



POUVOIR JUDICIAIRE

A/875/2020

ATAS/1124/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 novembre 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à CAROUGE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Sara GIARDINA

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente ; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1965, mariée et mère de deux enfants adultes, a travaillé, dès 1997, en tant que nettoyeuse pour la société B_____AG (anciennement C_____SA).
2. Le 25 mai 2010, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une première demande de prestations d'invalidité, en lien avec une entorse du genou gauche.
3. Par décision entrée en force du 14 mars 2011, l'OAI a rejeté cette première demande, au motif que l'assurée avait été incapable de travailler dès le 16 novembre 2009, mais qu'elle avait durablement pu reprendre son activité habituelle à 100 % dès le 30 août 2010, de sorte qu'à défaut d'une incapacité de travail d'au moins une année, elle ne pouvait prétendre à l'octroi d'une rente.
4. Après s'être vue prescrire par le docteur D_____, médecin généraliste, des arrêts de travail à taux variables (100 % du 27 janvier au 15 mars 2015, puis 50 % dès le 16 mars 2015), l'assurée a déposé, le 3 juillet 2015, une nouvelle demande auprès de l'OAI, dans laquelle elle a invoqué une grande fatigue, une dépression et des douleurs corporelles, au niveau des articulations et des muscles.
5. L'assureur perte de gain maladie a mandaté le docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, en vue de réaliser une expertise somatique. Dans son rapport du 6 juillet 2015, l'expert a retenu le diagnostic de fibromyalgie (apparue en décembre 2014). Il a également mentionné une suspicion d'état dépressif, qu'il a suggéré de faire confirmer par un expert psychiatre. Il a relaté que l'assurée se plaignait de douleurs diffuses, évoluant depuis de nombreuses années et pour lesquelles elle n'avait bénéficié d'aucune prise en charge ni arrêt de travail jusqu'en décembre 2014, lorsque la situation s'était brutalement aggravée, sans facteur déclenchant. Depuis cette période, l'assurée décrivait des douleurs persistantes, touchant tous les endroits du corps, plus particulièrement les zones abarticulaires. Les douleurs entraînaient des troubles du sommeil, de fréquents réveils nocturnes, et s'accompagnaient d'une asthénie marquée le matin. Depuis cette aggravation des douleurs, en décembre 2014, l'assurée décrivait un état dépressif, des pleurs fréquents et une baisse de l'élan vital, pour lesquels elle avait consulté un psychiatre, le docteur F_____, ainsi qu'une psychologue. Elle déplorait également des difficultés croissantes pour effectuer ses activités quotidiennes et son activité professionnelle, dans le domaine du nettoyage des avions. Ses troubles dysthymiques semblaient avoir été reconnus comme étant l'expression d'un état dépressif. Après s'être vue prescrire, en janvier 2015, un arrêt de travail à 100 %, l'assurée avait repris son activité professionnelle à 50 % en mars 2015. Sa cheffe lui avait confié des tâches plus faciles à effectuer que le nettoyage des avions, à savoir l'entretien des locaux de l'aéroport. Selon l'expert, l'assurée souffrait de douleurs chroniques liées à sa fibromyalgie, ainsi que d'un état dépressif, qui semblait encore très présent, malgré le traitement en cours. La fibromyalgie ne

justifiait pas, à elle seule, la poursuite de l'incapacité de travail, mais si elle était accompagnée d'un état dépressif, le maintien d'un taux d'activité de 50 % (plutôt que 100 %) pouvait se justifier. Le Dr E_____ préconisait donc de maintenir ce taux de 50 %, en attendant qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée. D'un point de vue rhumatologique, un changement d'activité professionnelle ne lui paraissait pas nécessaire.

6. Suivant les recommandations du Dr E_____, l'assureur perte de gain maladie a diligenté une expertise psychiatrique auprès de la Clinique G_____. Le docteur H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, s'est entretenu avec l'assurée le 25 août 2015. Dans son rapport, il a estimé qu'aucun diagnostic objectivable n'était susceptible de limiter la capacité de travail sous l'angle psychiatrique ; il n'y avait pas non plus de trouble de la personnalité concomitant. Selon lui, les critères jurisprudentiels permettant de qualifier la fibromyalgie d'invalidante n'étaient pas remplis. En effet, l'expert ne retrouvait pas d'affections corporelles chroniques importantes, présentes depuis de nombreuses années, ou de comorbidités psychiatriques interférant avec la capacité de l'assurée à surmonter ses douleurs. Le médecin ne retenait aucun diagnostic psychiatrique et relevait qu'il y avait tout au plus une symptomatologie dépressive d'accompagnement de la douleur, que l'assurée devait pouvoir surmonter. Le Dr H_____ n'observait pas non plus de perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie : même si l'assurée se plaignait d'un rétrécissement de sa vie sociale, celui-ci n'était pas réellement constaté, car elle continuait à voir des amies et avait du plaisir dans ses échanges avec sa collègue de travail, son mari et ses enfants. Il n'y avait pas non plus d'état psychique cristallisé, puisque l'assurée était capable de travailler à temps partiel. Si l'intéressée ne souhaitait ni augmenter son taux d'activité, ni retourner nettoyer des avions, cela était plutôt lié à des bénéfices primaires et secondaires, alimentant ses plaintes. Enfin, le médecin ne constatait pas d'échec des traitements selon les règles de l'art, puisque le dépistage urinaire des opiacés était positif et que le taux sérique de l'antidépresseur – qui pouvait également avoir un effet antalgique – était dans les valeurs thérapeutiques. Il en déduisait que l'assurée voyait un bénéfice dans son traitement, sous la forme d'une diminution des douleurs. L'évolution actuelle était surtout celle de la fibromyalgie et l'expert jugeait improbable que les « critères jurisprudentiels » évoluent défavorablement, si l'assurée continuait son traitement et restait active pour ne pas se focaliser davantage sur ses douleurs. L'assurée manifestait surtout sa volonté de ne pas recommencer à nettoyer des avions, ce qui l'amènerait probablement dans une impasse, puisque d'une part, cela correspondait à l'activité qu'elle avait exercée antérieurement, et que d'autre part, l'activité qu'elle exerçait actuellement, soit le nettoyage de salons VIP, semblait n'être que temporaire (une autre entreprise devait être mandatée pour effectuer cette tâche). En définitive, l'expert ne retenait aucune limitation psychique et relevait que les douleurs liées à la fibromyalgie n'étaient pas incapacitantes, puisque les critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis. Au jour de

l'expertise, le 25 août 2015, l'expert concluait à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, exercée à temps partiel.

