies présentes empêchent une reprise du travail. Le pronostic était réservé.
17. Par avis du 25 mai 2016, le service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR) a rappelé que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 2 février 2015 et résumé les rapports des médecins traitants. La Dresse F\_\_\_\_\_ rapportait une chute en février 2015 causant lombalgies et cervicalgies d'une part et ayant aggravé les autres atteintes d'autre part, à savoir des douleurs au membre supérieur droit et aux deux jambes. Elle évoquait également un trouble dépressif moyen. Le status était succinct et ne permettait pas de justifier une incapacité de travail totale. Étaient mis en avant douleurs, manque de concentration et perte de mémoire. Après avoir indiqué le traitement suivi, le SMR a souligné qu'aucun traitement pharmacologique ne couvrait l'atteinte psychiatrique. Le 15 juin 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ prédisait une reprise du travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015 en raison de la réponse favorable aux traitements entrepris. La Dresse H\_\_\_\_\_ relevait une démarche normale et un Lasègue négatif ; une hypoesthésie en chaussette au chaud/froid était relatée des deux côtés. Cet état était décrit par la

---

Dresse G \_\_\_\_\_ dont l'examen ne permettait pas de confirmer ni d'infirmer une polyneuropathie des membres inférieurs. En octobre 2015, elle retenait le diagnostic de lombosciatalgies droites (hernie discale L4-L5, contact avec la racine L5 droite). La Dresse I \_\_\_\_\_ ajoutait les diagnostics de gonarthrose bilatérale, déformation scoliotique lombaire, périarthrite de l'épaule droite, état dépressif chronique, troubles ménisques. Le status n'était pas exhaustif. Le SMR a conclu que les informations recueillies ne lui permettaient pas de comprendre l'ampleur décrite des atteintes sur la capacité de travail. L'assurée ne bénéficiait pas du suivi psychiatrique ni d'un traitement approprié. Les rapports des médecins [traitants] étaient succincts et contradictoires, prenant en compte des éléments non médicaux dans l'appréciation de la capacité de travail. Par conséquent, le SMR sollicitait une expertise rhumatologique et psychiatrique externe.

18. Lors d'un entretien téléphonique le 7 avril 2017, AXA WINTERTHUR a fait savoir à l'OAI que l'assurée avait été licenciée avec effet au 28 février 2017.
19. Le Dr C \_\_\_\_\_ a attesté en dernier lieu, le 13 octobre 2017, d'une capacité de travail nulle jusqu'à fin octobre 2017 pour cause de maladie. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017, celle-ci était de 100 %.
20. Par communication du 22 janvier 2018, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité qu'elle soit soumise à un examen médical approfondi dans les disciplines de la médecine générale/interne, de la psychiatrie et de la rhumatologie.
21. Du 11 au 14 juin 2018, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) en vue de l'expertise pluridisciplinaire. À cette occasion, elle a été examinée, avec l'aide d'un interprète, par les docteurs J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie ; K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale ; et L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont rendu leur rapport le 22 juin 2018, qui est basé sur le dossier médical, y compris d'imagerie, l'anamnèse, les plaintes de l'assurée et les examens cliniques.

Sur le plan internistique, les experts ont retenu les diagnostics d'obésité de grade I (avec BMI à 31 kg/m<sup>2</sup>) ; de dyslipidémie (connue depuis une dizaine d'années, traitée) ; de probable tuberculose latente (retenue en 2015 sur la base d'un TB-Spot positif et un nodule pulmonaire calcifié chez une assurée originaire d'une zone endémique) ; de rechute en 2015 d'un tabagisme sévère à 30 UPA ; de douleurs des membres inférieurs (évoluant depuis une dizaine d'années sans étiologie claire en privilégiant l'hypothèse d'une polyneuropathie sensitive avec une atteinte des petites fibres) ; de status post-érythème noueux d'origine infectieuse en 2004, 2012 et 2015 ; de status post-épisléríte nodulaire de l'œil droit en 2012 avec plusieurs récurrences et scléríte nodulaire de l'œil gauche en 2015 ; de sclérose de la valve mitrale avec régurgitation discrète (discrète régurgitation tricuspéenne) et de status post deux césariennes.

Sur le plan rhumatologique, les experts ont posé les diagnostics de gonarthrose de stade II selon Kellgren (sur la base de l'anamnèse de gonalgies gauches depuis plusieurs années sur un genou en varum plus marqué à gauche, un empâtement global de ce dernier sans épanchement et une limitation fonctionnelle en flexion relativement modérée associée à des signes d'une chondropathie à prédominance fémoro-tibiale interne avec œdème en regard du condyle et du plateau tibial voisins, à une méniscopathie dégénérative et à une ébauche ostéophytaire en miroir à l'IRM) ; de lombalgie commune (sur la base des douleurs lombaires à l'anamnèse évoluant depuis dix ans avec des anomalies radiologiques en particulier à l'IRM d'allure triviale, à savoir quelques anomalies de signal dans les angles antéro-inférieurs des vertèbres de type dégénératif sans importante modification discale et sans conflit disco-radulaire ni d'élément pour une spondylarthrite) ; et de discopathie protrusive C5-C6 et C6-C7 (rétrécissant le canal cervical sans argument en faveur d'un syndrome radulaire ni tronculaire déficitaire à l'examen clinique).

Sur le plan psychiatrique, les experts ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.1 ; sur la base d'une humeur dépressive, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une augmentation de la fatigabilité, d'une diminution de l'estime de soi, d'une attitude pessimiste face à l'avenir, des idées suicidaires et une perturbation du sommeil jugulées par de la Quetiapine) ; ainsi qu'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0 ; l'assurée adoptait une attitude histrionique initialement due à un trouble algique et entretenue par son état psychique. Elle apparaissait insatisfaite du résultat du traitement et des investigations réalisées. Elle évoquait l'intérêt d'une compensation des efforts qu'elle avait pu prodiguer à son mari malade depuis une vingtaine d'années). Les experts n'ont pas retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant. Selon l'ICD10, la présentation histrionique d'une douleur de nature organique constituait le problème de diagnostic différentiel le plus fréquemment rencontré vis-à-vis de ce diagnostic.

L'assurée se disait nerveuse davantage depuis sa chute en 2015 et surtout dans un contexte de situation familiale conflictuelle et une carence affective. Le couple se parlait à peine et faisait chambre séparée depuis plusieurs années. Son époux lui restreignait son cercle familial le plus proche, il lui interdisait d'être en contact avec ses frères (l'un domicilié à Interlaken, l'autre au Kosovo). L'assurée n'avait jamais contacté un psychologue jusqu'à la chute de 2015. En 2012, en tant que conductrice, elle avait été victime d'un accident de la route, qui l'avait passablement affectée au point de ne plus vouloir reprendre le volant et d'être mal à l'aise les rares fois où elle accompagnait son mari en voiture. Elle préférait utiliser les transports publics. La chute, si banale qu'elle puisse paraître, avait déclenché une reviviscence de cet accident. Depuis, l'assurée était suivie par un psychiatre et un psychologue avec une notion d'un syndrome dépressif et un PTSD (syndrome de stress post-traumatique). Elle verbalisait de la colère ou de la haine envers son mari duquel elle s'était occupée pendant plusieurs années et qui avait du mal à

reconnaître ses problèmes de santé. Elle se disait incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle en raison de son état de santé physique et psychique.

