

GE_GERICHTE A/4274/2018 vom 28. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4274_2018

FR: GE_GERICHTE A/4274/2018 du 28 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE A/4274/2018 del 28 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Carouge recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, mariée, arrivée en Suisse le 9 mai 1992, naturalisée le 21 mai 2007, d'origine kosovare, mère de deux filles, nées le _____ 1988, respectivement le _____ 1990, sans formation professionnelle, a collaboré en qualité de personnel d'entretien auprès de la société B_____ (Suisse) SA (ci-après : l'employeur) à un taux partiel dès le 6 décembre 2004. Elle était à ce titre assurée contre le risque d'accident auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). 2. Le 2 février 2015, l'assurée, sur le chemin du travail, a glissé sur la glace et s'est réceptionnée sur le dos et sur la tête. 3. Le docteur C_____, médecin praticien FMH et médecin traitant, a attesté d'une capacité de travail nulle dès le 6 février 2015, date de la première consultation, qu'il a prolongée à réitérées reprises. 4. La SUVA a pris en charge le cas. 5. Le 21 mai 2015, l'employeur a annoncé à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au titre de la détection précoce, une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 2 février 2015 en raison d'un accident. 6. Le 23 juin 2015, un entretien d'évaluation a eu lieu dans les locaux de l'OAI. Selon le procès-verbal y relatif, l'assurée, qui avait été victime d'un accident de travail, souffrait de douleurs au niveau du dos et de la nuque, y compris la nuit, et ressentait des fourmillements au niveau des jambes et des pieds. Elle était fatiguée et ne se sentait pas bien depuis longtemps. Elle était angoissée et paniquait. Elle s'était occupée de son mari pendant des années. Il souffrait d'une dépression et d'une maladie de la peau. Il bénéficiait d'une rente d'invalidité à 100 %. L'assurée travaillait comme agent d'entretien deux heures par jour du lundi au samedi et touchait un salaire net de CHF 850.- à 900.- par mois. 7. Le 30 juin 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI. 8. Le 13 juillet 2015, B_____ (Suisse) SA a rempli le questionnaire pour l'employeur. L'horaire de travail normal dans l'entreprise était de quarante-trois heures hebdomadaires. Avant son atteinte à la santé, l'assurée travaillait deux heures par jour, douze heures par semaine depuis le 6 décembre 2004. Le salaire horaire de base était de CHF 18.60 auquel s'ajoutaient des indemnités de vacances (8,33 %) et un treizième salaire. L'employeur a joint des fiches de salaire, faisant état d'un salaire brut annuel de CHF 12'102.95 en 2013 et de CHF 11'471.60 en 2014. 9. L'extrait du compte individuel de l'assurée indique que celle-ci a déclaré un revenu de CHF 850.- en 2004 (pour son activité auprès de l'employeur); CHF 10'431.- en 2005 ; CHF 13'758.- en 2006 ; CHF 19'508.- en 2007 ; CHF 16'099.- (pour son activité auprès de l'employeur) et CHF 3'900.- (pour son activité auprès de la société D_____ SA) en 2008 ; CHF 12'374.- (pour son activité auprès de l'employeur) et CHF 10'400.- (pour son activité auprès de D_____ SA) en 2009 ; CHF 12'186.- (pour son activité auprès de l'employeur) et