7. Dans un rapport adressé au Dr D_____ le 18 mai 2015, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a relaté que l'assurée se plaignait, depuis plusieurs mois, d'une fatigue matinale, d'une raideur, de cervico-scapulalgies et de douleurs aux coudes, aux poignets, aux mains et aux genoux. L'assurée souffrait clairement d'une fibromyalgie, laquelle paraissait améliorée par le traitement (Cypralex, Lyrica, Dafalgan et Irfen). Les douleurs inhérentes à la fibromyalgie étaient difficiles à contrôler et l'assurée estimait que le traitement de physiothérapie ne l'aidait pas. Le Dr I_____ proposait de poursuivre le même traitement, qui devait à terme permettre à l'assurée de reprendre le travail à 50 %.
8. Invités par l'OAI à compléter des rapports, les médecins de l'assurée se sont déterminés comme suit :
 - le 14 août 2015, le Dr D_____ a retenu les diagnostics de probable fibromyalgie et d'état dépressif moyen. Depuis la fin de l'année 2014, l'assurée souffrait d'une grande fatigue, d'un état dépressif et de myalgies diffuses, permanentes et handicapantes. Associée aux douleurs, cette fatigue limitait les efforts physiques. Il évaluait la capacité de travail à 50 %, taux auquel l'assurée travaillait depuis le mois de mars 2015. Le cas n'était pas stabilisé ;
 - le 10 octobre 2015, le Dr F_____ a également diagnostiqué une « probable » fibromyalgie et un trouble dépressif récurrent, de sévérité moyenne (F33.1). Depuis décembre 2014, l'assurée présentait un état dépressif handicapant, secondaire à une grande fatigue, ainsi que des douleurs. Les tâches ménagères étaient accomplies par son mari. Depuis le mois de mars 2015, la capacité de travail était évaluée à 50 % dans l'activité habituelle.
9. Dans une note datée du 28 octobre 2015, le gestionnaire de l'OAI a retenu un statut mixte, dès lors que l'assurée était engagée, depuis octobre 1997, à un taux de 85 % auprès de la société B_____AG.
10. Le 8 décembre 2015, l'assurée a été opérée au niveau du ménisque du genou droit par le docteur J_____, chirurgien-orthopédiste.
11. Interrogée par l'OAI, l'assurée a répondu le 2 février 2016, par l'intermédiaire de son avocat, que son état de santé s'était aggravé et qu'elle était en arrêt de travail à 100 %, suite à son opération du genou droit, en décembre 2015. Elle déplorait des douleurs constantes dans tout le corps, ainsi qu'une extrême fatigue, en raison de l'importante médication qu'elle devait prendre chaque jour.
12. Dans un bref rapport transmis à l'OAI le 30 mai 2016, le Dr J_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé depuis l'automne 2015 et préconisé la mise en œuvre d'un examen médical.
13. Dans un rapport daté du 8 novembre 2016 et adressé à l'OAI, le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, a retenu le diagnostic de trouble

dépressif, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. L'assurée avait présenté une symptomatologie anxio-dépressive fluctuante, depuis que son frère était décédé en 2005. En 2016, suite à la perte de son emploi et à des opérations pour des pathologies d'ordre ostéo-articulaire, elle avait développé un tableau dépressif sévère (thymie dépressive, troubles du sommeil, anxiété, sentiments d'irritabilité, perte d'estime de soi, idées noires). Sa capacité de travail était nulle dans l'activité de nettoyeuse, depuis le 17 juin 2016. La reprise d'une activité professionnelle était envisageable, mais dépendait de l'évolution clinique, notamment au plan somatique.

14. Dans un avis daté du 27 juin 2017, la doctoresse L_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a constaté que l'expert H_____ avait évalué la fibromyalgie sur la base des anciens critères jurisprudentiels, de sorte que ses conclusions ne pouvaient être suivies. Sur le plan orthopédique, on pouvait estimer que l'assurée pourrait travailler à plein temps dans une activité compatible avec son arthrose débutante des genoux, mais il restait à évaluer sa capacité de travail, selon la nouvelle jurisprudence, par rapport à son problème psychiatrique et à sa fibromyalgie. Le SMR préconisait de mettre en œuvre une expertise en rhumatologie et psychiatrie.
15. Par pli du 28 septembre 2018, l'avocate de l'assurée a invité l'OAI à mettre en œuvre rapidement l'expertise préconisée.
16. Dans un rapport daté du 18 janvier 2019, le Dr D_____, répondant à un questionnaire qui lui avait été transmis par l'avocate de l'assurée, a indiqué qu'il la suivait depuis avril 2005. Les diagnostics retenus étaient ceux de trouble dépressif grave, de fibromyalgie et de chirurgie méniscale du genou droit (en décembre 2015). L'assurée avait été en arrêt de travail à 100 % du 27 janvier au 15 mars 2015, à 50 % du 16 mars au 3 décembre 2015, puis de nouveau à 100 % dès le 4 décembre 2015. L'incapacité de travail prolongée était liée aux affections psychiques. Par ailleurs, il n'était pas d'accord avec l'expertise de la Clinique G_____ et avait adressé l'assurée chez un collègue psychiatre.
17. L'OAI a diligenté une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès de CEMEDEX (Centre médical expertises) à Fribourg, laquelle a été réalisée par les docteurs M_____, rhumatologue, et N_____, psychiatre. Dans leur rapport du 12 février 2019, les experts ont exposé que l'assurée, âgée de 53 ans, avait travaillé dans le nettoyage des avions pendant 15 ans, d'abord comme responsable de l'équipe de nettoyage, puis – suite à l'apparition d'une symptomatologie douloureuse – comme conductrice de navette à 50 %. En avril 2010, elle avait été opérée du genou droit, en raison d'un problème de ménisque externe, en août 2012, du pied droit (débridement, suture et plastie tendineuse d'une lésion du tendon du court péronier), puis en décembre 2013, du pied gauche (débridement, suture et plastie tendineuse d'une lésion du tendon court péronier). À la suite d'une entorse, elle avait été opérée du genou droit en décembre 2015 (traitement d'une déchirure méniscale externe) ; l'évolution s'est révélée favorable, l'IRM pratiquée en mars

2016 ne montrant qu'une discrète chondropathie. L'histoire actuelle avait débuté en 2015, lorsque l'assurée s'était plainte de douleurs ayant débuté dans le poignet gauche. S'étaient ensuite ajoutées aux douleurs du poignet une asthénie, un sommeil non réparateur, une diminution globale de la force et une diffusion des douleurs dans tout le corps. Une IRM du poignet s'était révélée normale et les prélèvements biologiques n'avaient pas montré de syndrome inflammatoire. La mobilisation des articulations n'était pas limitée mais douloureuse, avec 18 points douloureux sur 18, ce qui témoignait d'une fibromyalgie. Lors de l'examen clinique, l'expert avait été frappé par le caractère très démonstratif de l'assurée, par le fait qu'il n'y avait aucune irradiation neurologique objective, que la mobilisation des membres inférieurs et supérieurs – obtenue progressivement – était possible, mais également par le fait que l'assurée était absolument incapable de réaliser les gestes de la vie quotidienne et était obligée de marcher avec deux cannes lorsqu'elle était dehors. Il existait donc une inadéquation globale entre la vie quotidienne et les constatations cliniques. La symptomatologie algique de l'assurée, apparue en 2015, s'était associée à des plaintes psychiatriques (difficultés de concentration, humeur triste, asthénie, culpabilisation autour du décès du frère de l'assurée en 2006 [recte : 2005]). Par le passé, un épisode dépressif moyen était déjà survenu en 2006, suite au décès de son frère, lequel s'était résolu avec un simple anxiolytique.