En ce qui concernait en particulier le status neurologique, l'assurée était orientée aux trois modes, adéquate, non fatigable. Elle présentait une légère douleur à la palpation latéro-cervicale gauche sans trigger point, sans hypertonie, sans signe de Lhermitte ni de méningisme. Les paires intracrâniennes étaient testées succinctement sans particularité (sp ; champ visuel, réaction pupillaire aux trois modes, l'acuité visuelle et l'olfaction). La poursuite oculaire était harmonieuse sans nystagmus. La sensibilité et la motricité faciale étaient conservées de même que les dernières paires crâniennes étaient sp. Les réflexes ostéotendineux étaient plutôt vifs mais symétriques. Le relief et tonus musculaire étaient symétriques, sans hypomyotrophie. À la marche, une boiterie de décharge au membre inférieur gauche étaient notée, qui disparaissait à la marche sur les pointes et surtout à la marche un pied devant l'autre. Les épreuves de maintien étaient tenues, la coordination et la force segmentaire étaient normales. La marche les yeux fermés et le Romberg étaient stables. Les troubles de la sensibilité étaient mal systématisés et non reproductibles. L'assurée affirmait sentir le piquer-toucher plus au niveau de la face externe des deux jambes et davantage sur le dos du pied que sur la plante. Toutefois, au piquer et au toucher, il n'y avait pas de différence entre les cuisses et les jambes. La pallesthésie était à 6/8 des deux côtés.

Concernant l'atteinte à la santé physique et son évolution, les experts ont relevé que, d'un point de vue internistique, ils renaient tout au plus une obésité de grade 1 associée à une dyslipidémie traitée par un antilipémiant depuis une dizaine d'années. Cette obésité n'était à l'heure actuelle pas accompagnée de complications cardiovasculaires. Il n'y avait pas de notion de diabète, d'hypertension ni de syndrome d'apnée du sommeil. S'agissant du diagnostic d'érythème noueux d'origine infectieuse récidivant, il s'agissait d'un antécédent plus que d'une comorbidité étant donné l'absence de plaintes actuellement et d'anomalie sur le plan cutané à l'examen clinique. Il en allait de même pour les problèmes ophtalmiques qui restaient actuellement sans doléance. À cet égard, l'expert principal n'était pas en mesure de se prononcer dans un domaine de compétences qui n'était pas le sien, mais il ne semblait pas y avoir une répercussion fonctionnelle d'une éventuelle atteinte ophtalmique. Il n'existait pas non plus de symptômes actuellement allant en faveur d'une gastrite chronique figurant dans le dossier entre 2014 et 2015. L'assurée était occasionnellement au bénéfice d'un protecteur gastrique lors de la prise d'anti-inflammatoires. Il n'y avait pas d'autre plainte de la sphère digestive. Les douleurs des membres inférieures, quant à elles, étaient chroniques, mais stables en termes d'intensité, de caractéristiques et de localisation. La Dresse G\_\_\_\_\_ avait évoqué une suspicion d'une polyneuropathie sensitive avec une atteinte des petites fibres de la sensibilité tacto-algique au vu de la sensation des pieds brûlants et étant donné la normalité de l'examen

électrophysiologique. L'examen neurologique était globalement rassurant avec tout de même des troubles de la sensibilité mal systématisés et non reproductibles au niveau des pieds et de la face externe des deux jambes.

Les innombrables plaintes de l'assurée concernaient essentiellement l'appareil ostéoarticulaire. Elle avait bénéficié de soins médicaux et paramédicaux considérables depuis plusieurs années. Elle se plaignait depuis plus de dix ans de douleurs lombaires, cervicales, gonalgies bilatérales, de douleurs aux jambes, aux pieds, aux doigts et au coude droit. Malgré ses multiples sites douloureux, elle avait pu travailler comme agent de nettoyage entre 2004 et 2015. Le taux d'activité de 27 % était tributaire d'un choix personnel et non pas de problèmes de santé. La chute en 2015, aussi banale qu'elle soit, avait décompensé un équilibre probablement déjà fragile. En définitive, sur la base des constatations radio-cliniques objectives, il existait des troubles dégénératifs triviaux au niveau du rachis avec un ralentissement assez modeste. Il en allait de même au niveau du genou gauche qui présentait une gonarthrose plus prononcée au niveau du compartiment interne.

Concernant l'atteinte à la santé psychique et son évolution, les antécédents personnels ne faisaient pas apparaître de problème psychiatrique. Durant l'enfance, l'assurée n'avait pas souffert de notion d'épisode traumatique ni de carence. Sa trajectoire de vie personnelle avait commencé à être marquée par d'importants conflits de couple après son mariage et en particulier depuis l'invalidité reconnue par l'AI de son époux, soit depuis bientôt une vingtaine d'années. Il s'agissait donc d'un contexte de sévères difficultés existentielles dans lequel l'assurée avait développé des troubles psychiatriques que l'expert psychiatre considérait toutefois peu sévères.

Concernant l'axe succès ou résistance aux traitements et aux mesures de réadaptation, sur le plan internistique, l'expert n'avait pas de proposition particulière à visée thérapeutique à formuler. L'hypercholestérolémie était traitée et l'observance du traitement semblait optimale. Concernant les douleurs aux membres inférieurs sur probable polyneuropathie sensitive, le Lyrica avait sa place et l'assurée indiquait en tirer du bénéfice. D'un point de vue ostéoarticulaire, les douleurs en lien avec les troubles dégénératifs avaient connu l'échec de plusieurs approches thérapeutiques antalgiques. Rien ne semblait atténuer les plaintes. L'assurée était réticente par rapport aux solutions plus invasives. Elle avait refusé des infiltrations. La solution prothétique à sa gonarthrose gauche semblait lui avoir fait peur et elle avait cessé son suivi orthopédique. Sa quête de solutions thérapeutiques conservatrices et le moins invasives possibles entretenait un nomadisme médical avec in fine une faible satisfaction de la prise en charge. Les innombrables imageries au cours des dernières années démontraient les troubles dégénératifs modestes sans péjoration radiologique. Sur le plan psychiatrique, l'assurée semblait réagir favorablement au traitement antidépresseur et anxiolytique. Le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et

psychiatre traitant, avait prescrit de l'Efexor depuis 2018 et du Seroquel depuis fin 2017.

Concernant l'axe cohérence et plausibilité, sur la base du récit de l'assurée focalisé sur ses douleurs chroniques et de la documentation radiologique, le lien était admis entre ses douleurs et les troubles dégénératifs du rachis cervical, lombaire et du genou gauche. Toutefois, au fur et à mesure de l'approche clinique, elle décrédibilisait ses allégations avec une attitude douloureuse truffée d'incohérences. Le rapport de l'expert rhumatologique détaillait précisément les incohérences. L'interrogatoire des experts se heurtait à des réponses standardisées qui allaient dans le sens d'un handicap insurmontable même pour les activités les plus simples. L'assurée déclarait ne rien pouvoir faire à la maison et avoir délégué les tâches ménagères à son mari mais affirmait ensuite se révolter contre celui-ci en indiquant qu'il ne faisait rien à la maison. Finalement, elle avouait continuer à exécuter toutes les tâches ménagères mais à son rythme. Parfois, sa fille cadette l'aidait. Depuis qu'elle ne conduisait plus, elle envoyait son mari faire les courses en voiture sans forcément l'accompagner. Elle effectuait par contre de petites courses. Elle ne prenait que les transports publics depuis son accident de la route alors qu'elle était venue [à l'examen] en voiture accompagnée de sa fille cadette. Les difficultés de concentration et de mémoire verbalisées par l'expertisée n'avaient pas été objectivées par les experts.