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

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

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

12. Par communication du 20 novembre 2015, l'OAI a relevé que, compte tenu des

éléments en sa possession, des mesures d'intervention précoce ainsi que d'éventuelles mesures en réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées. 13. À la demande de l'OAI, la SUVA lui a transmis la copie du dossier postérieur au 15 septembre 2015, qui inclut entre autres : le rapport du 7 juillet 2014 de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en neurologie, relatif à un examen électroneuromyographique des membres inférieurs dans le cadre d'une suspicion de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs se manifestant par des douleurs dans les jambes et une hypodysesthésie en chaussettes. Les troubles sensitifs survenaient dans un contexte de légères lombalgies en barre. L'assurée était gênée en particulier à partir des genoux, au niveau de la face externe du talon des deux côtés. Elle avait une sensation de pieds brûlants. Une IRM (imagerie à résonance magnétique) lombaire et des articulations sacro-iliaques réalisée le 2 juillet 2014 avait mis en évidence un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, une discopathie étagée L2-L3, L3-L4 et L4-L5, avec une protrusion discale foraminale gauche L3-L4 sans contrainte radiculaire et une protrusion discale L4-L5 médiane para-médiane droite possiblement en contact avec la racine L5 droite. L'examen électroneuromyographique ne permettait pas de confirmer la suspicion clinique de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs. Les techniques utilisées n'étudiaient toutefois pas les petites fibres de la sensibilité thermo-algique qui étaient peut-être davantage touchées chez l'assurée (sensation de pieds brûlants). Les douleurs qu'elle présentait étaient surtout de type talalgies prenant le bord externe du talon et pourraient évoquer des douleurs d'origine locale; une IRM cervico-lombaire du 21 août 2015, mettant en évidence une disco-uncarthrose C5-C6 avec un débord discal circonférentiel plus marqué en postéro-latéral droit avec possible contact radiculaire C6 ; une anomalie de transition avec une sacralisation de L5 ; et une hernie discale médiane et para-médiane droite L4-L5 avec contact radiculaire L5 droit et compression du fourreau dural ; le rapport du 1^{er} octobre 2015 de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en neurologie, relevant des lombosciatalgies droite, dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 avec contact radiculaire L5 droit. Ces douleurs, apparues suite à une chute en février, étaient encore présentes. Le traitement par Lyrica semblait réduire un peu les douleurs de l'assurée. La marche était normale. La marche sur le point des pieds et talons était douloureuse. Les nerfs crâniens étaient sans particularité. L'examen des membres inférieurs mettait en évidence un Lasègue négatif, une hypoesthésie en chaussette au chaud/froid, une douleur élective à la palpation du talon droit et les réflexes ostéotendineux étaient normaux, symétriques. Une polyneuropathie des membres inférieurs n'était pas exclue malgré la normalité de l'ENMG (électroneuromyogramme). L'assurée souffrait également de douleurs au niveau du genou gauche, dans le cadre d'une déchirure du ménisque interne et de chondropathie fémuro-tibiale ; l'appréciation du 6 novembre 2015 du médecin d'arrondissement de la SUVA, qui, sur la base des pièces communiquées, a constaté que l'assurée présentait des anomalies sensitives antérieurement à l'événement traumatique. Une IRM en 2014 mettait en évidence des discopathies étagées de la région lombaire. Les bilans des radiographies du rachis cervical de 2008 ainsi que l'IRM cervico-lombaire du 21 août 2015 confirmaient l'existence d'anomalie de type disco-uncarthrose C5-C6 et des anomalies de la colonne lombaire ; la décision du 26 novembre 2015, par laquelle la SUVA a clos le cas au 30 novembre 2015, s'appuyant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement selon laquelle les troubles qui subsistaient à ce jour n'étaient plus dus à l'accident, mais relevaient d'une maladie. 14. Dès le 1^{er} décembre 2015, le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail nulle pour cause de maladie. 15. Le 6 avril 2016, le Dr C_____ a complété un