Actuellement, le nouvel épisode dépressif, apparu en 2015 de façon concomitante aux douleurs, persistait. L'examen clinique mettait en évidence une humeur triste avec des pleurs, un ralentissement psychomoteur, un faciès figé et une gestuelle ralentie. L'interrogatoire faisait ressortir des idées de culpabilité, une baisse d'énergie et d'appétit, des troubles du sommeil, des idées suicidaires fluctuantes et, au premier plan, des douleurs. De manière consensuelle, les experts retenaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), de fibromyalgie (M79.7), de trouble de la personnalité dépendante (F60.7), et de chondropathie fémoro-tibiale / fémoro-patellaire des genoux. Il existait une interrelation entre les pathologies, car la personnalité dépendante favorisait les épisodes dépressifs et les antécédents d'épisodes dépressifs engendraient un risque de rechute ; ces rechutes se traduisaient par des douleurs chroniques, diagnostiquées comme une fibromyalgie, laquelle aggravait à son tour la dépression de façon directe et indirecte. La chondropathie fémoro-tibiale et fémoro-patellaire, qui limitait les flexions des genoux, était incompatible avec les positions agenouillées ou accroupies. S'agissant de la personnalité de l'assurée, elle était marquée par une passivité, une inhibition, un manque de confiance en soi et un besoin de présence de l'autre. Une dépendance physique et psychologique était retrouvée vis-à-vis de l'entourage, notamment du mari. S'agissant des ressources, elles étaient qualifiées de « faibles », car l'assurée, sans formation spécifique, avait des difficultés d'autocritique et une expression limitée en français, bien que sa compréhension était relativement bonne. L'adaptation sociale était restreinte au cercle familial et depuis l'apparition des douleurs, l'assurée avait des difficultés à

planifier et structurer ses tâches, respectivement à prendre des décisions et à réaliser des activités spontanées. En revanche, l'assurée n'avait pas, selon ses dires, de difficultés à s'adapter dans son travail. L'entourage n'était pas un facteur de surcharge, car les enfants étaient autonomes. S'agissant de la cohérence, il existait une incohérence entre les plaintes douloureuses décrites par l'assurée et celles perçues, tant lors du volet psychiatrique que lors du volet rhumatologique de l'expertise, avec une sensation d'exagération et de recherche de bénéfices secondaires (douleurs estimées à 10/10 sur une échelle visuelle analogique, démonstrativité et pleurs lors de la mobilisation de chaque articulation, malgré un examen rhumatologique rassurant, inadéquation entre les constatations cliniques et la vie quotidienne, etc). Sous l'angle rhumatologique, la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de nettoyeuse, laquelle ne permettait pas de respecter les limitations fonctionnelles liées à la chondropathie des deux genoux. En revanche, on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce à 100 % toute activité permettant d'éviter les positions agenouillées ou accroupie, dont celle de chauffeur de navette. Sous l'angle psychiatrique, la capacité de travail était de 50 % dans l'activité précédemment exercée ou dans toute autre activité respectant certaines limitations psychiques (travaux ne nécessitant pas une activité intellectuelle trop intense ou d'importants efforts de mémorisation). L'aspect limitant était la douleur chronique, associée à un isolement et à de faibles capacités d'introspection, respectivement d'adaptation. Les capacités adaptatives pour retrouver le monde du travail n'étaient pas pleines, mais elles restaient présentes. La psychothérapie entreprise depuis trois ans n'avait pas permis à l'assurée de changer ses stratégies adaptatives. En raison du caractère moyen des symptômes, le trouble dépressif récurrent n'avait pas, en lui-même, de répercussions sur la capacité de travail, mais il fallait tenir compte de l'interrelation entre la douleur chronique, la personnalité dépendante et les symptômes psychiatriques ; ces éléments limitaient la capacité de l'assurée à surmonter ses difficultés. Toutefois, afin de reprendre confiance en elle, l'assurée devait s'immerger progressivement dans des situations anxiogènes. Elle devait également s'éloigner du milieu familial, qu'elle percevait comme une aide, mais qui la maintenait paradoxalement dans une dépendance.

18. Se ralliant aux conclusions de l'expertise, le SMR a retenu, dans un rapport daté du 19 février 2019, que l'assurée présentait, en raison d'un trouble dépressif moyen et d'un syndrome douloureux chronique, une capacité de travail nulle, depuis le 27 janvier 2015, dans son activité habituelle, mais de 50 %, depuis le mois de mars 2015, dans toute activité adaptée à ses limitations.
19. Dans un bref rapport daté du 2 novembre 2018, mais reçu par l'OAI le 25 février 2019, le Dr K_____, répondant à un questionnaire transmis par l'avocate de l'assurée, a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2). Sa patiente, qu'il suivait depuis juin 2016, n'avait pas pu reprendre le travail, en raison de douleurs liées à des pathologies d'ordre rhumatologique et ostéo-articulaire. La symptomatologie

psychiatrique – secondaire – découlait directement de ces pathologies et avait pris une forme chronique, aggravant l'incapacité de travail. Le pronostic était réservé et dépendait de l'évolution du tableau somatique, respectivement des douleurs chroniques, qui empêchaient l'assurée d'accomplir ses tâches quotidiennes.

