RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/917/2020 **ATAS/207/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mars 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LES ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Romain COSANDIER — recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1978, mariée, mère de deux enfants respectivement nés le _____ 2000 et le _____ 2008, sans formation autre que l'école obligatoire suivie au Portugal, est arrivée en Suisse le 30 mars 2005. Depuis lors, elle a exercé la profession de nettoyeuse pour divers employeurs, dont l'entreprise de nettoyage B_____SA (reprise par C_____ SA en 2018) du 2 avril 2012 au 31 juillet 2015, à raison de 12 heures hebdomadaires et, en dernier lieu, pour deux ateliers de réparations automobiles (D_____ SA du 1er février 2013 au 31 octobre 2016, ainsi qu'E_____ SA du 1er mars 2013 au 31 octobre 2016), à raison de 4 heures par semaine pour l'un comme pour l'autre.

2. Dans un rapport du 8 juin 2015, adressé à la ZURICH, assurance-maladie perte de gain de B_____SA, le docteur F_____, spécialiste en médecine générale, a posé le diagnostic de syndrome anxio-dépressif et mentionné que le début du traitement médical de l'assurée (par lui-même) remontait au 6 février 2015, tout en précisant qu'elle avait été hospitalisée quelques jours plus tôt, au début du mois, en raison de céphalées intenses. Invité à dire quand et sous quelle forme l'affection s'était manifestée pour la première fois, le Dr F_____ a indiqué que c'était dans les suites de son hospitalisation pour céphalées, et que d'autres facteurs, à savoir « le licenciement brutal le 20 février 2015 », prononcé par B_____SA, avaient une influence sur le syndrome anxio-dépressif diagnostiqué.

3. Le 10 juillet 2015, la ZURICH, agissant sur mandat de C_____ SA (sic), a chargé le docteur G_____, psychiatre, assisté de Madame H_____, psychologue, de la réalisation d'une expertise psychiatrique dont les conclusions ont été rendues le 21 juillet 2015, au lendemain de l'entretien avec l'assurée. Selon les indications du Dr G_____, l'expertise avait été motivée suite à l'apparition de douleurs physiques qui s'étaient aggravées alors que l'assurée subissait du mobbing à son lieu de travail ; cette situation avait culminé par son licenciement prononcé le 20 février 2015, que l'assurée avait vécu comme une injustice. Dans ce contexte, elle avait présenté une symptomatologie dépressive réactionnelle qui avait nécessité une prise en charge médicale, ainsi que des arrêts de travail, du 8 décembre 2014 au 4 janvier 2015. Suite à une amélioration symptomatique, la capacité de travail de l'assurée avait été totale du 5 janvier 2015 au 5 février 2015, avant d'être à nouveau nulle à partir du 6 février 2015.

   En tenant compte de l'anamnèse, des tests et mesures psychométriques, de l'examen clinique et du dossier médical, l'expert a retenu la présence de symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), actuellement en rémission partielle, dont la symptomatologie était légère actuellement (F32.0). Il s'agissait, selon l'expert, du seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Examinant si l'assurée présentait un syndrome somatoforme douloureux persistant, l'expert a estimé qu'en tenant compte de l'intensité des plaintes algiques, on pouvait penser que la détresse de

l'assurée était réelle. Cependant, dans le cas présent, la douleur n'était pas survenue au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie. En effet, les symptômes dépressifs actuels étaient postérieurs aux douleurs somatoformes, selon l'anamnèse, ce qui constituait un facteur d'exclusion. En conclusion, selon le substrat organique existant, il convenait de retenir soit un syndrome douloureux persistant (F45), soit des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54). Quoi qu'il en soit, les critères de gravité de l'un et l'autre diagnostic n'étaient pas remplis, étant donné que l'on était en présence d'un épisode dépressif, actuellement léger et non pas sévère et qu'il n'y avait, ni perte totale de l'intégration sociale, ni suivi psychiatrique.

Pour le surplus, le Dr G_____ a constaté que l'assurée ne présentait pas de trouble de la personnalité, mais des traits de la personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensés (Z73.1) et des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56).

Au vu de l'ensemble du tableau clinique, l'expert a estimé que la capacité de travail médico-théorique de l'assurée auprès d'un employeur ou de l'assurance-chômage, d'un point de vue purement psychiatrique, était nulle jusqu'au 31 août 2015, de 50% du 1er septembre 2015 au 30 septembre 2015 et, dès le 1er octobre 2015, de 100% sans diminution de rendement dans toute activité adaptée à son status somatique. Dans l'éventualité d'une décompensation des traits de la personnalité émotionnellement labile, une hospitalisation devait être envisagée et les arrêts maladie prolongés. Même s'il ne retenait pas, actuellement, de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique, en dehors d'une fatigue subjective de l'assurée, l'expert a préconisé une reprise professionnelle progressive et légèrement décalée dans le temps, tenant compte d'un éventuel risque de rechute dépressive, du déconditionnement et de la persistance des symptômes anxieux et dépressifs résiduels, dans le contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile éventuellement sujets à décompensation. Enfin, l'expert a mentionné que l'état somatique de l'assurée et les limitations fonctionnelles qui y étaient éventuellement associées devaient être encore clarifiées avec le concours du médecin traitant.

4. Le 15 septembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant qu'elle présentait, depuis la naissance de son fils en 2008, des douleurs dorsales très importantes, des problèmes musculaires, une anémie sévère chronique, ainsi qu'une dépression.

5. Dans un rapport du 27 septembre 2016, le Dr F_____, spécialiste en médecine générale, ne s'est prononcé ni sur le début de la longue maladie ni sur la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il a toutefois indiqué que l'assurée présentait des cervicalgies depuis 2011, des lombalgies depuis août 2014, ainsi qu'un syndrome dépressif, apparu en février 2015, précisant que ces diagnostics avaient un effet sur la capacité de travail, ce qui n'était pas le

cas de l'anémie microcytaire, présente depuis l'enfance. À ce rapport était joint une IRM dorso-lombaire du 11 décembre 2014, laquelle concluait à une discopathie protrusive L4-L5 pouvant être à l'origine de lombosciatalgies à bascule. Ce rapport IRM faisait état également d'une légère discopathie protrusive L5-S1, venant au contact de l'émergence de la racine S1 droite, et de remaniements dégénératifs débutants en L4-L5 et L5-S1.

6. Dans un rapport du 15 juin 2017, le docteur I_____, spécialiste en médecine générale FMH et médecine manuelle SAMM, qui suivait l'assurée depuis mai 2015, ne s'est pas prononcé non plus sur le début de la longue maladie et la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il a néanmoins mentionné que des dorso-lombalgies invalidantes, existant depuis mai 2015, étaient la cause d'une incapacité de travail d'au moins 20%, depuis leur apparition.

7. Du 29 mai au 15 juin 2017, l'assurée a effectué un stage d'évaluation à 70% au sein des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), plus précisément à l'atelier « conditionnement et publipostage », sur mandat de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE). Alors que son stage aurait dû durer jusqu'au 23 juin 2017, celui-ci avait dû être interrompu le 15 juin 2017, suite à la délivrance d'un arrêt maladie valable jusqu'au 3 juillet 2017. Dans leur rapport du 22 juin 2017, les EPI ont mentionné que l'assurée n'arrivait pas à exercer une activité légère et répétitive et qu'une activité exercée même à temps très partiel ne leur semblait pas envisageable, l'assurée « ayant été arrêtée précédemment sur une longue durée alors qu'elle ne travaillait que 4 heures par semaine ». Ainsi, les solutions de réinsertion apparaissaient donc très limitées, voire quasi nulles, sur le marché primaire de l'emploi. L'assurée souhaitait une aide, pour elle et sa famille, pour redéfinir une nouvelle direction de vie. Quant aux EPI, ils souhaitaient, pour leur part, demander une aide psychologique et un soutien à domicile, pour la soulager dans les tâches quotidiennes du ménage.