questionnaire que lui avait préalablement adressé AXA WINTERTHUR, assurance-maladie collective d'indemnité journalière, dans lequel il a posé les diagnostics de cervicalgies, de lombalgies et de gonalgie gauche. Les douleurs au niveau cervical et lombaire, dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 avec contact radiculaire L5 droit, étaient apparues suite à une chute en février 2015 et étaient encore présentes. L'assurée souffrait de gonalgie gauche dans le cadre d'une déchirure du ménisque interne et de chondropathie fémuro-tibiale depuis 2014. Il ne s'agissait pas d'une rechute ni d'un accident. Le traitement appliqué était le repos, la prise d'antalgique (Irfen, Lyrica) et de chondroprotecteur (Condrosulf), une infiltration d'acide hyaluronique au niveau du genou gauche le 8 décembre 2015 ainsi que la physiothérapie. 16. Dans un rapport du 14 avril 2016, relatif à une consultation du même jour, adressé au médecin répondant d'AXA WINTERTHUR, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale avec limitations fonctionnelles et instabilité ; de déformation arthrosique et possiblement scoliotique de la colonne lombaire ; de périarthrite de l'épaule droite ; d'état dépressif chronique ; de troubles mnésiques, possiblement en partie d'origine médicamenteuse ; et de surcharge pondérale. L'assurée aurait glissé sur le dos pendant son travail le 1^{er} décembre [2015] en raison de lâchage de ses genoux. Elle souffrait depuis des années de douleurs musculo-squelettiques multiples, vraisemblablement en relation à une importante arthrose touchant la plupart de ses articulations. Elle était traitée par des AINS (Ibuprofène) et Paracémotal, du Condrosulf, de la physiothérapie et du Lyrica. Elle prenait également de la Prévastatine. En raison des difficultés de mobilisation, son poids était en augmentation (prise de 4-5 kg cette année). Elle souffrait sur le plan psychique en raison des problèmes de santé de son époux qui serait alcoolique et violent. L'assurée était suivie par une psychologue et aurait refusé un traitement pharmacologique. Les limitations fonctionnelles de ses genoux et de son épaule droite semblaient difficilement compatibles avec une activité physique soutenue, comme dans le nettoyage. La patiente exprimait sa crainte de tomber à nouveau et son refus de reprendre son travail. Compte tenu du niveau de formation scolaire et de son âge, une réorientation professionnelle ne semblait pas réaliste. Un traitement antidépresseur pharmacologique avec effet antalgique serait indiqué, mais la capacité de travail de l'assurée n'en serait pas fondamentalement modifiée. Une double prothèse du genou pourrait peut-être améliorer la stabilité de la patiente. Toutefois, il était vraisemblable qu'un long arrêt de travail et les autres pathologies présentes empêchent une reprise du travail. Le pronostic était réservé. 17. Par avis du 25 mai 2016, le service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR) a rappelé que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 2 février 2015 et résumé les rapports des médecins traitants. La Dresse F_____ rapportait une chute en février 2015 causant lombalgies et cervicalgies d'une part et ayant aggravé les autres atteintes d'autre part, à savoir des douleurs au membre supérieur droit et aux deux jambes. Elle évoquait également un trouble dépressif moyen. Le status était succinct et ne permettait pas de justifier une incapacité de travail totale. Étaient mis en avant douleurs, manque de concentration et perte de mémoire. Après avoir indiqué le traitement suivi, le SMR a souligné qu'aucun traitement pharmacologique ne couvrirait l'atteinte psychiatrique. Le 15 juin 2015, le Dr C_____ prédisait une reprise du travail à 100 % dès le 1^{er} septembre 2015 en raison de la réponse favorable aux traitements entrepris. La Dresse H_____ relevait une démarche normale et un Lasègue négatif ; une hypoesthésie en chaussette au chaud/froid était relatée des deux côtés. Cet état était décrit par la Dresse G_____ dont l'examen ne permettait pas de confirmer ni d'infirmer une polyneuropathie des membres inférieurs. En octobre 2015, elle retenait le diagnostic de

lombosciatalgies droites (hernie discale L4-L5, contact avec la racine L5 droite). La Dresse I_____ ajoutait les diagnostics de gonarthrose bilatérale, déformation scoliotique lombaire, périarthrite de l'épaule droite, état dépressif chronique, troubles ménisques. Le status n'était pas exhaustif. Le SMR a conclu que les informations recueillies ne lui permettaient pas de comprendre l'ampleur décrite des atteintes sur la capacité de travail. L'assurée ne bénéficiait pas du suivi psychiatrique ni d'un traitement approprié. Les rapports des médecins [traitants] étaient succincts et contradictoires, prenant en compte des éléments non médicaux dans l'appréciation de la capacité de travail. Par conséquent, le SMR sollicitait une expertise rhumatologique et psychiatrique externe. 18. Lors d'un entretien téléphonique le 7 avril 2017, AXA WINTERTHUR a fait savoir à l'OAI que l'assurée avait été licenciée avec effet au 28 février 2017. 19. Le Dr C_____ a attesté en dernier lieu, le 13 octobre 2017, d'une capacité de travail nulle jusqu'à fin octobre 2017 pour cause de maladie. Dès le 1^{er} novembre 2017, celle-ci était de 100 %. 20. Par communication du 22 janvier 2018, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité qu'elle soit soumise à un examen médical approfondi dans les disciplines de la médecine générale/interne, de la psychiatrie et de la rhumatologie. 21. Du 11 au 14 juin 2018, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) en vue de l'expertise pluridisciplinaire. À cette occasion, elle a été examinée, avec l'aide d'un interprète, par les docteurs J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie ; K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale ; et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont rendu leur rapport le 22 juin 2018, qui est basé sur le dossier médical, y compris d'imagerie, l'anamnèse, les plaintes de l'assurée et les examens cliniques. Sur le plan internistique, les experts ont retenu les diagnostics d'obésité de grade I (avec BMI à 31 kg/m

E. 2

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

E. 3

Comorbidités La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS

2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). c. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité

résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical.