20. Dans un « rapport MOP » daté du 23 avril 2019, une collaboratrice en réinsertion de l'OAI a indiqué, à l'issue d'un entretien avec l'assurée, que cette dernière lui avait fait part de son sentiment d'inutilité et du fait que sa psychothérapeute envisageait une nouvelle hospitalisation. Durant l'entretien, l'assurée avait semblé « peu mobilisable ». Les experts avaient relevé de nombreuses limitations, également constatées durant l'entretien, notamment de très faibles ressources. L'assurée, qui présentait des limitations concernant la mémorisation, avait un faible niveau d'étude et de maîtrise de la langue française. Elle ne paraissait pas autonome dans son quotidien. Quant à l'activité de chauffeur de navette, elle paraissait incompatible avec le traitement médicamenteux. Ces éléments empêchaient d'envisager une formation susceptible d'augmenter le revenu d'invalidité. Au vu des faibles ressources mobilisables chez l'assurée et de l'avis du SMR, dont il ressortait une capacité de travail de 50 %, des mesures de réadaptation paraissaient impropres à réduire le dommage.
21. Le 24 juin 2019, l'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice a indiqué que, si elle était restée en bonne santé, l'assurée aurait poursuivi son activité professionnelle à l'aéroport, en tant qu'agent d'entretien à 85 %. Après avoir décrit les atteintes de l'assurée, ses empêchements dans les différents champs d'activité, ainsi que l'aide qui lui était apportée par ses proches, l'enquêtrice est parvenue à la conclusion que les empêchements ménagers s'élevaient à 0 %, compte tenu de l'aide (de 18.55 %) exigible de la part de l'époux et du fils de l'assurée. L'enquêtrice a précisé que durant l'entretien, l'assurée s'était montrée démonstrative en évoquant le fait qu'elle était active auparavant et qu'elle n'y arrivait désormais plus, en raison de ses douleurs et de sa fatigue. L'assurée ne pleurait pas, se déplaçait sans cannes dans son logement, se penchait pour ramasser un paquet de mouchoirs sur le sol. Elle se montrait calme et souriante lorsqu'elle racontait l'historique des divers tatouages qu'elle avait fait poser sur ses deux bras.
22. Le 17 juillet 2019, l'OAI a transmis à l'assurée un préavis de décision, au terme duquel il envisageait de lui accorder une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2016, fondée sur un degré d'invalidité de 54 % jusqu'au 31 décembre 2017, puis de 59 % dès le 1^{er} janvier 2018. La différence entre les deux taux s'expliquait par la modification du règlement sur l'assurance-invalidité entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, laquelle prescrivait que le revenu sans invalidité devait, dès cette date, être extrapolé en partant de l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps.
23. Par pli du 10 septembre 2019, l'assurée s'est opposée au préavis, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement d'un trois-quarts de rente. Selon elle, il était discriminatoire d'appliquer l'ancienne méthode mixte

d'évaluation de l'invalidité pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2018 ; la nouvelle méthode devait être appliquée dès le début de l'incapacité de travail. Par ailleurs, elle a critiqué la valeur probante de l'expertise rhumatologique et psychiatrique et fait valoir que les experts auraient dû conclure à une capacité de travail nulle dans toute activité. À titre subsidiaire, elle a requis qu'un abattement d'au moins 15 % (plutôt que 10 %) soit déduit du revenu d'invalidité et qu'en conséquence, un trois-quarts de rente lui soit accordé, dès le 1^{er} janvier 2016.

24. Répondant à un questionnaire de l'avocate de l'assurée relatif à l'expertise, le Dr D_____ a indiqué, dans un rapport daté du 10 septembre 2019, que, s'agissant de l'incohérence mentionnée par les experts, l'état psychique de la patiente abaissait considérablement le seuil de la douleur, d'où l'incohérence mentionnée dans le rapport d'expertise. À la question de savoir quel était son avis sur les capacités de travail retenues par les experts (soit 100 % au plan rhumatologique dans une activité permettant d'éviter les positions agenouillées et accroupies, respectivement 50 %, au plan psychiatrique dans une activité ne nécessitant ni activité intellectuelle trop intense, ni travail de mémorisation important), le Dr D_____ a répondu qu'elles lui paraissaient raisonnables. À la question de savoir si l'activité de chauffeur de navette était compatible avec l'état de santé de l'assurée et la médication qu'elle prenait, le médecin a répondu que la médication psychotrope pouvait poser problème pour la conduite de navette, de sorte que cette activité lui paraissait contraindiquée. Enfin, il a indiqué ne pas avoir de remarques à formuler au sujet du rapport d'expertise.
25. Répondant également à un questionnaire transmis par l'avocate de l'assurée, le Dr K_____ a indiqué, le 11 novembre 2019, qu'il partageait l'avis de l'expert-psychiatre sur les diagnostics principaux, mais pas sur leur intensité, dans la mesure où il retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. S'agissant du traitement par électrochocs recommandé par l'expert, il partageait l'avis que le traitement par ECT (électro-convulsivo-thérapie ou « électrochocs »), était indiqué, mais l'expert avait suggéré préalablement un changement d'antidépresseur, ce qui était également envisageable. S'agissant de la conclusion de l'expert selon laquelle l'assurée pourrait travailler à 50 % dans une activité ne nécessitant pas d'activité intellectuelle trop intense, ni de travaux de mémorisation importants, le psychiatre indiquait que n'étant pas expert, il lui était difficile de se prononcer dans le détail sur une incapacité de travail, mais qu'il lui semblait, d'après son évaluation clinique, que l'assurée avait une incapacité de travail supérieure à 50 %, même dans une activité intellectuellement peu intense et ne nécessitant pas de travaux de mémorisation importants. S'agissant de l'activité de chauffeuse de navette, elle lui paraissait incompatible avec l'état de santé et la médication de l'assurée. À la question de savoir si les troubles relevés par les experts (faible capacité d'adaptation, capacité limitée à surmonter les difficultés, problèmes de concentration, de planification et de flexibilité mentale) lui paraissaient compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative, le Dr K_____ a répondu qu'à son sens, ces

limitations étaient trop importantes et chroniques pour être compatibles avec une activité lucrative.

26. Invité à se déterminer sur les rapports des Drs D_____ et K_____, le docteur O_____, du SMR, a indiqué, dans un bref avis daté du 27 novembre 2019, qu'il n'en ressortait aucun élément médical nouveau. Le psychiatre traitant évaluait de façon différente l'intensité de l'épisode dépressif, sans apporter d'élément pertinent. De son côté, le médecin traitant procédait à une évaluation différente de la douleur, à savoir d'un symptôme subjectif. En conséquence, le SMR maintenait ses conclusions.
27. Par décision du 6 février 2020, l'OAI a accordé à l'assurée, dès le 1^{er} janvier 2016, une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 54 % (de janvier 2016 à décembre 2017), puis de 59 % (dès janvier 2018). Le statut de l'assurée était mixte, pondéré à 85 % pour l'activité professionnelle et à 15 % pour les travaux ménagers. Dans la sphère professionnelle, l'OAI reconnaissait à l'assurée une capacité de travail nulle dans son activité habituelle dès le 27 janvier 2015, mais de 50 %, dès le mois de mars 2015, dans une activité adaptée à son état de santé. Dans la sphère ménagère, il ressortait de l'enquête que l'assurée ne présentait pas d'empêchements pour accomplir ses travaux ménagers. La comparaison des revenus mettait en évidence une perte de gain de 63.59 % jusqu'au 31 décembre 2017, puis de 69.05 % dès le 1^{er} janvier 2018. Le degré d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelles et ménagères, s'élevait à 54 % jusqu'au 31 décembre 2017 ($[85 \% \times 63.59 \%] + [15 \% \times 0 \%] = 54 \%$), puis à 59 % dès le 1^{er} janvier 2018 ($[85 \% \times 69.05 \%] + [15 \% \times 0 \%] = 59 \%$). S'agissant d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, l'OAI estimait qu'elles n'étaient pas de nature à réduire notablement le dommage. Enfin, les éléments médicaux produits par l'assurée dans le cadre de ses objections au préavis ne permettaient pas de modifier l'appréciation du SMR et celle de l'office.
28. Par acte du 9 mars 2020, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre la décision précitée.