8. Par avis du 29 mai 2018, le SMR a estimé au vu des rapports versés au dossier que l'assurée présentait des dorso-lombalgies associées à de discrets troubles dégénératifs, ainsi qu'un trouble dépressif d'intensité modérée, puis légère en 2015. Il s'est dit néanmoins étonné par la symptomatologie « floride » de l'assurée, notamment lors de son stage aux EPI, si bien qu'il suspectait fortement une fibromyalgie ou un trouble associé. Comme il ne connaissait pas, par ailleurs, l'évolution du trouble psychiatrique, il a proposé à l'OAI d'ordonner une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

9. Le 28 janvier 2019, le SMR est revenu sur son avis du 29 mai 2018 en indiquant qu'un orthopédiste était plus compétent qu'un rhumatologue pour apprécier les éventuelles répercussions sur la capacité de travail de l'atteinte rachidienne. Aussi a-t-il proposé de substituer le volet rhumatologique de l'expertise bi-disciplinaire proposée par un volet orthopédique.

10. Le 7 février 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et orthopédique auprès du Bureau d'expertises médicales, sis à Montreux (ci-après : BEM), tout en lui adressant une copie des questions qu'il comptait poser aux experts.

11. Dans une note du 15 février 2019, l'OAI a estimé que l'assurée avait un statut mixte se répartissant à 50% entre la part professionnelle et celle consacrée aux travaux habituels. Au moment de l'incapacité de travail (décembre 2014), elle était sous contrat auprès de deux (recte : trois) employeurs (E_____ SA, D_____ SA et B_____SA) et exerçait à raison de 20 heures par semaine au moment de son premier arrêt de travail (du 8 décembre 2014 au 4 janvier 2015). L'assurée était mariée depuis septembre 1996 et deux enfants étaient nés de cette union, en 2000 et 2008. Au regard de ces éléments, il paraissait vraisemblable que le taux d'activité était exercé par choix personnel pour se consacrer aux travaux habituels (tenue du ménage et éducation des enfants).

12. Le 11 mars 2019, le BEM a informé l'assurée qu'elle serait examinée, le 3 avril 2019, par la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie, et le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

13. Le 5 mars 2019, l'OCE a informé l'OAI que lors de l'ouverture de son dernier délai-cadre d'indemnisation du 18 février 2017 au 17 février 2019, l'assurée recherchait une activité à 70%, mais que son dossier avait été annulé.

14. Le 18 mars 2019, le BEM a informé l'OAI que « pour des raisons indépendantes de [sa] volonté », ce serait le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui se chargerait du volet orthopédique de l'expertise.

15. Les experts ont rendu leur rapport le 17 juin 2019, après des examens psychiatrique et orthopédique effectués respectivement les 3 avril et 24 mai 2019.

    Le Dr L_____ a posé les diagnostics suivants :

    - cervicalgies fonctionnelles sur déconditionnement musculaire (M542) ;
    - lombalgies fonctionnelles sur légère discopathie de L4 à S1 avec troubles dégénératifs débutants des articulaires postérieurs, sans aucun signe de compression radiculaire (M545) ;
    - douleurs intermittentes musculaires de la face postérieure de la cuisse droite sur raideur de la chaîne postérieure et déconditionnement (M791) ;
    - polyinsertionnite sans substrat objectif (M797) ;
    - légère capsulite rétractile des deux épaules, par sous-utilisation dans le cadre d'un déconditionnement global (M750).

    Dans son évaluation, le Dr L_____ a indiqué qu'au vu des investigations effectuées, l'assurée ne présentait que de petites discopathies dégénératives L4-L5

et L5-S1, entraînant une légère déstabilisation des articulaires postérieurs, qui commençaient à devenir dégénératifs. Il n'y avait cependant aucun signe manifeste de compression radiculaire. La relation entre la découverte de ces lésions objectives et l'importance des plaintes lombaires était cependant difficilement explicable. S'il pouvait admettre l'existence de douleurs et de certaines limitations en fonction des activités, l'expert n'en considérait pas moins qu'il était manifeste que l'importance des plaintes s'expliquait surtout par d'autres causes, non somatiques, dont l'origine était vraisemblablement partiellement, d'origine psychiatrique, mais également psychosociale. Ce dernier point paraissait tout à fait plausible, dans la mesure où les cervicalgies étaient essentiellement d'origine musculaire au niveau des trapèzes, sans qu'il y eût de véritable substrat objectif structurel de la colonne. Vu la durée des plaintes, on constatait qu'avec la perte de ses emplois, qui était en partie due à ses arrêts de travail, l'assurée était entrée dans un schéma de sous-utilisation majeure qui avait abouti à un déconditionnement certain. Le résultat actuel montrait que les troubles étaient en train de s'étendre, avec une légère limitation fonctionnelle au-dessus de l'horizontale des deux épaules, là encore par sous-utilisation. À cela commençait à s'ajouter une forme de polyinsertionnite diffuse, touchant quasiment tous les points de fibromyalgie, sans état inflammatoire ou « autre objectif démontré ». Malgré cette situation relativement préoccupante et durable, l'expert a constaté que l'assurée semblait encore avoir des ressources pour s'en sortir, ceci vraisemblablement depuis que son mari présentait lui-même des problèmes de santé. C'est pourquoi, le Dr L_____ a estimé qu'il était important que l'assurée se soumît à un traitement de physiothérapie, tel qu'il venait d'être entamé, mais plus intensif, à sec et en piscine. Au départ, ce dernier servirait d'abord à étirer toutes les chaînes musculaires, pour lever les crispations liées à son déconditionnement et aux probables mauvaises habitudes posturales. Après cela, il serait impératif d'effectuer une tonification progressive pour permettre aux muscles de rejouer leur rôle de stabilisateur et d'amortisseur. Ce traitement devrait être essayé, au moins jusqu'à la fin de l'année 2019. Si, comme le Dr L_____ l'espérait, la situation s'améliorait progressivement, il faudrait que le médecin traitant essaie alors de diminuer progressivement les antalgiques majeurs et tente de les stopper définitivement. En l'état actuel, l'expert était d'avis qu'au vu de l'importance du déconditionnement physique et de la quantité d'antalgiques majeure que l'assurée prenait, sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

Comme cela avait été démontré durant le stage aux EPI, même si elle faisait preuve de bonne volonté, la fatigabilité et le manque de concentration dus aux antalgiques, ainsi que le déconditionnement physique l'empêchaient de se remettre, pour le moment, sur le marché du travail. Si, comme le Dr L_____ l'espérait, ce cercle vicieux pouvait encore être cassé et la situation se rapprocher de la norme, une capacité de travail pourrait alors être retrouvée. Vu les lésions dégénératives au niveau de la charnière lombo-sacrée, il faudrait, à ce moment-là, envisager un reclassement professionnel.

En réponse aux questions de l'OAI, le Dr L_____ a indiqué que l'incapacité de travail était totale depuis février 2015, sans changement depuis lors. Interrogé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert a indiqué qu'une fois l'assurée reconditionnée et sa médication diminuée, il était souhaitable qu'on l'orientât vers une activité en position semi-assise, n'impliquant ni le port de charges supérieures à 5-10 kg de manière répétitive, ni le fait de devoir monter régulièrement sur des escabeaux et des échelles. L'expert a précisé que cela pouvait correspondre à tous les travaux d'établi dans la micromécanique, l'horlogerie ou un domaine équivalent. En revanche, si l'idée était de se cantonner à un travail à temps partiel, on pouvait discuter éventuellement aussi d'une activité de patrouilleuse scolaire et/ou d'aide en cantine scolaire, ces deux métiers s'exerçant certes debout, mais à temps partiel, et sans port de charges significatives et répétitives.

Interrogé sur le temps de présence maximal possible dans une activité adaptée, le Dr L_____ a indiqué que l'assurée retrouverait progressivement une pleine capacité de travail sur le marché ordinaire du travail, atteignant 100% sans baisse de rendement, au début de l'année, voire au printemps 2020, si l'on commençait progressivement à la reconditionner, par une physiothérapie active jusqu'à fin 2019 au moins. Pour le reste, il était difficile de faire un pronostic quant au succès des mesures thérapeutiques proposées, compte tenu de possibles interférences dues à des facteurs psychiques et surtout psycho-sociaux.