Concernant l'appréciation des capacités et des ressources de l'assurée, le contexte familial était visiblement défavorable avec un manque de soutien de la part de l'époux. L'assurée avait également un réseau social extrêmement restreint. Elle semblait toutefois disposer de fonctions cognitives efficaces malgré une acculturation (recte : absence d'acculturation). Les troubles psychiques étaient jugés peu sévères et ne prétéritaient pas son aptitude à s'adapter à des règles et des routines, à planifier et à structurer les tâches même si celles-ci restaient simples. L'assurée n'avait pas de difficulté à se déplacer, à communiquer et à entretenir des relations interpersonnelles avec des tiers.

Sur le plan ostéoarticulaire, les troubles dégénératifs du rachis cervical, lombaire et du genou gauche entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : positions à genoux et accroupies fréquentes, exposition du corps aux vibrations, positions statiques prolongées ou des activités en porte-à-faux du rachis. Dans son activité habituelle d'employée de maison ou nettoyeuse, ces limitations justifiaient une baisse de rendement de l'ordre de 50 %. Dans une activité adaptée respectant ces limitations, le rendement pouvait être complet.

La psychopathologie ne justifiait pas de limitation fonctionnelle et n'interférait pas avec la capacité de travail. D'un point de vue internistique, aucune des pathologies retenues ne revêtait une valeur incapacitante en l'absence de limitation fonctionnelle. C'étaient les atteintes de l'appareil ostéo-articulaire qui impactaient la capacité de travail. Tout espoir concernant une quelconque implication professionnelle était illusoire. Les facteurs contextuels constituaient un obstacle

réhilitaire dans cette perspective : absence d'acculturation, absence de formation professionnelle, importantes difficultés existentielles, déconditionnement physique et psychique, investissement de durée limitée et à temps partiel dans le monde du travail, auto-appréciation d'un handicap constitué avec un processus d'invalidation complètement cimenté et des difficultés à se projeter dans une perspective professionnelle, présence de rentiers AI de longue durée dans son entourage familial proche [sa fille aînée bénéficiait également d'une rente AI]. Il n'existait pas de mesure médicale susceptible d'augmenter les aptitudes au travail.

Étaient annexés au rapport d'expertise :

- le rapport d'expertise rhumatologique du 12 juin 2018 qui relevait que, dans le cadre de l'entretien, toutes les réponses de l'assurée allaient dans le sens d'une inactivité, d'une tristesse, d'un repli sur soi, et de l'incapacité à exercer une quelconque activité. À la question de savoir si elle se sentait apte à exercer une activité rémunérée, elle avait répondu « non ». À la question de savoir pourquoi elle s'en sentait incapable, elle avait répondu « je suis malade ». À la question de savoir en quoi consistait sa maladie, elle avait répondu « beaucoup de choses » et précisé aussitôt : « je suis énervée, triste, mauvaises pensées, fatiguée avec ma vie ». À la question de savoir si, sans la dépression qui semblait constituer la raison principale de son inactivité, elle se sentirait capable de travailler, elle avait répondu aussitôt : « non ». Il était extrêmement difficile d'obtenir des renseignements précis sur les causes physiques qui l'empêchaient de réaliser une quelconque activité. L'assurée donnait pêle-mêle ses plaintes même lorsque l'expert la poussait à développer la gêne principale. Celle-ci concernerait les genoux. En réalité, la patiente parlait des pieds et si l'expert lui demandait de désigner avec la main la partie douloureuse, elle montrait l'ensemble de la jambe, la gêne prédominait à gauche et était soulagée par le Lyrica. En ce qui concernait le périmètre de marche, l'assurée indiquait que l'époux faisait les commissions, elle pas. Elle ne sortait pas tous les jours. Elle ne marcherait que durant cinq à dix minutes. Finalement, à force de questions, l'expert comprenait que le périmètre de marche atteindrait une heure et que l'assurée devait l'interrompre en raison de la fatigue. Le repassage serait impossible en raison de lombalgies, travailler d'une façon générale serait impossible en raison de cervico-brachialgies gauches, se déplacer serait impossible en raison du blocage de la racine du membre inférieur droit. L'assurée serait cloîtrée à journée faite. En 2015, son état de santé se serait détérioré, sans que l'expert comprenne vraiment en quoi. Elle aurait abandonné la conduite d'un véhicule en 2011 à la suite d'un accident de la route, sans précision. Son dernier séjour au Kosovo remontait à l'été 2017. Il était impossible d'obtenir des renseignements sur le moyen de locomotion qu'elle avait utilisé. L'assurée se retranchait derrière des troubles de la mémoire, disant qu'elle oubliait beaucoup de choses. Elle décredibilisait le tableau qu'elle dressait d'elle-même à force d'imprécisions ou

de réponses vagues et manifestement incomplètes. Pourtant, elle ne paraissait ni obnubilée, ni ralentie sur le plan cognitif.

En ce qui concernait l'observation relative au comportement et à l'apparence extérieure, l'assurée était capable de quitter son masque de tristesse butée pour sourire. Durant l'entretien, d'une demi-heure, elle ne donnait à aucun moment l'impression d'une souffrance physique. Elle maintenait la position assise sans difficulté. Dès qu'elle se dévêtait, son comportement devenait plus démonstratif et peu cohérent. Elle se baissait sans aucun problème de sa hauteur pour ôter ses chaussettes. En revanche, pour ôter son pantalon, qui représentait à priori un effort moins important, elle s'aidait de ses pieds, précisant qu'elle devait faire ainsi à domicile. Elle ôtait ensuite son tee-shirt en gémissant. Les incohérences au cours de l'examen étaient multiples. L'assurée réagissait à des stimuli non nociceptifs : la rotation lombaire gauche déclenchait une douleur de l'épaule droite. Différentes modalités des comportements douloureux étaient répertoriées : soupirs continuels, expiration forte, rictus, yeux plissés en raison de la douleur. La flexion du coude droit déclenchait une douleur dans le troisième doigt droit. La flexion du coude gauche déclenchait une douleur de la face latérale du bras gauche. Il existait une autolimitation manifeste à l'abduction de la gléno-humérale, fixée en actif à 90° des deux côtés. Il y avait une diminution de la force en rotation externe et interne contrariée des coudes au corps du côté gauche. La force de préhension n'était pas reproductible : elle était mesurée à 15 puis à 6 kg à droite (la force minimale pour une femme était de 16 kg). Du côté gauche, la force était dérisoire (3 kg au Jamar). Les tests reposant sur la réponse douloureuse ne pouvaient être interprétés avec pertinence en raison de cette douleur systématique aux mouvements actifs aussi bien que passifs. L'extension et la rotation de la nuque étaient interrompues par un mouvement impromptu et par une expression verbale. La simple palpation du trapèze ou la recherche d'un épanchement du genou étaient accompagnées d'expressions verbales.