Elle a fait valoir qu'il était discriminatoire d'appliquer l'ancienne méthode mixte pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2018, soit antérieurement à l'entrée en vigueur des modifications légales et réglementaires adoptées suite à l'arrêt Di Trizio contre Suisse. Selon elle, il eut été loisible à l'administration de changer ses directives dès réception de cet arrêt, et rien ne justifiait de continuer à appliquer l'ancienne méthode de calcul en attendant l'entrée en vigueur du nouveau droit. L'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) aurait dû cesser immédiatement l'application de cette méthode discriminatoire. Elle en concluait que la nouvelle méthode mixte devait être appliquée dès le début de l'incapacité de travail, plutôt que dès le 1^{er} janvier 2018.

S'agissant ensuite de la valeur probante de l'expertise, la recourante estimait que les experts auraient dû lui reconnaître une capacité de travail nulle, dans toute

profession. Il existait une contradiction entre l'évaluation de la capacité de travail du point de vue rhumatologique et du point de vue psychiatrique ; la recourante jugeait ne pas pouvoir s'adapter à une nouvelle activité et relevait que celle de chauffeur de navette, incompatible avec ses limitations psychiques, exigeait une trop grande concentration. Elle peinait à comprendre comment elle pourrait se réinsérer dans une nouvelle profession, alors qu'elle avait une faible capacité d'adaptation, des troubles de la concentration, de la planification, et qu'elle était limitée dans sa capacité à surmonter ses difficultés, selon les experts. Par ailleurs, l'expert psychiatre avait estimé que son activité antérieure respectait ses limitations fonctionnelles ; toutefois, elle avait été licenciée de son poste de chauffeur de navette et retrouver une activité similaire était irréaliste. En outre, ses problèmes de concentration et la prise d'antidépresseurs étaient incompatibles avec la conduite. Exercer une nouvelle activité professionnelle était également incompatible avec sa faible capacité d'adaptation et les limitations retenues par l'expert psychiatre (travaux ne nécessitant ni activité intellectuelle trop intense, ni d'importants efforts de mémorisation), puisque cela impliquait l'apprentissage de tâches nouvelles. Par ailleurs, les experts ne se prononçaient pas clairement sur la capacité de travail globale : l'activité de chauffeur de navette avait été jugée exigible à 50 % d'un point de vue rhumatologique, mais l'on ne comprenait pas si l'expert psychiatre se ralliait à cette évaluation. Finalement, la recourante relevait qu'elle remplissait tous les critères détaillés dans la lettre circulaire relative aux atteintes psychosomatiques ; elle souffrait d'une fibromyalgie et d'un trouble dépressif récurrent, pour lesquels les traitements n'avaient pas eu d'effet, malgré sa bonne collaboration. Son cercle social se limitait à sa famille, ses ressources étaient limitées et la plupart des tâches ménagères étaient accomplies par ses proches. Ses activités quotidiennes, limitées par les douleurs, se résumaient à regarder la télévision et à surfer sur Internet. À midi, elle ne mangeait que des fruits et un yoghourt. C'était son époux qui l'aidait à se lever, à prendre sa douche et à s'habiller. Il convenait de lui reconnaître une totale incapacité de travail et de lui accorder une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2016.

Enfin, dans le cadre d'une argumentation subsidiaire, elle estimait que son degré d'invalidité aurait dû être calculé en tenant compte d'un abattement de 15 % plutôt que 10 %, dès lors qu'il lui serait difficile, vu son absence d'expérience professionnelle, de trouver un emploi ne requérant ni faculté d'adaptation, ni activité intellectuelle trop intense, ni positions agenouillées ou accroupies. Il paraissait difficilement envisageable qu'elle s'adapte à une nouvelle profession à 54 ans, après avoir travaillé toute sa carrière dans le nettoyage et compte tenu du fait qu'elle ne maîtrisait pas parfaitement le français. Même dans l'hypothèse d'un engagement, on pouvait s'attendre à un rendement amoindri et à un salaire plus bas que ses collègues. Moyennement un abattement de 15 %, son degré d'invalidité s'élevait à 60.15 %, ce qui lui ouvrait droit à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2016. À l'appui du recours, étaient notamment joints :

- un bilan d'imagerie par résonnance magnétique établi le 17 avril 2019 par le docteur P_____, radiologue, concluant à une déchirure interstitielle de la partie distale du sus-épineux ;
- un rapport établi le 26 mars 2020 par le Dr I_____, répondant à un questionnaire transmis par l'avocate du recourant. À la question de savoir quel était son avis par rapport aux capacités de travail retenues respectivement par les experts en rhumatologie et en psychiatrie, le médecin a répondu que, selon son dossier médical, la recourante pouvait travailler au maximum à 50 % dans une activité adaptée, du point de vue de ses limitations physiques. À la question de savoir si l'activité de chauffeur de navette était compatible avec l'état de santé et la médication, il a répondu par la négative, surtout en raison des traitements et des troubles de l'attention. Interrogé au sujet de la chute subie par la recourante en octobre 2019, il a répondu qu'il existait une forte corrélation entre l'examen clinique et « l'écho » de l'épaule droite (petite déchirure du tendon sus-épineux). De la physiothérapie était en cours et un avis orthopédique avait été sollicité. À la question de savoir si les douleurs de l'épaule étaient compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative, le Dr I_____ a répondu qu'actuellement, la recourante était très gênée avec les gestes du bras au-dessus de l'horizontale. Enfin, le médecin a répondu par la négative à la question de savoir s'il avait des remarques au sujet du rapport d'expertise.

29. Dans sa réponse du 30 mars 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant du nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes travaillant à temps partiel, les modifications réglementaires étaient entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018 et ne déployaient pas d'effet rétroactif. Sous l'angle de la procédure, la modification du RAI constituait un motif de révision, mais qui ne prenait effet qu'à partir du 1^{er} janvier 2018, conformément aux dispositions transitoires du règlement.