Interrogé sur les effets des atteintes à la santé sur les travaux habituels, l'expert a répondu que tout ce qui avait trait à l'alimentation, à l'entretien du logement, aux achats, à la lessive et à l'entretien des vêtements, n'était pas effectué par l'assurée, en raison d'un « déconditionnement et abus d'antalgiques majeurs ». Quant aux soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, ils étaient plutôt délaissés pour les mêmes raisons, même si la maladie de son mari semblait lui avoir rendu un esprit plus combatif concernant son état. Interrogé sur le taux d'activité exigible d'une activité adaptée (telle que retenue par l'expert) en cas de prise en charge simultanée des travaux habituels dans le ménage, l'expert a répondu qu'après reconditionnement, il n'y aurait pas de limitation objective horaire.

Intervenant pour le volet psychiatrique de l'expertise, la Dresse J_____ a indiqué que lors de l'examen, l'assurée était tonique, vive et bien orientée, aucune fatigabilité ni ralentissement psychomoteur n'étant objectivés pendant 1h30 d'entretien. Dans les éléments florides de la lignée dépressive, l'assurée présentait une humeur par moments abaissée, une diminution de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, une diminution de l'appétit, des troubles du sommeil (secondaires aux douleurs et aux ruminations) et une vision négative des perspectives d'avenir. Ces éléments correspondaient, selon la définition de la CIM-10, à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00. Ce diagnostic était confirmé par un score de 18 points à l'échelle de dépression de Hamilton (dépression légère : 14-19 points ; dépression moyenne : 20-26 points ; dépression sévère : plus de 26 points). Le seuil anxiogène était en partie abaissé, sans que l'on

puisse évoquer un trouble anxieux, des attaques de panique ou une anxiété généralisée.

En l'absence d'une détresse émotionnelle majeure et de conflits psychosociaux conséquents, la Dresse J_____ a écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, tout en indiquant qu'il existait une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0). L'attitude de l'assurée était nettement différente dans la salle d'attente, ainsi qu'à l'extérieur (lorsqu'elle se rendait au cabinet accompagnée de la directrice adjointe du BEM) que lors de l'examen. Dans ce sens, la Dresse J_____ était d'avis que son appréciation rejoignait celle de l'expert G_____. Des facteurs extra-médicaux étaient présents (perte d'emploi, absence de formation et démotivation) et rendaient mauvais le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle.

À la lumière de ces éléments et de l'examen des indicateurs jurisprudentiels, l'experte a considéré que d'un point de vue strictement médical (psychique), la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, dans une activité simple, ce depuis le 1er octobre 2015, la période commençant à cette date correspondant à un épisode léger sans syndrome somatique (F32.00) et à une majoration de symptômes pour raisons psychologiques (F68.0). En revanche, on pouvait admettre, en amont, une capacité de travail de 0% du 6 février 2015 au 31 août 2015 (épisode dépressif moyen avec syndrome somatique), puis de 50% du 1er septembre 2015 au 30 septembre 2015 (épisode dépressif léger).

S'agissant des effets des atteintes à la santé sur les travaux habituels, l'experte a indiqué que tout ce qui avait trait à l'alimentation, à l'entretien du logement, aux achats, à la lessive à l'entretien des vêtements et aux soins apportés aux enfants, il n'existait pas de limitation sur le plan psychique, précisant qu'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique n'interférait pas dans les tâches ménagères.

Enfin, les experts ont indiqué de manière consensuelle, au terme de l'expertise et rétroactivement, qu'ils retenaient une incapacité de travail entière depuis le 6 février 2015 pour raisons somatiques et psychiques, dans toute activité ; de 50% sur le plan psychique dès le 1er septembre 2015 puis de 0% d'un point de vue psychique dès le 1er octobre 2015. Sur le plan somatique, l'incapacité de travail était toujours entière dans toute activité en raison d'un déconditionnement majeur et de la médication, ceci au moins jusqu'à début 2020, le retour, à cette date, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée étant subordonné à un reconditionnement effectué de manière efficace.

16. Dans une note du 27 juin 2019 relative au statut de l'assurée, l'OAI a estimé qu'on pouvait admettre dès avril 2012, un statut mixte à parts égales entre l'activité professionnelle et les travaux habituels et, dès février 2017, une part de 70% dévolue à l'activité professionnelle, les 30% restants étant consacrés aux travaux habituels. Ce changement, qui ressortait du taux d'activité recherché (70%) alors

qu'elle était inscrite à l'OCE en février 2017, était également rendu vraisemblable par l'âge des enfants à ce moment précis (17 ans et 9 ans en 2017).

17. Dans un rapport du 27 juin 2019, la doctoresse M_____, médecin SMR, a estimé qu'elle ne pouvait pas suivre l'expert orthopédique pour l'ensemble de ses conclusions. Le diagnostic de polyinsertionnite, posé par l'expert, ne pouvait plus être retenu en se basant sur les points de fibromyalgie. Les nouvelles recommandations de l'ACR (Association College of Rheumatology) se basaient sur l'évaluation d'un index de douleurs généralisées, se conjuguant avec une échelle de sévérité des symptômes ; cette appréciation devait ensuite être confrontée aux indicateurs établis par le Tribunal fédéral afin de déterminer les conséquences du syndrome douloureux sur la capacité de travail. L'expert L_____ n'avait pas effectué cette démarche. En revanche, si l'on examinait les conclusions de l'experte psychiatre, cette dernière n'avait pas mis en évidence de syndrome douloureux somatoforme, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de l'évaluer. Aussi la Dresse M_____ n'a-t-elle pas retenu le syndrome de polyinsertionnite posé par le Dr L_____, mais suivi les conclusions de l'experte psychiatre J_____ au sujet de l'absence de syndrome somatoforme douloureux, qu'elle a qualifiées de « pertinentes et cohérentes ».

    Concernant le déconditionnement musculaire global que présentait l'assurée, le SMR ne pouvait le retenir comme affection incapacitante, même pour une durée limitée dans le temps, de sorte qu'il estimait pouvoir se fonder sur une capacité de travail médico-théorique faisant abstraction de cet élément non pertinent (car non incapacitant). Selon l'expertise du BEM, l'assurée prenait un traitement de Zaldiar 1x/j, associé à du Tramal retard 1x/j. De l'avis du SMR, ce dosage n'était pas excessif, et, lors de l'expertise psychiatrique, l'assurée n'avait pas montré de troubles de la concentration, de fatigabilité ou de trouble de l'attention, allant ainsi à l'encontre d'effets secondaires notables. La compliance médicamenteuse n'avait pas pu être évaluée lors de l'expertise du BEM, pour des raisons techniques (veine non trouvée). Ainsi, pour le SMR, le traitement antalgique ne s'accompagnait pas d'effets secondaires manifestes pouvant interférer avec une capacité de travail. Selon lui, les lombalgies fonctionnelles sur légère discopathie de L4-S1 avec troubles dégénératifs débutants des articulaires postérieures, sans signe de compression radiculaire M54.50 constituaient la seule atteinte à la santé incapacitante. On ne pouvait en dire autant des cervicalgies fonctionnelles sur déconditionnement musculaire M54.20, de la légère capsulite rétractile des deux épaules par sous-utilisation sur déconditionnement global (M75.1), et de l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique pour raisons psychologiques (F68.0). Ces atteintes n'étaient pas incapacitantes. Au regard de ces éléments, l'assurée présentait, depuis le 1er septembre 2015, une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de femme de ménage, et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire, et ce depuis toujours.

18. Par projet de décision du 28 juin 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réalisées. Se fondant sur les « renseignements médicaux », il a considéré qu'elle ne présentait ni empêchement dans l'accomplissement de ses travaux habituels (dont la part était de 50% jusqu'à fin janvier 2017 et de 30% à partir du 1er février 2017), ni incapacité de travail dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles.

    Procédant au calcul du degré d'invalidité à l'issue du délai d'attente d'une année (septembre 2016), l'OAI a mentionné qu'en se référant à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), soit au tableau TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, ligne « total », une femme pouvait réaliser, en 2016, un revenu mensuel de CHF 4'363.- (soit CHF 52'356.- par année) dans une activité de niveau 1. Compte tenu de la durée de travail s'élevant à 41.7 heures en 2016, il en résultait un revenu annuel avec invalidité de CHF 54'581.-, soit CHF 27'291.- à un taux de 50%, respectivement CHF 24'462.- après un abattement de 10%. En comparant ce dernier montant au salaire que l'assurée réalisait en 2014 (CHF 22'339.-), une fois celui-ci indexé à 2016 selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS), soit : CHF 22'640.- (= 22'339 x 2'709 / 2'673), la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité ne l'était pas moins.