En ce qui concernait le status ostéo-articulaire, l'aspect global du tronc était déconditionné avec un abdomen globuleux, une discrète bascule pelvienne gauche, sans trouble de la statique dans le plan frontal. Le déroulement lombaire était satisfaisant avec un Schober qui passait de 10 à 14 cm pour une distance doigts-sol de 25 cm. La distance menton-sternum était nulle en flexion, de 16 cm en extension. Les rotations cervicales étaient à 60° pour des latéroflexions à 20°. La marche sur les talons et la pointe des pieds était possible. L'accroupissement en charge bipodale se faisait jusqu'à 90°, l'assurée se plaignant d'une gonalgie bilatérale. S'agissant des membres supérieurs, la mobilité des épaules était symétrique en passif, avec une rotation externe coudes au corps de 60° et une abduction de la gléno-humérale lorsque la scapulo-thoracique était bloquée de 90°. La flexion-extension des coudes était à 140-0-0°. La distance pulpe-paume était nulle sur les doigts longs. La flexion-extension des poignets était à 90-0-80°

et un Heberden ébauché sur les 2<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> rayons. Les membres inférieurs étaient en tibia vara prédominant à gauche. La mobilité des hanches était symétrique avec une flexion-extension à 110-0-0° pour des rotations externe-interne à 30-0-20°. Le genou droit était tuméfié de façon globale, sans épanchement. La distance talon-fesse était de 7 cm à gauche contre 5 cm à droite. L'extension était complète. Les genoux étaient stables latéralement et sagittalement. La mobilité des tibio-taliennes et des sous-taliennes était symétrique. L'avant-pied était grec et l'assurée avait un hallux rigidus droit.

Sur le plan neurologique, l'examen ne présentait pas d'anormalité. Il n'y avait pas de syndrome radiculaire irritatif. Les réflexes tendineux étaient vifs et symétriquement obtenus à tous les niveaux.

Après analyse des documents d'imagerie, l'expert a indiqué, qu'abstraction faite du comportement parasite de l'assurée très marqué et de l'aspect déconditionné, il admettait une déformation en tibia vara des membres inférieurs plus marquée à gauche, un empatement global du genou gauche sans épanchement et une limitation fonctionnelle en flexion relativement modérée de cette articulation. L'IRM montrait des signes d'une chondropathie prédominant sur le compartiment fémoro-tibial interne avec œdèmes en regard du condyle et de plateau tibial voisins ; la chondropathie était un peu moins marquée sur le compartiment externe. En interne, il existait une ébauche ostéophytaire en miroir et une méniscopathie dégénérative.

Le tout plaidait pour une gonarthrose stade II selon Kellgren. Pour ce qui était de la région lombaire, l'expert retenait une lombalgie commune, et relevait que les anomalies mises en évidence par l'IRM étaient triviales (quelques anomalies de signal dans les angles antéro-inférieurs des vertèbres, de type dégénératif), sans importante modification discale, sans conflit disco-radicaire et sans élément pour une spondylarthrite. Au niveau cervical, il existait des discopathies protrusives C5-C6 et C6-C7 rétrécissant le canal cervical. L'examen neurologique actuel était toutefois rassurant excluant un syndrome radiculaire déficitaire. Objectivement, le retentissement de ces troubles dégénératifs sur la fonction, aussi bien du rachis que du genou gauche, devait être considéré comme relativement modeste. L'atteinte n'était en aucun cas susceptible de soutenir l'édifice des plaintes douloureuses ou le handicap allégué.

Sur la base des données objectives (gonarthrose, rachialgies), le rendement dans une activité d'employée de maison ou de nettoyeuse, exigeant la position accroupie, des déplacements fréquents, les positions en porte-à-faux du rachis, était réduit de 50 %. Dans une activité statique respectant ces limitations, par exemple à un établi, le rendement pouvait sans autre être complet.

- le rapport d'expertise psychiatrique du 14 juin 2018, mentionnant que l'assurée, qui n'avait longtemps pas bénéficié d'un suivi spécialisé en psychiatrie, était désormais suivie par le Dr M\_\_\_\_\_ depuis environ un an. Elle bénéficiait

également de consultations auprès d'une psychologue depuis trois ans. Elle n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Un état dépressif chronique était relevé en avril 2016 par la Dresse N\_\_\_\_\_. Spontanément, l'assuré évoquait qu'elle aimerait travailler mais qu'elle était limitée par des manifestations algiques. Elle verbalisait une incapacité à pouvoir travailler en raison de chutes mais aussi de désorientation et d'oublis fréquents. Elle se disait triste et n'envisageait aucune reconversion professionnelle. Depuis l'introduction d'un traitement antidépresseur et anxiolytique par Efexor et Seroquel, l'assurée parvenait à dormir et se sentait nettement plus au calme.

L'assurée se levait vers 8h00, prenait ses médicaments et son petit-déjeuner, visionnait la télévision, commençait à préparer le repas de midi, se reposait. La matinée, elle restait chez elle. Vers midi, elle prenait son repas soit avec son mari, soit seule. L'après-midi, elle visionnait la télévision, effectuait le rangement de sa chambre, préparait à nouveau le repas. Le soir, dès 21h00, elle était au lit. Elle sortait pour se promener, mais cette activité était limitée par les phénomènes algiques. Elle discutait volontiers avec une amie dans un parc voisin.

D'un point de vue cérébro-organique, l'expert n'a pas retrouvé de trouble de la concentration ou de phénomènes dysmnésiques particulièrement intenses. L'assurée se remémorait certains faits anciens mais aussi les premiers temps de l'entretien. La conscience n'était pas altérée et il n'existait pas de baisse de la vigilance, ni de trouble de l'orientation ni dans le temps, ni dans l'espace. Elle évoquait aisément être venue en voiture accompagnée de sa fille, avoir dormi à l'hôtel, avoir effectué les modalités en rapport et correctement s'orienter au sein de la clinique. D'un point de vue d'éventuelles manifestations psychotiques, il n'existait pas de trouble formel de la pensée ni de délire, ni de signe direct ou indirect de manifestations hallucinatoires cénesthésiques. Les fonctions du Moi apparaissaient indemnes de vécu de déréalisation, dépersonnalisation ou devinement de la pensée. Les fonctions affectives étaient décrites comme impactées. L'assurée verbalisait des idées tristes, une asthénie et une capacité à ressentir du plaisir limité. L'expert n'a cependant pas mis en évidence d'idées délirantes, de culpabilité, de ruine ou d'infléchissement majeur de la thymie au point de ne plus pouvoir penser. La capacité hédonique était effectivement restreinte, elle se limitait aux rapports avec ses enfants, à se réjouir de la grossesse de sa fille cadette et à pouvoir partager avec une amie dans un parc. La capacité à se projeter dans l'avenir était rétrécie du fait des difficultés existentielles et conjugales de l'assurée. Elle était néanmoins efficiente dans le fait de se réjouir pour ses enfants et la grossesse.

Dans la mesure où un trouble dépressif était retenu, un test de Hamilton avait été pratiqué. Le score obtenu était de 18. Dans un contexte de sévères difficultés existentielles, l'assurée présentait des troubles psychiatriques que l'expert considérait comme peu sévères. Il s'agissait d'un trouble d'intensité moyenne

(F32.1) et d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation ; F68.0). Le tableau clinique présentait quelques incohérences. L'assurée verbalisait des difficultés de concentration et de désorientation que l'expert n'avait pas pu constater objectivement lors de l'entretien de septante-cinq minutes. Elle conservait des ressources, telles que des fonctions cognitives efficaces. Elle n'était pas incurie. Elle s'adaptait à des règles et des routines, parvenait à planifier ou à structurer des tâches, à nouer des contacts avec des tiers ainsi que des relations familiales. Même si elle ne conduisait plus, elle conservait sa capacité à se déplacer. Il existait des difficultés liées à l'acculturation, l'absence de formation spécifique et au déconditionnement. Il n'existait cependant pas de psychopathologie incapacitante. Le présent cas était très éloigné des grands syndromes psycho-incapacitants. Le pronostic psychiatrique était théoriquement bon en dehors des aspects de déconditionnement.