S'agissant de l'expertise du CEMEDEX, elle était probante et les conclusions des experts étaient motivées. La valeur probante des rapports des médecins traitants était moindre. Par ailleurs, il ressortait de l'expertise divers éléments qui plaidaient clairement en faveur d'une exagération ; les experts avaient notamment relevé que l'examen clinique s'était révélé extrêmement difficile, vu la résistance musculaire opposée par l'assurée, qui pleurait à chaque fois qu'une articulation était examinée. L'assurée se disait absolument incapable de réaliser les gestes de la vie quotidienne et être obligée de marcher avec deux cannes lorsqu'elle était dehors. Elle affirmait avoir besoin d'aide pour se tourner dans son lit, pour s'habiller et faire sa toilette. Sa vie quotidienne était sans rapport avec ce que l'on pouvait attendre au vu des constatations objectives, car l'examen clinique était très rassurant. Très démonstrative, l'assurée se penchait en avant en position assise et l'expert avait pu mobiliser toutes ses articulations. C'était partant à bon droit que les experts n'avaient retenu aucune incapacité de travail sous l'angle psychiatrique (recte : rhumatologique).

S'agissant enfin de l'abattement de 10 %, il était conforme au droit. Seuls les critères des années de service et du taux d'occupation étaient réalisés, et aucun autre élément ne justifiait une réduction supérieure, de sorte que l'office n'avait pas abusé de son pouvoir d'appréciation.

30. La recourante a répliqué le 14 mai 2020. L'administration aurait dû modifier sa pratique dès que celle-ci avait été jugée discriminatoire par la Cour européenne des droits de l'homme, sans attendre l'entrée en vigueur de la modification du règlement sur l'assurance-invalidité. S'agissant de la prétendue exagération des symptômes, l'intimé se contentait de citer des passages de l'expertise, sans expliquer en quoi cela démontrerait qu'elle exagérait ses symptômes. L'accusation de simulation pouvait contribuer à aggraver sa santé, déjà fragile, et n'était pas corroborée par les constatations des experts, lesquels avaient noté, entre autres, que chaque mouvement était douloureux et qu'elle avait pleuré plusieurs fois en raison des douleurs ressenties. Si chaque geste provoquait d'intenses douleurs, il était logique qu'elle limite ses activités au strict nécessaire ; ce constat était cohérent avec le fait qu'elle ne parvenait pas à effectuer les gestes de la vie quotidienne. En outre, si les experts étaient insensibles à sa douleur, cela pouvait être retenu en sa défaveur. Elle ne discernait pas quelles étaient les constatations objectives auxquelles faisaient référence les experts et ce qu'ils auraient pu constater de plus pour expliquer les douleurs, puisqu'un trouble somatoforme était non objectivable. Finalement, son environnement psycho-social était loin d'être intact, car elle ne maintenait des contacts qu'avec sa famille proche et ses médecins. Elle ne fréquentait pas d'amis, ne sortait que sous l'impulsion de son mari et n'avait aucun loisir en dehors de chez elle.

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).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai - échéant un dimanche - au premier jour ouvrable suivant, soit le 9 mars 2020, le recours est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement

attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2).

En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité plutôt qu'à une demi-rente, dès le 1^{er} janvier 2016, singulièrement sur l'évaluation de son taux d'invalidité.

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
7. 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou

le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Par ailleurs, dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1).

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

Les indicateurs standards 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.

c. Dans sa jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable et ce, même si les caractéristiques d'un TSD - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. À lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 consid. 5a), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération. (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1-2.2.2).

d. 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

récioproques 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).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. En l'espèce, l'intimé, dans la décision attaquée, a accordé à la recourante une demi-rente d'invalidité, dès le 1^{er} janvier 2016. Constatant qu'avant son atteinte, la recourante travaillait à temps partiel (85 %), l'intimé a retenu un statut mixte, pondéré à 85 % pour l'activité professionnelle et à 15 % pour les travaux ménagers, ce que l'intéressée ne conteste pas. Dans la sphère ménagère, l'intimé, se fondant sur l'enquête du 19 juin 2019, a retenu des empêchements nuls (0 %), ce que la recourante ne critique pas davantage. Dans la sphère professionnelle, l'intimé a retenu, sur la base de l'expertise réalisée par les Drs M_____ et N_____, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 27 janvier 2015, mais de 50 %, dès le mois de mars 2015, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

La recourante conteste la valeur probante de cette expertise et soutient que les experts auraient dû lui reconnaître une totale incapacité de travail dans toute profession, de sorte qu'une rente entière d'invalidité aurait dû lui être accordée. Elle allègue que les experts ont évalué sa capacité de travail de manière contradictoire sous l'angle rhumatologique et sous l'angle psychiatrique. Par ailleurs, elle considère ne pas pouvoir se réinsérer dans une nouvelle profession, vu sa faible capacité d'adaptation et les limitations retenues par l'expert-psychiatre. Elle s'estime également incapable de travailler comme conductrice de navette, compte tenu de ses problèmes de concentration et des antidépresseurs qu'elle prend. Elle souligne qu'elle remplit tous les critères énoncés dans la lettre circulaire relative aux atteintes psychosomatiques, puisqu'elle souffre d'une fibromyalgie et d'un trouble dépressif récurrent, pour lesquels les traitements se sont révélés inefficaces, que son cercle social est limité à sa famille, que ses ressources sont restreintes, que ses proches accomplissent la plupart des tâches ménagères, et que ses activités

quotidiennes se résument à regarder la télévision ainsi qu'à surfer sur Internet. À l'appui de son argumentation, la recourante se prévaut de rapports établis par ses médecins.

11. a. La chambre de céans constate que l'expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée par les Drs M_____ et N_____ repose sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques ainsi qu'une discussion détaillée, dont on précisera qu'elle suit à juste titre la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux, laquelle s'applique également aux cas de fibromyalgie (ATF 141 V 281 consid. 4.3-4.4 ; ATF 132 V 65 consid. 4.1). En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

Il ressort de cette expertise que, conformément à la jurisprudence, les médecins du CEMEDEX ont dûment apprécié les diagnostics, la cohérence des limitations décrites par la recourante, l'adéquation du traitement suivi, ainsi que ses ressources personnelles et son contexte social. Selon les experts, la recourante souffre d'une fibromyalgie (M79.7), d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), d'un trouble de la personnalité dépendante (F60.7) et d'une chondropathie au niveau des genoux. Les experts ont justifié leurs diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 4.3.1.1), tout en expliquant pourquoi ils s'écartaient de l'expertise du Dr H_____, arguant qu'une pathologie psychiatrique leur paraissait avérée et que le rétrécissement du champ social décrit par l'assurée leur paraissait plausible, au vu de la symptomatologie. S'agissant du traitement (consid. 4.3.1.2), les experts ont exposé en substance que la symptomatologie douloureuse et dépressive n'avait pas évolué, malgré un suivi psychothérapeutique régulier et un traitement médicamenteux ; ils ont suggéré la poursuite de la psychothérapie et un changement de classe d'antidépresseurs, voire un traitement par électrochocs en cas d'échec. S'agissant des comorbidités, les experts ont analysé globalement, comme le prescrit la jurisprudence (consid. 4.3.1.3), l'influence de la fibromyalgie et des pathologies concomitantes, en soulignant que les pathologies de l'assurée étaient liées entre elles (la personnalité dépendante favorisait les épisodes dépressifs, lesquels se traduisaient par des douleurs chroniques et une fibromyalgie, aggravant à leur tour la dépression). Ainsi, même si le trouble dépressif récurrent n'avait pas, à lui seul, d'effet sur la capacité de travail en raison du caractère moyen des symptômes, il fallait tout de même tenir compte de l'interrelation entre la douleur chronique, la personnalité dépendante et les symptômes psychiatriques, lesquels limitaient la capacité de l'assurée à surmonter ses difficultés. S'agissant du contexte social (consid. 4.3.3), les experts, après avoir rappelé que la recourante vivait avec son mari et son fils adulte, qu'elle avait des contacts journaliers avec sa belle-mère et qu'elle faisait régulièrement de la physiothérapie, ont relevé que l'entourage familial jouait un rôle paradoxal, dans la mesure où il maintenait la recourante dans