    À la faveur de la nouvelle composition du statut mixte valable, dès le 1er février 2017, pour les travaux habituels (30%) et l'activité professionnelle (70%), l'OAI a effectué un second calcul du degré d'invalidité pour 2017. En se référant à l'ESS, soit au tableau TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, ligne « total », une femme pouvait réaliser, en 2016, un revenu mensuel de CHF 4'363.- (soit CHF 52'356.- par année) dans une activité de niveau 1. Compte tenu de la durée de travail s'élevant à 41.7 heures en 2017, il en résultait un revenu annuel avec invalidité de CHF 54'581.-, soit CHF 54'783.- une fois celui-ci indexé à 2017 selon l'ISS (54'581 x 2'719 / 2'709 = 54'783), ce qui correspondait à CHF 38'348.- à un taux de 70%, respectivement CHF 34'513.- après un abattement de 10%. En comparant ce dernier montant au salaire que l'assurée réalisait en 2014, extrapolé à 70% (CHF 31'275.-) et indexé à 2017 selon l'ISS, soit : CHF 31'813.- (= 31'275 x 2'719 / 2'673), la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité ne l'était pas moins.

    En raison des changements législatifs relatifs aux assurés exerçant une activité à temps partiel, entrés en vigueur le 1er janvier 2018, l'OAI a effectué un troisième calcul du degré d'invalidité pour 2018. En se référant à l'ESS, soit au tableau TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, ligne « total », une femme pouvait réaliser, en 2016, un revenu mensuel de CHF 4'363.- (soit CHF 52'356.- par année) dans une activité de niveau 1. Compte tenu de la durée de travail s'élevant à 41.7 heures en 2018, il en résultait un revenu annuel avec invalidité de CHF 54'581.-, soit CHF 55'045.- une fois celui-ci indexé à 2018 selon l'ISS (54'581 x 2'732 / 2'709 = 55'045), ce qui correspondait à CHF 49'540.- après un abattement de 10%. En comparant ce dernier montant au salaire que l'assurée réalisait en 2014, extrapolé à

100% (CHF 44'678.-) et indexé à 2018 selon l'ISS, soit : CHF 45'664.- (= 44'678 x 2'732 / 2'673), la perte de gain et, partant, le degré d'invalidité étaient nuls.

L'OAI a précisé qu'en l'absence d'invalidité, l'assurée ne pouvait prétendre ni à une rente ni à un reclassement professionnel. Enfin, des mesures professionnelles n'apparaissaient pas nécessaires.

19. À la demande de l'assurée, représentée par son conseil, l'OAI a prolongé à fin octobre 2019 le délai qui lui avait été imparti pour formuler ses observations.

20. Par courrier du 22 octobre 2019, le Dr F_____ a fait part au conseil de l'assurée de son point de vue au sujet du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 17 juin 2019 et des conclusions qu'en tirait le SMR.

    Selon le Dr F_____, même si les deux experts s'accordaient à admettre que le déconditionnement de l'assurée était responsable de son état clinique en raison de facteurs extra-médicaux (perte d'emploi, absence de formation, démotivation), le Dr L_____ n'en retenait pas moins, au plan somatique, des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 qui entrainaient une légère déstabilisation des « articulaires postérieurs » qui commençaient à devenir dégénératifs. Or, selon le Dr F_____, les arthroses apophysaires postérieures étaient parfois excessivement douloureuses, indépendamment de leur importance. Elles pouvaient entraîner des syndromes dépressifs, ce qui était une des raisons pour lesquelles on utilisait volontiers des antidépresseurs. Par ailleurs, ce n'était pas forcément le manque d'activité qui était responsable de l'état clinique de l'assurée. En second lieu, le Dr L_____ énumérait d'autres diagnostics (en plus des discopathies déjà évoquées), dont ceux de polyinsertionnite sans substrat objectif et de légère capsulite rétractile des deux épaules, affections qui, aux dires de cet expert orthopédiste, pouvaient être combattues au moyen d'un reconditionnement musculaire. Pour sa part, le Dr F_____ ne voyait pas comment réactiver un fonctionnement normal des chaînes musculaires, si l'axe squelettique de la colonne vertébrale et des épaules ne pouvait pas fonctionner correctement. C'était sûrement la raison pour laquelle l'expert avait écrit : « en l'état actuel, compte tenu du déconditionnement physique et de la quantité d'antalgiques majeure qu'elle prend, j'estime que sa capacité de travail […] est nulle ». Pour le surplus, le Dr F_____ a soutenu que c'était le corps de sa patiente qui souffrait et non pas son psychisme, le problème organique étant au premier plan. Ainsi, le diagnostic de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0) avait été posé trop hâtivement. Quant au trouble somatoforme douloureux, il devait être pris en considération et non réfuté, car l'activité adaptée à 100%, à laquelle concluait le médecin SMR, était, en l'état, irréalisable. Enfin, force était de relever qu'en affirmant que le traitement de Zaldiar (2x/j), associé à 100mg de Tramal retard (1x/j), n'était pas excessif, le médecin SMR allait à l'encontre du Dr L_____ qui estimait, au vu de la quantité majeure d'antalgiques prise par l'assurée, que celle-ci ne pouvait pas reprendre d'activité.

21. Par pli du 31 octobre 2019, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de son conseil, a contesté le projet de décision du 28 juin 2019 et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité en se fondant sur le rapport du 22 octobre 2019 du Dr F_____.

22. Par avis du 22 novembre 2019, le SMR a estimé que le rapport du 22 octobre 2019 du Dr F_____ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif, de sorte que le précédent rapport SMR du 27 juin 2019 restait valable.

23. Par décision du 10 février 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 28 juin 2019 en tirant argument de la nette discordance entre les plaintes subjectives de l'assurée et les constatations objectives faites par les experts ; celles-ci n'étaient pas contredites par le rapport médical du Dr F_____.

24. Le 12 mars 2020, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er février 2015, avec intérêts moratoires à 5% et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé, le tout sous suite de dépens.

    À l'appui de ses conclusions, la recourante s'en est prise en substance à la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire du BEM, plus particulièrement de son volet psychiatrique, en relevant notamment que le premier expert psychiatre mandaté, le Dr G_____, avait évoqué, à l'instar du Dr F_____, un syndrome somatoforme douloureux, qu'il n'avait cependant pas retenu, *in fine*, à la lumière des anciens critères jurisprudentiels de gravité. Par ailleurs, dans la mesure où le Dr L_____ avait posé le diagnostic de polyinsertionnite diffuse, touchant quasiment tous les points de fibromyalgie, l'experte-psychiatre J_____ et, à sa suite, le SMR, avaient exclu de manière injustifiée – ou à tout le moins trop hâtive – un syndrome somatoforme douloureux, sans le confronter aux indicateurs établis par la jurisprudence du Tribunal fédéral, afin de déterminer les conséquences de ce diagnostic sur la capacité de travail. La recourante a également souligné que de l'avis de l'expert L_____, sa capacité de travail était nulle dans toute activité, ce au moins jusqu'à début 2020, le temps de se reconditionner physiquement et de diminuer la quantité d'antalgiques. Elle a ajouté que le vocabulaire de cet expert traduisait toutefois quelques doutes quant à l'efficacité des options thérapeutiques qu'il proposait puisqu'il indiquait simplement « espérer » que la situation s'améliore progressivement et qu'une capacité de travail pût être retrouvée. La recourante a également fait valoir qu'on ne pouvait faire abstraction du déconditionnement constaté lorsque ce dernier était la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé. Dans le même ordre d'idées, elle a contesté les conclusions du SMR, selon lesquelles le traitement antalgique ne s'accompagnait pas d'effets secondaires manifestes pouvant interférer avec sa capacité de travail. En effet, il y avait lieu de relever que les constatations de la Dresse J_____ – sur lesquelles semblait complètement se baser le SMR – faisaient uniquement référence à la médication psychotrope (Prazépam, Paroxétine, remplacée en 2017 par l'Escitalopram [p. 13]) alors que de son côté, l'expert L_____ précisait que c'était

en raison de la « quantité d'antalgiques majeure » prise par la recourante que sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Et cet expert d'ajouter que comme cela avait été démontré durant le stage aux EPI, même si la recourante faisait preuve de bonne volonté, la fatigabilité et le manque de concentration en raison des antalgiques et le déconditionnement physique l'empêchaient de se remettre pour le moment sur le marché du travail. Enfin, dans la mesure où l'intimé estimait, contrairement aux avis médicaux (dont celui du Dr L_____) et professionnels (cf. le bilan du stage d'évaluation au EPI) que la recourante ne rencontrait aucun empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels, il ne pouvait pas valablement renoncer à une enquête économique sur le ménage pour déterminer l'invalidité dans la sphère ménagère.