D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail en tant que nettoyeuse demeurait entière. Il n'existait pas de limitation fonctionnelle. L'assurée ne connaissait pas de dépression d'intensité sévère avec incapacité à penser, vécu d'indignité ou de ruine. Ses limitations étaient nettement plus en rapport avec d'importantes difficultés existentielles qu'avec des phénomènes psychopathologiques spécifiques.

22. Par avis du 27 août 2018, le SMR, se référant au rapport d'expertise précité, a relevé que l'atteinte principale à la santé était des cervicalgies chroniques sur discopathie protrusive C5-C6 et C6-C7. Les pathologies associées du ressort de l'AI étaient des lombalgies chroniques communes et une gonarthrose de stade II. Les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient un épisode dépressif moyen, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, une obésité de grade I et une dyslipidémie. Le début de l'incapacité de travail remontait au 2 février 2015, date à compter de laquelle elle était de 50 %. Les diagnostics incapacitants étaient d'ordre ostéoarticulaires et entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de positions à genoux ou accroupie, ni échelles ou escaliers à répétition, pas d'exposition aux vibrations, alternance des positions, pas de position en porte-à-faux du rachis, port de charges limitées à 10 kg. L'assurée présentait des cervicalgies chroniques ainsi que des lombalgies chroniques, sans signe pour une irradiation radiculaire ni déficit sensitivomoteur. Les lombalgies étaient communes et les cervicalgies associées à un rétrécissement du canal cervical, toutefois sans répercussion neurologique. Il y avait un déconditionnement physique important.

Les atteintes psychiatriques n'étaient pas considérées comme incapacitantes. Le trouble dépressif était d'intensité moyenne. L'assurée avait bien répondu au traitement antidépresseur et anxiolytique. Il y avait une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. L'expert psychiatre ne retenait pas de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais une présentation histrionique de la

douleur par l'assurée. Sur le plan de la médecine interne, il n'existait pas d'atteinte incapacitante. L'assurée présentait une obésité et une dyslipidémie sans complications. L'antécédent d'érythème noueux aux membres inférieurs n'avait plus de répercussion clinique. Il n'y avait pas de signe d'appel pour une atteinte digestive. Les problèmes ophtalmologiques étaient sans doléances actuellement. Les douleurs des membres inférieurs accompagnées de fourmillements pourraient être mises en relation avec une polyneuropathie sensitive ; la situation était stable depuis 2014, l'examen neurologique globalement rassurant et dans les limites de la norme. L'assurée avait montré de l'incohérence dans ses plaintes diverses. Elle présentait de bonnes ressources personnelles même s'il y avait un réseau social restreint.

Le SMR a ainsi fait siennes les conclusions des experts de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de l'assurée. Ces dernières, d'ordre ostéoarticulaires, étaient en relation avec des troubles dégénératifs débutants.

23. Dans une note du 11 septembre 2018, l'OAI a relevé que, d'après le questionnaire de l'employeur, les horaires de travail correspondaient à un taux de 28 %. L'assurée n'était plus au bénéfice de prestations d'une assurance perte de gain depuis plus d'un an. Elle vivait de la rente AI de son époux. Il n'existait pas d'éléments au dossier permettant de s'écarter du statut qu'elle avait au moment de son incapacité de travail, soit un statut mixte à 28 % pour la part professionnelle.
24. Dans un projet de décision du 18 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le statut d'assurée retenu était celui d'une personne se consacrant à 28 % à son activité professionnelle et les 72 % restants à l'accomplissant de ses travaux habituels. Le SMR lui reconnaissait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle dès le 2 février 2015, date du début du délai d'attente d'un an, et de 100 % dans une activité adaptée à compter de cette date. L'assurée ne présentait pas d'empêchements dans la sphère des travaux habituels. Dans la mesure où sa capacité de travail dans son activité habituelle était supérieure à son taux de travail contractuel, il n'existait pas de perte économique au sens de la LAI à l'issue du délai de carence. Depuis janvier 2018, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel était 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. L'OAI a retenu un revenu annuel sans invalidité de CHF 41'450.- et un revenu annuel avec invalidité de CHF 54'517.-. Par une comparaison des gains, le taux d'invalidité était de 0% dans la sphère professionnelle. Le degré d'invalidité, qui tenait compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels, s'élevait au total à 0 %. Des mesures professionnelles ne se justifiaient pas.
25. Par pli du 17 octobre 2018, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle suivait un traitement pour ses douleurs tant physiques que psychiques. Ses enfants la soutenaient dans tous ses efforts quotidiens.

26. Par décision du 29 octobre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision. L'assurée n'avait fourni aucun élément nouveau sur le plan médical permettant de modifier l'appréciation du cas.
27. Par courrier du 27 novembre 2018, posté le lendemain, adressé à l'OAI, et transmis par celui-ci à la chambre de céans comme objet de sa compétence, l'assurée a formé « opposition » à cette décision. Elle ne comprenait pas pour quels motifs l'OAI n'avait pas contacté le Dr M\_\_\_\_\_ qui aurait pu lui confirmer que, compte tenu de son traitement, elle ne pouvait pas assumer ses tâches quotidiennes sans l'aide de ses enfants. L'OAI était donc invité à effectuer une enquête et à transmettre un questionnaire audit psychiatre afin qu'il puisse le renseigner sur ses troubles psychiques.
28. Dans sa réponse du 19 décembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante n'amenait aucun élément ou argument susceptible de modifier son appréciation. Elle se contentait de solliciter que l'autorité interroge le Dr M\_\_\_\_\_. Or, l'évaluation du cas reposait sur une expertise pluridisciplinaire, comportant les volets de rhumatologie, psychiatrie et médecine interne. Le rapport y relatif du 22 juin 2018 remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante.
29. Dans son écriture du 7 janvier 2019, la recourante a indiqué maintenir son recours contre la décision du 28 (recte : 29) octobre 2018. Elle a joint le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2018, attestant que celle-ci était suivie depuis le 9 janvier 2018 pour des raisons médicales (F 33.2 et F 60.3).
30. Une audience d'enquêtes et de comparution personnelle s'est tenue le 26 mars 2019, en présence d'une interprète assermentée en langue albanaise, au cours de laquelle le Dr M\_\_\_\_\_, entendu comme témoin, a déclaré que le cocon familial de la recourante n'était pas sécurisant et ne contenait pas d'affectif. Elle était souvent agressée et humiliée par son mari (agressivité verbale), avec lequel elle était en conflit. Il l'empêchait par exemple de voir son frère. Ses filles ne venaient pas à la maison parce qu'elles étaient également en conflit avec leur père. La recourante se plaignait d'avoir des cauchemars. Elle avait des idées noires mais pas d'idées suicidaires. Le Dr M\_\_\_\_\_ lui assurait une psychothérapie de soutien. Avant de le consulter, elle ne voyait que son médecin traitant, le Dr C\_\_\_\_\_.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère sans symptôme psychotique (F33.2) associé à un trouble de la personnalité impulsif, pas loin d'un trouble somatoforme douloureux. La recourante s'exprimait par le biais de douleurs, de vertiges ou de cauchemars, troubles alimentaires et tabagisme. Le médecin n'avait cependant pas investigué dans ce sens. Son état de santé n'avait pas évolué depuis janvier 2018. Elle ne pouvait pas assumer un travail de bonne qualité. Elle présentait un ralentissement psychomoteur, le travail simple devenait pour elle compliqué. Elle souffrait d'une perte d'estime et de confiance en soi. Elle était incapable de travailler à 100 %, dans la mesure où un travail risquait

d'augmenter sa frustration et le sentiment d'échec. Sa confiance en elle était anéantie depuis son arrivée en Suisse en 1991 et vu son âge, il serait très difficile, voire impossible, de sortir de cet engrenage. C'était allé de mal en pis au fur et à mesure que l'état de son mari s'était dégradé. Elle était traumatisée par celui-ci.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a confirmé que l'intimé ne l'avait pas contacté.