une situation de dépendance. Sous l'angle de la cohérence (consid. 4.4), les experts ont mis en évidence une discordance au sujet des plaintes douloureuses, dans le sens d'une recherche de bénéfices secondaires et d'une exagération des douleurs (douleurs estimées à 10/10 sur une échelle visuelle analogique, démonstrativité et pleurs lors de la mobilisation de chaque articulation, malgré un examen rhumatologique rassurant, inadéquation entre les constatations cliniques et la vie quotidienne, etc). S'agissant des ressources (consid. 4.3.2), les experts les ont certes qualifiées de « faibles » au vu du manque de formation de l'assurée et du fait que cette dernière se limitait, d'un point de vue social, à son cercle familial. Ils ont néanmoins relevé que la recourante disposait encore de « capacités adaptatives » partielles pour réintégrer le monde du travail. Ils ont préconisé que l'intéressée, en vue de reprendre confiance, s'immerge progressivement dans des situations anxiogènes, voire s'éloigne de son milieu familial. Ils ont conclu à une capacité de travail de 50 % dans toute profession respectant certaines limitations fonctionnelles (travaux ne nécessitant ni une activité intellectuelle trop intense, ni des efforts de mémorisation importants, ni des positions agenouillées / accroupies).

b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme l'est celle des Drs M_____ et N_____, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (cf. supra consid. 8).

En l'occurrence, les avis des médecins de la recourante rejoignent, pour l'essentiel, celui des experts. En effet, le Dr D_____ a jugé « raisonnables » les conclusions des experts sur la capacité de travail et a indiqué ne pas avoir de remarques particulières à formuler au sujet du rapport d'expertise ; la seule réserve qu'il a faite concerne l'activité de chauffeur de navette, eu égard à la médication prise par la recourante. De son côté, le Dr I_____ n'a pas non plus formulé de remarques au sujet de l'expertise, estimant qu'au vu de ses limitations physiques, l'intéressée pourrait travailler au maximum à mi-temps dans une profession adaptée, autre que celle de chauffeur de navette. Les conclusions du Dr I_____ ne divergent pas fondamentalement de celles des experts, en tout cas en ce qui concerne l'exercice d'une activité adaptée, pour laquelle les experts ont également conclu à une capacité de travail de 50 % (quand bien même ils ont considéré que l'incapacité de travail était d'origine psychique plutôt que somatique). Quant au Dr F_____, il a lui aussi conclu à une capacité de résiduelle de travail de 50 %. En réalité, seul le psychiatre actuel de la recourante, le Dr K_____, s'est écarté dans une mesure un peu plus importante de l'expertise, en retenant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et en indiquant qu'il lui « sembl[ait] que la patiente [avait] une incapacité de travail supérieure à 50 % [...] ». On relèvera toutefois que ce psychiatre s'est exprimé en termes très mesurés et en précisant que « [n]'étant

pas expert, il [lui était] difficile de se prononcer sur une incapacité de travail [...] ». Quoi qu'il en soit, ce médecin s'est livré à une simple appréciation divergente de l'intensité du trouble dépressif et de la capacité de travail, sans faire état d'éléments objectifs qui pourraient avoir été ignorés, de sorte que son point de vue ne saurait prévaloir sur celui des experts. Les autres médecins consultés par la recourante n'ont pas non plus mis en évidence d'élément déterminant que les experts pourraient avoir omis.

L'argumentation exposée par la recourante ne permet pas davantage de mettre en doute les conclusions des experts, notamment en ce qui concerne l'exercice d'une activité adaptée. Contrairement à ce qu'elle prétend, les experts en rhumatologie et psychiatrie n'ont pas évalué la capacité de travail de manière contradictoire, mais bel et bien de manière consensuelle, comme cela ressort expressément de la première partie de leur rapport (intitulée « évaluation consensuelle »). Ensuite, lorsqu'elle affirme que les limitations retenues par l'expert-psychiatre empêchent toute réinsertion dans une nouvelle profession, ou encore qu'elle remplit « tous les critères » énoncés dans la lettre circulaire relative aux atteintes psychosomatiques, en énumérant certains symptômes tirés du rapport d'expertise, qu'elle complète avec ses propres affirmations, pour en déduire une totale incapacité de travail, la recourante se limite à opposer sa propre appréciation à celle des experts, ce qui ne suffit pas à remettre en question leur rapport. Par ailleurs, quoi qu'en dise la recourante, les experts étaient libres de conclure à une incapacité de travail partielle (50 %) plutôt que totale. À ce propos, il convient de rappeler que la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées ne repose pas (ou plus) sur la conception que le caractère surmontable des douleurs serait indivisible, de sorte que seule entrerait en considération une capacité de travail nulle ou entière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 3.4.2.2). Pour le reste, dans la mesure où la recourante conteste être en mesure de travailler comme chauffeur de navette, elle soulève un argument qui n'est pas décisif pour l'issue du litige. En effet, l'intimé a évalué son degré d'invalidité en se fondant sur les conclusions des experts portant sur sa capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations (et non spécifiquement dans la profession de chauffeur de navette). Enfin, la recourante se méprend lorsqu'elle affirme, dans le but de réfuter toute exagération des symptômes, « [qu'] un trouble somatoforme douloureux étant un trouble non objectivable, [...] [elle] peine à comprendre ce que les experts auraient pu constater de plus pour expliquer les douleurs ». Contrairement à ce qu'elle semble considérer, ce n'est pas parce que l'absence d'explication objective à une symptomatologie douloureuse est une caractéristique du trouble somatoforme douloureux (ou de la fibromyalgie) qu'il ne peut pas y avoir de signes d'exagération justifiant de relativiser la gravité du diagnostic (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2.).

c. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise réalisée par les Drs M_____ et N_____, dont il résulte une capacité de travail nulle, dès le mois de janvier 2015, dans l'activité de nettoyeuse, mais de 50 %, dès le mois de mars 2015, dans toute profession adaptée aux limitations fonctionnelles.