25. Par réponse du 29 mai 2020, l'intimé a soutenu que les conclusions du stage aux EPI ne l'emportaient pas sur les constatations médicales. Pour le surplus, le SMR avait expliqué les motifs qui l'avaient amené à s'écarter des conclusions sur la capacité de travail nulle retenue par l'expert L_____ en raison d'un déconditionnement musculaire et de la quantité majeure d'antalgiques. En effet, cet expert avait lui-même suggéré un traitement de physiothérapie plus intensif notamment avec des séances à sec et en piscine. En outre, force était de constater qu'aucune fatigabilité ni trouble de la concentration n'avaient été objectivés par les experts L_____ et J_____ lors de leurs examens respectifs. Par ailleurs, le Dr L_____ retenait que si des douleurs étaient acceptables et une certaine limitation compréhensible en fonction des activités, manifestement l'importance des plaintes avait surtout d'autres causes, non somatiques, dont l'origine partiellement psychiatrique et psychosociale apparaissait vraisemblable. À ce propos, l'experte psychiatre J_____ avait précisé qu'objectivement, les symptômes dépressifs étaient d'intensité légère et ne permettaient guère d'expliquer pourquoi la recourante n'était en mesure d'effectuer, ni la moindre tâche ménagère, ni les repas. Aussi l'intimé a-t-il relevé que les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain, faute de substrat médical pertinent.

    Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle, ne suffisaient en tant que tels pour admettre une diminution notable de la capacité de travail dans toute activité. S'il était vrai que lorsque le déconditionnement se révélait être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne pouvait être d'emblée niée ; il n'en demeurait pas moins qu'en l'occurrence, le déconditionnement de la recourante, qui durait depuis 2015 à ce jour, ne pouvait avoir pour cause ni son atteinte lombaire (faute de substrat somatique grave) ni une atteinte psychiatrique incapacitante. Aussi était-il possible, en l'occurrence, de procéder à une évaluation du taux d'invalidité de la recourante sur la base de sa capacité de travail médico-théorique avant que des mesures préalables, liées à son état de santé, n'eussent été exécutées. Ainsi, une capacité de travail de 100% dans

une activité adaptée était totalement exigible. S'agissant des travaux habituels, l'intimé avait renoncé à mettre en place une enquête ménagère, dès lors que les experts s'étaient prononcés à ce sujet dans leurs rapports respectifs, qu'aucune limitation fonctionnelle psychique n'avait été retenue, que les limitations fonctionnelles retenues par l'expert orthopédiste en lien avec l'épargne du rachis n'étaient pas de nature à générer des empêchements, que dans le cadre de son obligation de réduire le dommage, la recourante pouvait adapter et répartir les tâches ménagères et qu'au vu de la situation familiale, la participation de la part des membres de la famille habitant sous le même toit était raisonnablement exigible, pouvant ainsi même dépasser le taux de 30%.

26. Par réplique du 19 juin 2020, la recourante a soutenu que contrairement à ce qu'affirmait l'intimé, les conclusions consensuelles de l'expertise se recoupaient avec celles des EPI puisque les premières retenaient, sur le plan somatique, une incapacité de travail entière dans toute activité, ceci jusqu'au début 2020, et les secondes des solutions de réinsertions très limitées, voire quasi nulles sur le marché primaire de l'emploi, mais pouvant éventuellement déboucher sur une activité de patrouilleuse scolaire et/ou d'aide de cantine scolaire « une fois [les] soucis de santé au mieux stabilisés ». Dans ces circonstances, l'intimé n'avait pas à s'écarter des conclusions consensuelles de l'expertise qui retenaient, sur le plan somatique, une incapacité de travail non seulement en raison du déconditionnement mais aussi de la médication. Sur ce dernier point, force était de constater que le Dr F_____ évoquait un « dosage important », le Dr I_____ une « médication antalgique importante » et le Dr L_____ une « importante médication », ce dernier allant jusqu'à évoquer une probable « dépendance, aboutissant à une fatigabilité rapide et à un manque de concentration au long cours », et à préciser que « même si un dosage de ces médicaments n'avait pas pu être effectué, on ne [pouvait] exclure ce paramètre ». Ainsi, les seuls doutes que l'expert L_____ nourrissait ne concernaient pas la médication en tant que cause de l'incapacité de travail, mais la dépendance qu'elle générait. Or, cette dépendance devait faire l'objet, depuis peu, de la même procédure probatoire structurée que toutes les atteintes psychiques, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce. Il était douteux, par ailleurs que le déconditionnement n'eût pas de substrat médical pertinent, notamment psychique. À cet égard, le score de 18 points obtenu par la recourante à l'échelle de Hamilton avait été qualifié de dépression modérée dans d'autres dossiers et non de dépression légère comme l'affirmait l'experte psychiatre J_____. Par ailleurs, même s'il fallait considérer qu'il n'existait pas de substrat psychologique suffisant pour expliquer le non accomplissement partiel des tâches ménagères, cela ne signifiait pas pour autant qu'il était possible d'écarter un substrat somatique, compte tenu de l'incapacité de travail totale sur le plan somatique que l'expert L_____ avait retenue jusqu'au début 2020. Dans la mesure où l'intimé estimait, contrairement à cet avis et à celui des EPI, que la recourante disposait effectivement d'une capacité résiduelle de travail dans l'accomplissement des travaux habituels, il ne pouvait pas valablement renoncer à effectuer une enquête sur place pour en déterminer le taux.

27. Le 13 juillet 2020, l'intimé s'est abstenu de dupliquer, estimant que la dernière écriture de la recourante n'appelait aucune remarque supplémentaire ; il s'est référé à sa réponse du 29 mai 2020 et a persisté dans ses conclusions.

28. Le 17 juillet 2020, une copie de ce courrier a été transmis, pour information, à la recourante.

29. 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss 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 1er 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. 27bis al. 2 à 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) dans sa teneur du 1er 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 1er janvier 2018 en fonction des modifications susmentionnées (cf. ATAS/435/2019 du 13 mai 2019 consid. 10).

5. À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.

L'objet du litige 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 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 son certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2 et les références).

En l'espèce, la décision querellée nie à la recourante aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à une rente d'invalidité. Cela étant, le recours dont est saisie la chambre de céans ne concerne que le droit à une rente d'invalidité, seul litigieux.

6. a. 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 1er janvier 2008).

b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve

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

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

b/bb. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables, à savoir notamment la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), également appelée « polyinsertionnite » ou « polyinsertionite » (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4).

Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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

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

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

b/ff. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués *lege artis* par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé, significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et

socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7*b* al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

d. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). Toutefois, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). Lorsque la mise en valeur de la capacité fonctionnelle – qui existe en soi d'un point de vue médico-théorique – nécessite incontestablement certaines mesures thérapeutiques préalables, la question est de savoir si les démarches nécessaires peuvent être laissées à la seule personne assurée. Si, en revanche, l'assuré ne peut pas mettre en valeur sa capacité de gain – qui existe en soi – sous sa propre responsabilité, même avec un effort raisonnable de volonté, pour des raisons liées à son état de santé, il convient d'examiner si la mise en œuvre de mesures de réadaptation – dont la responsabilité incombe à l'assurance invalidité – est encore nécessaire pour activer la capacité de travail qui est en principe donnée. L'objectif de telles mesures de réadaptation est alors de compenser les déficits de compétences professionnelles auxquels la personne assurée ne peut pas remédier de sa propre initiative (par exemple dans le cadre d'un entrainement au travail) ou de rétablir la confiance qu'elle a perdue, du fait de sa maladie, dans ses capacités physiques (arrêts du Tribunal fédéral 8C_385/2017 du 19 septembre 2017 consid. 5.3.1 et 9C_432/2015 du 23 septembre 2015 consid. 5.2 et les références). Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que les mesures de réadaptation n'aient été exécutées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

En revanche, lorsqu'un assuré a besoin en priorité de mesures thérapeutiques dont le succès constitue à son tour la condition sine qua non pour d'éventuelles mesures d'ordre professionnel et qu'il s'avère, dans le même temps, que lesdites mesures thérapeutiques ne visent pas spécifiquement et directement la réadaptation à la vie professionnelle mais correspondent au traitement d'une affection (notamment au

renforcement de la musculature), de telles mesures ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité (cf. art. 12 LAI), même si le traitement de l'affection produit également, en règle générale, un effet favorable sur la capacité de travail et de gain. Ainsi, lorsque les « mesures de transition », nécessaires d'un point de vue médical, ne correspondent pas à des mesures de réadaptation au sens des art. 8ss LAI mais à un traitement – qui est du ressort de l'assurance-maladie –, l'administration est en droit de fixer le revenu d'invalide en se fondant sur la fiction du caractère raisonnablement exigible de l'exploitation de la capacité travail, bien que celle-ci ne soit encore que purement médico-théorique (art. 28 al. 2 LAI en lien avec l'art. 16 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2015 du 23 septembre 2015 consid. 5.2.2 et l'arrêt cité).

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). Sous les réserves qui précèdent (cf. ci-dessus : consid. 6d *in fine*), 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. 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

c/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).

c/cc. 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).

c/dd. Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003). Cependant, au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les références citées).

10. a. 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). Il n'existe 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).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves;

ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, la recourante conteste la décision litigieuse en tant qu'elle lui refuse un droit à une rente entière d'invalidité, motif pris qu'elle présenterait une incapacité de travail totale dans toute activité, et un empêchement non moins total dans l'accomplissement de ses travaux habituels, ce depuis le 1er février 2015 et à tout le moins jusqu'au début 2020. L'intimé, quant à lui se fonde sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire du BEM et les rapports du SMR pour justifier sa décision. Aussi convient-il d'examiner la teneur desdits rapports et d'en apprécier la valeur probante.

12. a. La recourante a été examinée le 3 avril 2019 par la Dresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et, le 24 mai 2019, par le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Les experts cités ont chacun pratiqué, dans leurs disciplines respectives, une expertise et procédé à une évaluation consensuelle du cas. La chambre de céans constate que ce rapport comporte une anamnèse médicale, familiale et socio-professionnelle, une analyse complète du dossier médical et des documents d'imagerie, une description du status sur la base des examens cliniques et du dossier médical, ainsi que des données subjectives. Il convient donc en principe d'en reconnaître la valeur probante.

    Sur le plan orthopédique, le Dr L_____ retient que la recourante ne présente que de petites discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 avec troubles dégénératifs débutants des articulaires postérieurs, sans signe de compression radiculaire (M54.50), à l'origine de limitations fonctionnelles (activité en position semi-assise, n'impliquant ni le port de charges supérieures à 5-10 kg de manière répétitive, ni le fait de devoir monter régulièrement des escabeaux et des échelles), qui entrainent certes une incapacité de travail totale dans toute activité depuis février 2015 mais n'empêchent ni l'exercice à plein temps, sans diminution de rendement, d'une activité adaptée à ces limitations, ni l'accomplissement simultané des travaux habituels dès début 2020, soit le temps que les diagnostics dus au déconditionnement (cervicalgies fonctionnelles sur déconditionnement musculaire [M54.20], légère capsulite rétractile des deux épaules par sous-utilisation et déconditionnement global [M75.1], douleurs intermittentes musculaires de la face postérieure de la cuisse droite sur raideur de la chaîne postérieure et déconditionnement [M79.1]) aient fait l'objet d'un traitement de physiothérapie destiné à étirer les chaînes musculaires et à tonifier les muscles, et que la quantité d'antalgiques majeure ait été diminuée, voire stoppée. L'expert constate en outre, qu'à cette situation de « déconditionnement certain », commence à s'ajouter une forme de polyinsertionnite diffuse, sans substrat objectif (M79.7), touchant

quasiment tous les points de fibromyalgie, « sans état inflammatoire ou autre objectif démontré ».

Sur le plan psychiatrique, la Dresse J_____ indique que la recourante présente, outre un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0), mais pas de syndrome douloureux somatoforme persistant, faute de détresse émotionnelle majeure et de conflits psychosociaux conséquents. Sur le plan de la capacité de travail, la Dresse J_____, se calquant sur l'appréciation du Dr G_____ – lequel avait conclu à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, dont il ne subsistait, lors de son expertise de juillet 2015, qu'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique – retient, dans toute activité, une incapacité de travail entière depuis le 6 février 2015, de 50% dès le 1er septembre 2015, puis de 0% dès le 1er octobre 2015. Enfin, elle indique qu'il n'existe pas de limitation sur le plan psychique en ce qui concerne l'accomplissement des travaux habituels, précisant qu'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique n'interfère pas dans les tâches ménagères.

Dans leur évaluation consensuelle, faite à la lumière des indicateurs jurisprudentiels (ci-dessus : consid. 6b/ff), les experts estiment que si d'un point de vue psychique, les diagnostics posés n'ont aucune incidence sur les capacités fonctionnelles de la recourante, il n'en va pas de même au plan somatique. Ceci étant, le Dr L_____ n'en considère pas moins que la recourante semble encore avoir les ressources nécessaires pour se soumettre d'abord à une physiothérapie de reconditionnement et, dans un second temps, pour faire diminuer progressivement ses antalgiques majeurs par son médecin traitant, avant d'essayer de les stopper définitivement. Il ressort en outre de l'appréciation des experts que l'examen des complexes « personnalité » (personnalité et ressources personnelles) et « contexte social » conforte non seulement le Dr L_____ dans son évaluation des ressources mobilisables, mais aussi la Dresse J_____, cette dernière précisant que la recourante peut au besoin s'affirmer et requérir de l'aide au sein de sa famille, que même si sa flexibilité et ses capacités d'adaptation sont en partie réduites, cela n'interfère pas dans une activité simple, d'autant qu'elle ne présente pas de trouble de la concentration ou de l'attention, ni de la mémoire, qu'elle est en mesure de planifier et de structurer des tâches, que sa capacité de jugement et de prise de décisions n'est pas limitée par des troubles cognitifs ou une maladie psychique sévère et que le jour de l'expertise, sa capacité d'endurance n'était pas limitée, que ce soit par des signes de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur. Enfin, les experts constatent dans le cadre de leur contrôle de cohérence qu'il existe précisément des incohérences. Alors que le Dr L_____ estime que la relation entre les lésions objectives dégénératives et l'importance des plaintes lombaires est difficilement explicable d'un point de vue somatique, la Dresse J_____ considère pour sa part que les symptômes dépressifs d'intensité légère ne permettent guère

d'expliquer pourquoi la recourante n'est pas en mesure d'effectuer une quelconque tâche ménagère ou les repas.

b. Dans son rapport final du 27 juin 2019, le SMR se distancie en partie des conclusions de l'expertise du BEM, plus particulièrement de son volet orthopédique : il écarte non seulement le diagnostic de polyinsertionnite (fibromyalgie) posé par le Dr L_____ (au profit de l'absence de syndrome douloureux somatoforme relevé par la Dresse J_____), mais aussi les diagnostics somatiques découlant du déconditionnement musculaire global. À cet égard, le SMR indique ne pas pouvoir les retenir comme affections incapacitantes, même pour une durée limitée dans le temps. Pour le SMR, il s'ensuit que l'atteinte à la santé incapacitante se résume aux lombalgies fonctionnelles sur légère discopathie de L4-S1 avec troubles dégénératifs débutants des articulaires postérieures, sans signe de compression radiculaire (M54.50), de sorte que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de femme de ménage (nettoyeuse) est de 0% depuis le 1er septembre 2015 et, dans une activité adaptée, de 100% depuis toujours.

c. Dans la mesure où la décision entreprise repose sur les conclusions du SMR du 27 juin 2019, la chambre de céans se doit d'examiner si ces dernières, singulièrement les distances qu'elles prennent par rapport à l'expertise, peuvent être suivies.