En ce qui concernait les diagnostics retenus par l'expert, le psychiatre traitant a indiqué qu'il pouvait imaginer que la recourante souffrait d'un épisode dépressif moyen lorsqu'elle avait été vue par l'expert. Il confirmait quant à lui qu'il s'agissait bien d'un état dépressif sévère. L'expert parlait du reste de diminution de l'estime, du plaisir etc. Le Dr M\_\_\_\_\_ évoquait une perte de l'estime, du plaisir etc. Il partageait les remarques de l'expert s'agissant du deuxième diagnostic. Il a ajouté qu'en cas de dépression comme en l'espèce, il y avait perturbation du schéma corporel, provoquant une somatisation. Il n'excluait pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Tout dépendait du moment de l'examen. Selon lui, il y avait même une certaine péjoration en termes de rechute.

Le Dr M\_\_\_\_\_ n'avait pas modifié le traitement médicamenteux qu'avait prescrit le Dr C\_\_\_\_\_ à la recourante quand bien même il qualifiait son état dépressif de sévère, car ce traitement médicamenteux avait des effets secondaires : il augmentait la fatigue. Il était préférable d'assurer par exemple un plus grand nombre de consultations et/ou de conclure avec le patient un contrat psychothérapeutique dans le cadre duquel il peut appeler quand il le souhaite pour ne pas passer à l'acte. Le psychiatre traitant a précisé que sa patiente ne pourrait vivre sans son traitement médicamenteux, et il ne voyait pas comment elle pourrait fonctionner dans le cadre d'une activité lucrative avec ce traitement. Elle n'avait pas de capacité d'adaptation (par exemple suivre des instructions).

La recourante, quant à elle, a affirmé qu'elle n'avait effectivement travaillé que douze heures par semaine depuis 2004 officiellement, mais il lui arrivait de travailler davantage pour des employeurs qui ne la déclaraient pas. Les enfants étaient petits et elle s'occupait de son mari. Elle aurait bien aimé travailler mais les médicaments lui donnaient le vertige. Financièrement, ils se débrouillaient, ils n'avaient pas le choix. Si son état de santé le lui permettait, elle ne serait pas restée chez elle, pour gagner un peu d'argent, pour son propre confort.

La représentante de l'intimé a déclaré maintenir sa décision.

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

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. a. 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]).

b. En l'espèce, quand bien même, dans son acte du 27 novembre 2018 – adressé par erreur à l'intimé, lequel l'a transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence –, la recourante a indiqué former « opposition » à la décision du 29 octobre 2018, elle a en réalité interjeté un recours contre cette dernière. De cet acte, rédigé par une justiciable non représentée par un avocat, on comprend qu'elle demande l'annulation de la décision attaquée, de sorte que son recours satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA).

Interjeté par ailleurs dans le délai de trente jours, le recours sera déclaré recevable, étant relevé que les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une autorité incompétente (art. 17 al. 5 LPA).

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

Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il y a lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27<sup>bis</sup> al. 2 à 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) dans sa teneur du 1<sup>er</sup> décembre 2017 est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

---

Le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2018 en fonction des modifications susmentionnées (cf. ATAS/435/2019 du 13 mai 2019 consid. 10).

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 29 octobre 2018 de nier à la recourante le droit à toute prestation, en particulier à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de son statut.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

8. 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.
9. 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

---

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

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- 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 révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

##### A. Axe « atteinte à la santé »

###### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

## 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

## 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

### B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

## II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

### A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

### B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

c. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) 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. Il 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).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés 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).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

---

consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. 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). 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).
12. 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).
13. a. En l'espèce, la décision attaquée retient, s'appuyant sur l'avis du SMR du 27 août 2018, lui-même basé sur l'expertise pluridisciplinaire de juin 2018, que la

capacité de travail de la recourante est de 50 % dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce depuis – selon l'intimé – le 2 février 2015.

b. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 juin 2018 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier (soit les rapports médicaux et le dossier radiologique, y compris ceux fournis par la recourante le jour de l'expertise), une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

b/aa. Sur le plan somatique, la recourante a été victime d'une chute le 2 février 2015, ayant causé l'apparition de cervicalgie et lombo-sciatalgie droite et une aggravation de ses douleurs préexistantes au membre supérieur droit et aux deux jambes (cf. avis du SMR du 25 mai 2016). Les experts retiennent, avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de gonarthrose de stade II, de lombalgie commune et de discopathie protrusive C5-C6 et C6-C7.

À l'examen neurologique, les experts ont constaté en particulier que la recourante présentait une légère douleur à la palpation latéro-cervicale gauche. Les réflexes ostéotendineux étaient vifs mais symétriques. Le relief et tonus musculaire étaient symétriques, sans hypomyotrophie. À la marche, une boiterie de décharge au membre inférieur gauche était relevée, qui disparaissait à la marche sur les pointes et à la marche un pied devant l'autre. Les épreuves de maintien étaient tenues, la coordination et la force segmentaires étaient normales. La marche les yeux fermés et le Romberg étaient stables. Le status ostéo-articulaire mettait en évidence un aspect global du tronc déconditionné. La marche sur les talons et la pointe des pieds était possible. L'accroupissement en charge bipodale se faisait jusqu'à 90°, la recourante se plaignant d'une gonalgie bilatérale. Cette dernière maintenait la position assise, sans difficulté. Elle présentait une déformation en tibia vara des membres inférieurs plus marquée à gauche, un empâtement global du genou gauche sans épanchement et une limitation fonctionnelle en flexion relativement modérée de cette articulation. L'examen au niveau cervical excluait un syndrome radiculaire ou tronculaire déficitaire. Enfin, les anomalies mises en évidence à l'IRM, en lien avec les douleurs lombaires, de type dégénératives, sans importante modification discale, sans conflit disco-radiculaire ni d'élément pour une spondylarthrite, étaient triviales.

Les experts ont conclu que les douleurs invoquées par la recourante au rachis et au genou étaient corroborées par les examens cliniques et le dossier radiologique. Ses atteintes étaient connues de longue date – elles étaient antérieures à l'événement accidentel du 2 février 2015 – et ne s'étaient pas aggravées (« sans péjoration radiologique »). Sur la base des constatations radio-cliniques, ils ont considéré que le retentissement de ses troubles (gonarthrose, rachialgies) sur la fonction était

relativement modeste. La recourante devait éviter les positions à genoux et accroupies fréquentes, l'exposition du corps aux vibrations, les positions statiques prolongées ou des activités en porte-à-faux du rachis. Dans son activité habituelle de nettoyeuse, ces limitations justifiaient une baisse de rendement de 50 %. Dans une activité adaptée respectant celles-ci, le rendement était complet.