12. À ce stade, il convient d'examiner le degré d'invalidité de la recourante.

a. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

b. Dans la méthode d'évaluation mixte, pour déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question, il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 137 V 334 consid. 5).

c. Pour évaluer le taux d'invalidité par comparaison des revenus, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la

statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. Il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références).

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

un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

13. Selon l'art. 27^{bis} RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). 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^{bis} al. 2 à 4 RAI, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau par rapport à l'ancien art. 27^{bis} RAI 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'invalide 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).

Selon les dispositions transitoires de cette modification, pour les trois-quarts de rentes, demi-rentes et quarts de rentes en cours octroyés en application de la méthode mixte avant l'entrée en vigueur de la modification du 1^{er} décembre 2017, une révision doit être initiée dans le délai d'un an après l'entrée en vigueur de la

présente modification. Une éventuelle augmentation de la rente prend effet au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification (RO 2017 7581).

14. a. Dans la sphère professionnelle, l'intimé a chiffré le degré d'invalidité à 63.6 % du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017, puis à 69 % dès le 1^{er} janvier 2018, en comparant le revenu sans invalidité que la recourante aurait perçu en bonne santé (CHF 68'475.- pour un taux d'activité de 85 % en 2016-2017 et CHF 81'243.- dès 2018, en partant de l'hypothèse d'une activité exercée à 100 %, étant rappelé que, selon l'art. 27^{bis} RAI, dans sa teneur en vigueur depuis 2018, le revenu sans invalidité doit être extrapolé en partant de l'hypothèse d'une activité professionnelle exercée à plein temps), avec le revenu statistique d'invalidé (CHF 24'933.-) qu'elle aurait été en mesure de réaliser à 50 % dans une activité adaptée à son handicap (ESS 2016, tableau T1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1, indexé), après déduction d'un abattement de 10 %, pour tenir compte de ses années de service auprès du même employeur et de son taux d'occupation partiel.

De son côté, outre la critique portant sur les dispositions transitoires du nouvel art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI (cf. infra consid. 15), la recourante se limite à critiquer le taux d'abattement (10 %) que l'intimé a déduit de son revenu d'invalidé, dont elle requiert l'augmentation à 15 %. Elle soutient qu'après avoir fait toute sa carrière dans le nettoyage, il lui serait difficile, à 54 ans et dans la mesure où elle ne maîtrise pas parfaitement le français, de trouver un emploi ne requérant ni faculté d'adaptation, ni activité intellectuelle trop intense, ni positions agenouillées ou accroupies. Même dans l'hypothèse d'un engagement, elle devrait s'attendre à un salaire plus bas que ses collègues.

- b. En l'occurrence, le taux d'abattement de 10 % fixé par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. En retenant le critère des années de service (en sus de celui du taux d'occupation partiel), l'intimé a déjà tenu compte du fait que la recourante avait travaillé pendant de longues années auprès du même employeur. Par ailleurs, l'âge de la recourante – 53 ans à la date de l'expertise des Drs M_____ et N_____ – n'atteint pas le seuil à partir duquel le Tribunal fédéral considère qu'une méthode d'évaluation plus concrète de l'invalidité est nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). En ce qui concerne les difficultés linguistiques invoquées, on relèvera que le niveau de qualification professionnelle retenu ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_42/2017 du 29 juin 2017 consid. 3.4). S'agissant des limitations fonctionnelles, une réduction à ce titre ne se justifie pas lorsque ces limitations ont déjà été suffisamment prises en considération lors de l'appréciation de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 16/05 du 13 mars 2006 consid. 6.3). Tel est le cas en l'espèce, dans la mesure où les experts ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 50 %, précisément pour tenir compte des troubles de la recourante. Pour le reste, l'intéressée ne met pas en évidence d'autres éléments qui justifieraient un taux d'abattement supérieur à 10 %.

Dans la sphère professionnelle, la comparaison des revenus déterminants met en évidence une perte de gain de 63.6 % du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017 [(CHF 68'475.- – CHF 24'933.-) / CHF 68'475.-], puis de 69 % dès le 1^{er} janvier 2018 [(CHF 81'243.- – CHF 24'933.-) / CHF 81'243.-], en partant, dès cette dernière date, de l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps (art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI). Ces deux taux doivent encore être pondérés à 85 % pour tenir compte de la clé de répartition entre les sphères professionnelles et ménagères (art. 27^{bis} al. 4 RAI), ce qui donne un degré d'invalidité de 54 % dès le 1^{er} janvier 2016 (85 % x 63.6 %), puis de 59 % dès le 1^{er} janvier 2018 (85 % x 69 %).

c. Dans la sphère ménagère, il ressort de l'enquête du 19 juin 2019 des empêchements nuls (0 %), compte tenu de l'aide exigible de la part de l'époux et du fils de la recourante. Il n'y a pas lieu de revenir sur cette enquête, dont la recourante ne conteste pas la valeur probante.

d. En conclusion, le degré d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelle et ménagère, s'élève à 54 % dès le 1^{er} janvier 2016 [(85 % x 63.6 %) + (15 % x 0 %)], puis à 59 % dès le 1^{er} janvier 2018 [(85 % x 69%) + (15 % x 0 %)]. Aussi est-ce à juste titre que l'intimé a accordé à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2016 (art. 28 al. 2 LAI).

15. Enfin, la recourante soutient qu'il est discriminatoire d'appliquer l'ancienne méthode de calcul de la méthode mixte pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2018, date de l'entrée en vigueur de la nouvelle teneur de l'art. 27^{bis} RAI. Selon elle, il conviendrait d'appliquer le nouveau calcul découlant de cette disposition, non pas dès le 1^{er} janvier 2018, mais dès le début de l'incapacité de travail.

La chambre de céans constate que le sort de ce grief n'est pas propre à modifier l'issue du litige, puisque le degré d'invalidité n'ouvre quoi qu'il en soit droit qu'à une demi-rente d'invalidité, ceci que l'on applique l'ancien ou le nouveau calcul. En effet, comme cela vient d'être exposé, le degré d'invalidité s'élève à 54 % selon l'ancien calcul et à 59 % selon le nouveau, de sorte qu'il demeure inférieur, dans les deux cas, au seuil de 60 % donnant droit à un trois-quarts de rente. Au demeurant, on relèvera que dans l'ATF 143 I 50 (consid. 4.4), le Tribunal fédéral n'a précisément pas remis en question la « réglementation transitoire » prévue dans la lettre circulaire AI n°355, évoquée par la recourante dans ses écritures (celle-ci prévoyait, pour les cas concernant une première attribution de rente, l'application de l'ancien droit jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation en matière de méthode mixte). Le principe selon lequel une éventuelle augmentation de la rente prend effet au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification (RO 2017 7581), le 1^{er} janvier 2018, n'est dès lors pas critiquable.

16. Mal fondé, le recours est rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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