c/aa. S'agissant de la première liberté que prend le SMR par rapport au volet orthopédique de l'expertise, le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ci-dessus : consid. 6b/bb et ATF 132 V 65 consid. 4). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (ATF 143 V 409; 143 V 418; 141 V 281) n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation mentionnée (cf. notamment arrêt 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.2). Il s'ensuit que dans la mesure où la Dresse J_____ a expressément exclu l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, dont les manifestations cliniques sont pour l'essentiel identiques à celles d'une fibromyalgie (plaintes douloureuses diffuses ; cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1), il convient d'en déduire qu'elle a implicitement exclu l'existence d'une fibromyalgie (pour un cas et une conclusion similaire : cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2), sans qu'il en découle une contradiction insurmontable entre les deux experts. En effet, l'expert L_____ évoque simplement, et sans plus de précisions, une « forme de polyinsertionnite diffuse […] sans état inflammatoire ou autre objectif démontré [qui] commence à s'ajouter » aux affections découlant du

déconditionnement (cf. rapport d'expertise, p. 29), mais il renonce à préciser et étayer ce diagnostic en indiquant simplement que « manifestement, l'importance des plaintes a surtout d'autres causes, non somatiques [et qu'il] est vraisemblable qu'elles sont partiellement d'origine psychiatrique, mais également psychosociales » (rapport d'expertise, p. 18). Ce faisant, l'expert L_____ s'en remet au domaine de compétence de l'experte psychiatre J_____, laissant ainsi à cette dernière le soin de déterminer l'existence d'un éventuel syndrome somatoforme douloureux. Dans ces circonstances, le fait que le SMR ne retienne pas le diagnostic de polyinsertionnite ne prête pas le flanc à la critique et ce, indépendamment du point de savoir si l'expert L_____ aurait dû poser ce diagnostic, pour qu'il puisse être retenu, non pas en se basant sur les points de fibromyalgie, mais selon les nouvelles recommandations de l'ACR, comme le soutient le SMR.

c/bb. En ce qui concerne la seconde dérogation du SMR au volet orthopédique de l'expertise, soit le fait de déclarer non incapacitantes les affections dues au déconditionnement (cervicalgies fonctionnelles sur déconditionnement musculaire [M54.20], légère capsulite rétractile des deux épaules par sous-utilisation et déconditionnement global [M75.1], douleurs intermittentes musculaires de la face postérieure de la cuisse droite sur raideur de la chaîne postérieure et déconditionnement [M79.1]), la chambre de céans constate que ledit déconditionnement n'apparaît pas comme la conséquence directe et inévitable des lombalgies fonctionnelles sur légère discopathie L4-S1 (M54.5), mais il s'explique, comme l'indique l'expert, par les pertes d'emploi de la recourante, en partie dues à ses arrêts de travail, et le « schéma de sous-utilisation majeure » qui s'en est suivi (cf. rapport d'expertise, p. 29). Par ailleurs, le Dr L_____ retient en premier lieu que la recourante est tenue de se soumettre à une physiothérapie plus intensive à sec et en piscine, visant, au départ, à étirer toutes ses chaînes musculaires, pour lever des crispations liées à son déconditionnement et, dans un second temps, à une tonification progressive afin que les muscles puissent rejouer leur rôle de stabilisateur et d'amortisseur. Il est donc uniquement question du traitement des troubles. Or, selon la jurisprudence citée (ci-dessus : consid. 6d), une thérapie qui ne vise pas spécifiquement et directement la réadaptation à la vie professionnelle, mais le traitement des troubles en soi, en particulier le renforcement de la musculature, ne relève pas de l'assurance-invalidité, bien qu'il en résulte également un effet favorable sur la capacité de travail et de gain et que d'éventuelles mesures d'ordre professionnel subséquentes dépendent à leur tour du succès préalable de la thérapie entreprise (cf. l'arrêt 9C_432/2015 précité, consid. 5.2.2). Au vu de ces éléments, l'avis SMR du 27 juin 2019 n'est pas contestable en tant qu'il classe les affections précitées, dues au déconditionnement, parmi les atteintes à la santé non incapacitantes. Il s'ensuit que le SMR était en droit de fixer la capacité de travail résiduelle de la recourante de manière médico-théorique, soit en faisant abstraction de la nécessité d'une physiothérapie préalable pour traiter les diagnostics dus au déconditionnement (et leurs répercussions fonctionnelles), et en se basant

uniquement sur les lombalgies fonctionnelles sur légère discopathie de L4-S1 (M54.5) qui ne font obstacle qu'à la poursuite de l'activité habituelle de femme de ménage.

c/cc. Le rapport SMR du 27 juin 2019 s'écarte encore des conclusions des experts du BEM sur un troisième point, en tant qu'il fait état d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 1er septembre 2015, alors que les experts retiennent, pour leur part, une incapacité de travail totale depuis février 2015, définitive d'un point de vue somatique, et provisoire d'un point de vue psychique (incapacité de travail totale du 6 février 2015 au 31 août 2015, de 50% du 1er septembre 2015 au 30 septembre 2015 et de 0% dès le 1er octobre 2015). Dans la mesure où le SMR n'explique pas pourquoi il ne suit pas les dates retenues de manière motivée par les experts, la chambre de céans s'en tiendra à ces dernières pour le début de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Cela étant, la question n'a pas réellement de portée pratique : compte tenu de la date du dépôt de la demande de prestations en septembre 2016, le droit à une éventuelle rente ne serait de toute manière ouvert qu'à partir de mars 2017 au plus tôt (cf. art. 29 al. 1 LAI).

d. Reste à déterminer si d'autres rapports médicaux et d'observation professionnelle versés au dossier sont de nature à remettre en question les conclusions que le SMR tire du rapport d'expertise du BEM.

d/aa. Dans la mesure où le rapport d'expertise du 21 juillet 2015 du Dr G_____ partage pour l'essentiel les appréciations diagnostiques de sa consœur J_____ (épisode dépressif léger F32.0 en juillet 2015), sans que les nuances relevées entre ces deux experts (critères de gravité d'un syndrome douloureux somatoforme non réalisés en juillet 2015 vs non réalisation de ce même diagnostic en juin 2019) n'entrainent de divergences dans l'appréciation de la capacité de travail et de son évolution d'un point de vue psychique, le rapport du Dr G_____ ne remet pas en cause les conclusions de la Dresse J_____ que le SMR fait siennes.

d/bb. Quant au rapport du 22 octobre 2019 du Dr F_____, médecin généraliste, il reproche pour l'essentiel à la Dresse J_____ (et, à sa suite, au SMR) d'avoir écarté trop hâtivement le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, au terme d'un entretien d'une durée de 90 minutes. En second lieu, il soutient que les lombalgies fonctionnelles sur légère discopathie de L4-S1 (M54.5), retenues par l'expert, seraient « parfois excessivement douloureuses » et que celui-ci émettrait lui-même quelques doutes quant à la solution proposée (reconditionnement musculaire) et que ce serait la raison pour laquelle il retiendrait qu'en l'état actuel, l'incapacité de travail est nulle en raison du déconditionnement physique et de la quantité d'antalgiques majeure.