Cette appréciation de la capacité de travail de la recourante, qui prend en considération ses limitations fonctionnelles, est convaincante, dans la mesure où le Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant, a en dernier lieu par certificat du 13 octobre 2017 attesté d'une capacité de travail nulle jusqu'à fin octobre 2017 et entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017, soit bien avant l'expertise effectuée en juin 2018.

b/bb. Sur le plan psychique, les experts ont reconnu l'existence de troubles psychiques, soit un épisode dépressif moyen (F32.1) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), en fonction des éléments cliniques qu'ils ont mis en évidence, mais en a nié le caractère incapacitant. Ils ont encore précisé qu'ils excluaient le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et expliqué pourquoi ils ne le retenaient pas.

Ainsi, s'agissant de l'expression des éléments pertinents pour les diagnostics, la recourante verbalisait des idées tristes, une asthénie et sa capacité hédonique était restreinte. Elle présentait une augmentation de la fatigabilité, une diminution de l'estime de soi, des idées suicidaires, et une attitude pessimiste face à l'avenir du fait de ses difficultés existentielles et conjugales. Il n'existait toutefois pas de trouble de la concentration ou de phénomènes dysmnésiques, ni de trouble de la pensée ni de délire, ni de signe de manifestations hallucinatoires cénesthésiques ni d'idées délirantes, de culpabilité, de ruine ou d'infléchissement majeur de la thymie au point de ne plus pouvoir penser. Le score obtenu au test de Hamilton était 18, ce qui correspondait à un trouble d'intensité moyenne.

En ce qui concerne le second diagnostic, selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10), le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est décrit comme une atteinte à la santé retenue lorsque « des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique sont amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même » et que le clinicien se trouve en présence d'« arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux) » (cf. ATAS/496/2019 du 4 juin 2019 consid. 6a). À cet égard, les experts ont relevé que la recourante adoptait une attitude histrionique. Nonobstant le fait qu'elle souffrait de douleurs, le tableau clinique présentait quelques incohérences. Elle alléguait des difficultés de concentration et de mémoire que l'expert psychiatre n'avait pas constatées durant l'entretien de septante-cinq minutes. Elle n'était pas ralentie sur le plan cognitif. À

l'examen ostéo-articulaire également, son comportement était peu cohérent. Elle réagissait par exemple à des stimuli non nociceptifs. Elle soupirait continuellement et expirait fortement. Elle était insatisfaite du résultat des traitements et investigations réalisés jusqu'alors mais refusait des solutions plus invasives, comme une prothèse du genou. Elle verbalisait de la colère envers son époux, invalide, duquel elle s'était occupée pendant plusieurs années et qui avait du mal à reconnaître ses problèmes de santé. Elle évoquait l'intérêt d'une compensation des efforts qu'elle avait prodigués à celui-ci. Ces éléments permettent de comprendre les motifs pour lesquels les experts ont conclu à ce diagnostic.

En ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant, que les experts n'ont pas retenu, on rappellera que ce diagnostic présuppose une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée 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 selon le clinicien (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_533/2016 consid. 4.2 et les références citées). Or, la recourante souffre d'un état douloureux en relation avec un substrat organique ; ses douleurs ostéo-articulaires, corroborées par les imageries, sont expliquées par un processus physiologique. En outre, les experts écartent le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en présence d'une attitude histrionique d'une douleur de nature organique.

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante consulte son psychiatre traitant et a réagi favorablement au traitement antidépresseur et anxiolytique prescrit par celui-ci. Depuis lors, elle parvenait à dormir et se sentait nettement plus au calme. La recourante n'est donc pas confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. En ce qui concerne ses douleurs ostéo-articulaires, elle était soulagée par le Lyrica, mais refusait des solutions plus invasives, à l'instar d'une prothèse du genou. Il existe donc encore des options thérapeutiques.

Quant à l'indicateur de la « comorbidité », si la recourante présente également des troubles somatiques (ostéo-articulaires) concomitantes, encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assurée de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, outre le fait que les douleurs ressenties sont majorées, elles autorisent quoi qu'il en soit la pratique d'une activité adaptée à plein temps (cf. consid. 13b/aa. ci-dessus ; arrêt précité, ibidem).

S'agissant du complexe de « la personnalité », les pièces médicales examinées par les experts, y compris l'attestation émanant de la psychologue du 30 mai 2018 transmise par la recourante le jour de l'expertise, ne font pas état d'un trouble de la personnalité. Les experts ont mentionné que les « fonctions du Moi » apparaissaient indemnes de vécu de déréalisation, dépersonnalisation ou devinement de la pensée. La recourante conservait des ressources, ses fonctions cognitives étaient intactes,

elle parvenait à planifier ou à structurer des tâches, se réjouissait de la grossesse de sa fille cadette et pouvait nouer des relations avec des tiers.

Pour ce qui est du « contexte social », quand bien même la recourante se plaint d'une carence affective de la part de son époux ainsi que de conflits de couple, elle continue à vivre avec celui-ci. Bien que son réseau social soit restreint, elle sort tout de même pour se promener et entretient de bonnes relations avec une amie et ses deux filles. Ses troubles psychiques et somatiques n'ont donc pas une incidence négative sur ses relations interpersonnelles.

En ce qui concerne la catégorie « cohérence », les atteintes à la santé ne limitent pas la recourante dans l'exécution de ses travaux habituels, puisqu'elle est autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. En effet, elle prépare ses repas (petit-déjeuner, à midi et le soir), sort pour se promener et effectue toutes les tâches ménagères à son rythme, y compris de petites courses. Elle n'est pas incurie non plus. Les experts ont en outre relevé une divergence entre les symptômes décrits sur le plan tant ostéo-articulaire que psychique et l'examen clinique. Ces éléments tendent à montrer que les limitations invoquées par la recourante ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie.

En définitive, ces indicateurs ne permettent pas de conclure à un degré de gravité fonctionnelle suffisant pour justifier d'un point de vue juridique le caractère invalidant des troubles psychiques retenus, en tout cas au moment de l'expertise.

c. En effet, la recourante a produit un rapport – sommaire – de son psychiatre traitant du 19 décembre 2018, attestant que celle-ci était suivie depuis le 9 janvier 2018 pour un trouble dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) associé à un trouble de la personnalité impulsif (F60.3), soit des diagnostics différents de ceux posés par les experts. Bien que ce rapport soit postérieur à la décision litigieuse du 29 octobre 2018, il n'y a pas lieu de l'écarter, dans la mesure où il est en lien avec l'objet du litige, puisque l'atteinte à la santé psychique, sur laquelle se sont prononcés les experts et le SMR, avait déjà été évoquée dans des rapports antérieurs à cette décision (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

Lors de son audition le 26 mars 2019, le Dr M\_\_\_\_\_ a relevé que s'il était d'accord avec le deuxième diagnostic retenu par les experts, soit une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, et qu'il n'excluait pas que sa patiente souffre d'un épisode dépressif moyen au moment de l'expertise, en revanche il confirmait qu'il y avait eu une rechute. Les experts avaient observé une diminution de l'estime et du plaisir alors qu'il constatait une perte de l'estime et du plaisir. Il a également fait état de vertiges et de cauchemars, ce dont la recourante ne s'était pas plainte lors de l'expertise. On ignore cependant depuis quand cette dernière présente une péjoration de son état de santé psychique, de même que l'évolution de celui-ci sur sa capacité de travail entre le 9 janvier 2018 et le 14 juin 2018, date de l'expertise psychiatrique, voire au-delà.

Il convient donc de renvoyer le dossier à l'intimé afin que l'expert psychiatre et le Dr M\_\_\_\_\_ discutent du cas et se déterminent de façon circonstanciée sur les diagnostics, les périodes pendant lesquelles le trouble dépressif est, le cas échéant, de degré sévère, ainsi que sur la capacité de travail de la recourante, en précisant depuis quand débute l'incapacité de travail éventuelle dans l'activité habituelle/adaptée.

d. L'OAI a retenu, se référant à l'expertise pluridisciplinaire, que c'est à compter du 2 février 2015 que la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Les experts n'ont toutefois pas précisé la date à partir de laquelle la recourante était apte à reprendre son travail habituel ou une activité adaptée. Leur rapport n'est pas pour autant dénué de toute force probante. Il est à ce stade uniquement lacunaire sur ce point.

Dans la mesure où la recourante a été victime d'un accident le 2 février 2015, ayant entraîné des rachialgies et une aggravation de ses douleurs préexistantes au membre supérieur droit et aux deux jambes, pour lesquelles le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'à fin octobre 2017, et considéré dans un rapport du 7 septembre 2015 que les limitations des mouvements de la tête et du tronc empêchaient encore la recourante de travailler, l'appréciation de l'OAI quant à la date à partir de laquelle la capacité de travail de celle-ci serait exigible, soit le 2 février 2015, dans l'activité habituelle et adaptée n'est pas convaincante. À défaut d'explications circonstanciées – les arrêts de travail successifs établis par le médecin traitant n'indiquent nullement les motifs pour lesquels la recourante ne peut pas travailler –, on ignore l'évolution de l'état de santé (somatique) de celle-ci sur sa capacité de travail, depuis à tout le moins le 2 février 2016, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, jusqu'à fin octobre 2017.

Il convient donc de renvoyer le dossier à l'intimé afin que les experts et le Dr C\_\_\_\_\_ discutent du cas et se prononcent à ce sujet.

14. Reste à examiner le statut de la recourante.
15. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative.

---

Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

16. a. En l'occurrence, l'intimé considère que la recourante a un statut mixte, composé d'une part professionnelle de 28 % et d'une part consacrée aux activités ménagères de 72 %.

Lors de l'audience de comparution personnelle du 26 mars 2019, la recourante a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité professionnelle pour « gagner un peu d'argent pour son propre confort ». Elle n'a toutefois pas précisé à quel taux. Elle a ajouté que depuis 2004, elle exerçait une activité lucrative douze heures par semaine officiellement, mais qu'il lui arrivait de travailler davantage pour des employeurs qui ne la déclaraient pas.

b. La chambre de céans considère que l'intimé a, à juste titre, retenu un statut mixte. En effet, entre 2004 et 2014, soit avant l'accident du 2 février 2015 ayant entraîné son incapacité de travail, la recourante, alors que ses enfants étaient en 2004 déjà autonomes, puisqu'âgées de 14 et 16 ans (cf. ATAS/529/2018 du 14 juin 2018 consid. 9), a travaillé à temps partiel uniquement. Lors de son expertise, la recourante avait indiqué que son emploi à temps partiel était tributaire d'un choix personnel. En outre, quand bien même elle vivait de la rente d'invalidité que touchait son époux, elle n'a ni allégué, ni même signalé, que sa situation économique ou financière la contraignait à augmenter ses revenus. À l'audience du 26 mars 2019, elle a affirmé que, financièrement, « ils se débrouillaient ».

Compte tenu de ces éléments, il n'est pas vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, qu'au moment du prononcé de la décision litigieuse le 29 octobre 2018, la recourante (alors âgée de 55 ans), même en bonne santé, aurait travaillé à temps complet.

---

c. Cela dit, il est vrai que la recourante a travaillé en qualité de nettoyeuse douze heures par semaine dès le 6 décembre 2004 au service de B\_\_\_\_\_ (Suisse) SA, soit à un taux de 28 %, compte tenu d'un horaire de travail normal dans cette entreprise de quarante-trois heures hebdomadaires (12 × 100 % / 43 ; cf. questionnaire pour l'employeur du 13 juillet 2015), durée de travail qui correspond à celle prévue par la Convention collective de travail du secteur du nettoyage pour la Suisse romande (art. 10). Toutefois, l'extrait de son compte individuel fait également état, entre 2008 et 2014, de revenus soumis à cotisations pour son activité auprès d'autres employeurs, notamment D\_\_\_\_\_ SA et E\_\_\_\_\_ SA. Lesdits revenus, bien qu'inférieurs à ceux réalisés auprès de B\_\_\_\_\_ (Suisse) SA, mais additionnés à ceux-ci, révèlent que la durée hebdomadaire de travail est en réalité supérieure à celle prise en compte par l'intimé. On en ignore cependant l'ampleur à défaut d'informations à ce sujet. Dans la mesure où, pour les motifs exposés ci-dessus, le dossier doit de toute manière être renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire, il convient que ce dernier s'enquiert également auprès des deux sociétés précitées de la durée de travail de la recourante avant son atteinte à la santé, puis fixe à nouveau les parts respectives d'activité professionnelle et de travaux ménagers.

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

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le

---

champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

18. 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.

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).

19. Selon l'art. 27<sup>bis</sup> RAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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). 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. 27<sup>bis</sup> 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'invalidité 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.

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).

20. En l'espèce, dans la sphère professionnelle, l'intimé devra fixer à nouveau le degré d'invalidité de la recourante après instruction complémentaire, nécessaire pour les motifs exposés ci-dessus.

S'agissant du taux d'empêchement de la recourante dans la sphère ménagère, l'intimé n'a pas mis sur pied une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, au motif que, s'appuyant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire, qui relevait que la recourante exécutait toutes les tâches ménagères à son rythme, cette dernière ne présentait pas d'empêchements dans la sphère des travaux habituels.

Si, au moment de cette expertise, cette appréciation pouvait être correcte, en revanche, on ne peut, en toute connaissance de cause, trancher la question de l'empêchement de la recourante dans la sphère ménagère pendant la période du 2 février 2016, soit à l'échéance du délai d'atteinte d'un an, à juin 2018, date de l'expertise, ainsi que le cas échéant postérieurement à l'expertise, le Dr M\_\_\_\_\_ ayant relevé sur le plan psychique une péjoration de l'état de santé de la recourante qui mérite une investigation complémentaire comme indiqué plus haut. Durant ces périodes, on ignore les répercussions de l'atteinte à la santé (somatique et psychique) de celle-ci sur sa capacité de travail et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels.

Force est ainsi de constater que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire. Il convient donc de lui renvoyer la cause afin qu'il mette en œuvre une enquête économique ménagère portant sur la période susmentionnée, même si cette enquête doit porter sur une période révolue (cf. dans ce sens : ATAS/877/2017 du 10 octobre 2017 consid. 10c). Dans ce cadre, l'enquêtrice pourrait, le cas échéant,

interroger les enfants de la recourante et l'intimé se renseigner auprès des médecins traitants.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision du 29 octobre 2018 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision.
22. Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 29 octobre 2018.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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