Concernant le premier point, il importe de rappeler que la durée de l'examen – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical (cf. entre autres, l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_843/2019 du 3 septembre 2020 consid. 4) –,

ne saurait tout d'abord remettre en question la valeur du travail de la Dresse J_____, dont le rôle consistait à porter un jugement sur l'état de santé de la recourante dans un délai relativement bref, tout en étant libre de définir les examens cliniques qu'elle souhaitait pratiquer, de confronter ses observations cliniques avec celles des médecins traitants et de recourir aux tests complémentaires qu'elle jugeait nécessaires à la bonne exécution de son mandat. Pour le surplus, le Dr F_____ n'expose pas de manière documentée en quoi l'expert L_____ se serait trompé en retenant, au sujet des petites discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, qu'il n'existe « aucun signe manifeste de compression radiculaire [et que] manifestement, l'importance des plaintes a surtout d'autres causes, non somatiques » (cf. rapport d'expertise, p. 28). Par ailleurs, le Dr F_____ semble confondre les doutes qu'il éprouve lui-même, sans explication convaincante (« comment réactiver un fonctionnement normal des chaînes musculaires si l'axe squelettique de la colonne vertébrale et des épaules ne peuvent pas fonctionner correctement »), avec ceux qu'il impute sans raison objective au Dr L_____. En effet, ce dernier répète à plusieurs reprises que la recourante possède les ressources nécessaires pour se soumettre au traitement qui lui permettra de recouvrer une capacité de travail entière dans une activité adaptée début 2020. On soulignera enfin que pour les raisons évoquées (ci-dessus : consid. 12c/bb), le SMR était de toute manière fondé à ne pas tenir compte, même de manière limitée dans le temps, de l'effet incapacitant des troubles dus au déconditionnement. En définitive, force est de constater que le Dr F_____ ne met en évidence aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par les experts ou le SMR.

d/cc. En ce qui concerne le rapport du 22 juin 2017 des EPI, la chambre de céans constate que l'appréciation qu'il porte sur la capacité de travail de la recourante ne diffère pas de celle du Dr L_____, celui-ci allant jusqu'à s'y référer pour motiver l'incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'au printemps 2020. On rappellera toutefois, une fois encore, qu'au vu de la jurisprudence évoquée (cf. ci-dessus : consid. 12c/bb), le SMR était en droit de ne pas tenir compte, fût-ce de manière limitée dans le temps, de l'effet incapacitant des affections dues au déconditionnement.

e. La recourante soulève encore d'autres griefs en rapport avec l'expertise du BEM et les conclusions que le SMR en tire. Aussi convient-il de les examiner, dans la mesure où ils ne se recoupent pas avec les aspects du litige déjà traités plus haut, ce qui revient à vérifier à présent si la probable dépendance aux antalgiques évoquée par l'expert L_____, « aboutissant à une fatigabilité rapide et à un manque de concentration au long cours » (rapport d'expertise, p. 18), aurait dû faire l'objet d'une procédure probatoire structurée conformément à la jurisprudence récente en la matière (cf. ci-dessus : consid. 6c), comme le soutient la recourante.

La chambre de céans observe en premier lieu que même si l'expertise du BEM ne comporte pas de grille d'évaluation normative et structurée qui soit spécifiquement dédiée à une éventuelle dépendance aux antalgiques, il n'en demeure pas moins

qu'il peut y être renoncé pour des motifs de proportionnalité notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable (cf. ci-dessus : consid. 6b/ee).

En l'espèce, la chambre de céans constate que même si le Dr L_____ explique l'incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'au début 2020 non seulement par le déconditionnement, mais aussi par la prise excessive d'antalgiques, il n'en demeure pas moins que les éléments observés à la fois par la Dresse J_____ et le Dr L_____ lors de leurs examens respectifs parlent en défaveur de la gravité d'une telle dépendance aux antalgiques, indépendamment du fait que son ampleur n'a pas été documentée par des analyses sanguines. En effet, l'experte J_____ mentionne « n'avoir objectivé aucun signe de ralentissement psychomoteur […], d'inconfort ou de symptôme douloureux [que la recourante] relate ». Elle ajoute qu'en fin d'entretien, lorsque cette dernière est accompagnée pour se rendre au laboratoire, « elle est nettement plus tonique et sa démarche est rapide » (rapport d'expertise, p. 39). Quant au Dr L_____, il indique n'avoir pas vraiment constaté de fatigabilité ou de manque de concentration lors de l'expertise orthopédique (cf. rapport d'expertise, p. 14). Il précise que l'intéressée « est restée assise tout le long [de l'entretien], sans véritablement rechercher de posture antalgique […], a été expressive et a participé tout à fait normalement au dialogue […] et ne semble pas montrer de troubles mnésiques, se rappelant de beaucoup de choses très précisément, y compris des dates » (cf. rapport d'expertise, p. 25). En outre, la chambre de céans constate que si malgré ces éléments – qui parlent en défaveur d'éventuelles répercussions fonctionnelles causées par la prise d'antalgiques –, on s'en tient, à l'instar du Dr L_____, au caractère incapacitant découlant de la probable addiction que ces substances entraînent, force est de constater que ce médecin n'en estime pas moins que la recourante possède les ressources nécessaires non seulement pour se soumettre à une physiothérapie de reconditionnement, mais aussi, une fois cette première étape accomplie, dont il fixe l'échéance « au moins jusqu'à la fin de l'année [2019] », pour essayer ensuite de diminuer les antalgiques majeurs avant de les stopper définitivement (cf. rapport d'expertise, p. 29). Toutefois, étant donné que le Dr L_____ fixe lui-même le retour à une capacité de travail entière dans une activité adaptée au début de l'année 2020, l'éventuelle dépendance aux antalgiques et les effets qu'elle entraîne n'ont pas de portée propre par rapport aux troubles causés par le déconditionnement, dont il n'y a pas lieu de prendre en compte l'effet incapacitant (cf. ci-dessus : consid. 12c/bb).

f. La recourante soutient enfin que le score de 18 points obtenu à l'échelle de Hamilton correspondrait à une dépression modérée. Ce point de vue ne saurait été suivi, ne serait-ce qu'au regard de la graduation de l'échelle employée, qui est mentionnée par l'experte psychiatre J_____.

13. Compte tenu de ce qui précède, la chambre ce céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de femme de ménage, depuis février

2015, mais que s'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire mentionnées par l'expert L_____, cette capacité de travail est de « 100% depuis toujours » comme retenu par le SMR.

14. Reste à examiner le degré d'invalidité de la recourante.

15. a. 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 la 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).

b. 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). Cependant, lorsque la situation est claire d'un point de vue médical, en ce sens qu'elle exclut un empêchement dans les travaux habituels qui est pertinent du point de vue du droit aux prestations, il peut être renoncé à une enquête ménagère (cf.

arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 du 2 septembre 2010 ; Ulrich MEYER, Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3ème éd. 2014, p. 317, n. 174 ad art. 28a LAI).

16. a. En l'occurrence, l'intimé considère que la recourante a un statut mixte, composé de parts professionnelle et ménagère égales (50%) jusqu'au 31 janvier 2017, puis d'une part professionnelle de 70% et d'une part consacrée aux activités ménagères de 30% dès le 1er février 2017, coïncidant avec le taux d'activité recherché lors de l'ouverture du dernier délai-cadre d'indemnisation auprès de l'OCE en février 2017.

    b. La chambre de céans considère que l'intimé a retenu à juste titre un statut mixte dans les proportions évolutives fixées, qui ne sont du reste pas contestées. La recourante n'en fait pas moins valoir que l'intimé ne pouvait valablement renoncer à effectuer une enquête ménagère pour déterminer son taux d'empêchement dans la sphère ménagère.

    La chambre de céans constate qu'il ressort du rapport d'expertise du BEM qu'il n'existe pas de limitation d'ordre psychique dans les travaux habituels et qu'il en va de même d'un point de vue somatique, après reconditionnement (cf. rapport d'expertise, pp. 32 et 47). Étant donné que le SMR était en droit de ne pas tenir compte, même de manière limitée dans le temps, de l'effet incapacitant des troubles somatiques dus au déconditionnement (ci-dessus : consid. 12c/bb), la décision de l'intimé de ne pas mettre en œuvre d'enquête ménagère n'apparaît pas contestable au vu d'un empêchement nul dans les travaux habituels.

    c. Pour le reste, la détermination du degré d'invalidité effectuée par l'intimé tient dûment compte, dans le troisième calcul du degré d'invalidité effectué pour 2018, des modifications de l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018 (cf. ci-dessus : consid. 4) et la comparaison des revenus opérée ne souffre pas la critique. Dans la mesure où il ressort des trois calculs du degré d'invalidité effectués par l'intimé pour respectivement, 2016, 2017 (dès février) et 2018, que la recourante ne subit aucune perte de gain dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la question de savoir s'il y a lieu d'accorder un abattement supérieur aux 10% retenus sur le revenu statistique d'invalide peut rester indécise, étant souligné qu'une éventuelle majoration de la réduction accordée (qui ne saurait de toute manière pas excéder 25% ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc) ne saurait suffire à lui ouvrir un droit à une rente minimale.

17. Partant, le recours doit être rejeté.

18. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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