En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en

oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 13. a. En l'espèce, la décision attaquée retient, s'appuyant sur l'avis du SMR du 27 août 2018, lui-même basé sur l'expertise pluridisciplinaire de juin 2018, que la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce depuis - selon l'intimé - le 2 février 2015. b. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 juin 2018 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier (soit les rapports médicaux et le dossier radiologique, y compris ceux fournis par la recourante le jour de l'expertise), une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. b/aa. Sur le plan somatique, la recourante a été victime d'une chute le 2 février 2015, ayant causé l'apparition de cervicalgie et lombo-sciatalgie droite et une aggravation de ses douleurs préexistantes au membre supérieur droit et aux deux jambes (cf. avis du SMR du 25 mai 2016). Les experts retiennent, avec répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de gonarthrose de stade II, de lombalgie commune et de discopathie protrusive C5-C6 et C6-C7. À l'examen neurologique, les experts ont constaté en particulier que la recourante présentait une légère douleur à la palpation latéro-cervicale gauche. Les réflexes ostéotendineux étaient vifs mais symétriques. Le relief et tonus musculaire étaient symétriques, sans hypomyotrophie. À la marche, une boiterie de décharge au membre inférieur gauche était relevée, qui disparaissait à la marche sur les pointes et à la marche un pied devant l'autre. Les épreuves de maintien étaient tenues, la coordination et la force segmentaires étaient normales. La marche les yeux fermés et le Romberg étaient stables. Le status ostéo-articulaire mettait en évidence un aspect global du tronc déconditionné. La marche sur les talons et la pointe des pieds était possible. L'accroupissement en charge bipodale se faisait jusqu'à 90°, la recourante se plaignant d'une gonalgie bilatérale. Cette dernière maintenait la position assise, sans difficulté. Elle présentait une déformation en tibia vara des membres inférieurs plus marquée à gauche, un empâtement global du genou gauche sans épanchement et une limitation fonctionnelle en flexion relativement modérée de cette articulation. L'examen au niveau cervical excluait un syndrome radiculaire ou tronculaire déficitaire. Enfin, les anomalies mises en évidence à l'IRM, en lien avec les douleurs lombaires, de type dégénératives, sans importante modification discale, sans conflit disco-radiculaire ni d'élément pour une spondylarthrite, étaient triviales. Les experts ont conclu que les douleurs invoquées par la recourante au rachis et au genou étaient corroborées par les examens cliniques et le dossier radiologique. Ses atteintes étaient connues de longue date - elles étaient antérieures à l'événement accidentel du 2 février 2015 et ne s'étaient pas aggravées

(« sans péjoration radiologique »). Sur la base des constatations radio-cliniques, ils ont considéré que le retentissement de ses troubles (gonarthrose, rachialgies) sur la fonction était relativement modeste. La recourante devait éviter les positions à genoux et accroupies fréquentes, l'exposition du corps aux vibrations, les positions statiques prolongées ou des activités en porte-à-faux du rachis. Dans son activité habituelle de nettoyeuse, ces limitations justifiaient une baisse de rendement de 50 %. Dans une activité adaptée respectant celles-ci, le rendement était complet. Cette appréciation de la capacité de travail de la recourante, qui prend en considération ses limitations fonctionnelles, est convaincante, dans la mesure où le Dr C _____, médecin traitant, a en dernier lieu par certificat du 13 octobre 2017 attesté d'une capacité de travail nulle jusqu'à fin octobre 2017 et entière dès le 1^{er} novembre 2017, soit bien avant l'expertise effectuée en juin 2018. b/bb. Sur le plan psychique, les experts ont reconnu l'existence de troubles psychiques, soit un épisode dépressif moyen (F32.1) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), en fonction des éléments cliniques qu'ils ont mis en évidence, mais en a nié le caractère incapacitant. Ils ont encore précisé qu'ils excluaient le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et expliqué pourquoi ils ne le retenaient pas. Ainsi, s'agissant de l'expression des éléments pertinents pour les diagnostics, la recourante verbalisait des idées tristes, une asthénie et sa capacité hédonique était restreinte. Elle présentait une augmentation de la fatigabilité, une diminution de l'estime de soi, des idées suicidaires, et une attitude pessimiste face à l'avenir du fait de ses difficultés existentielles et conjugales. Il n'existait toutefois pas de trouble de la concentration ou de phénomènes dysmnésiques, ni de trouble de la pensée ni de délire, ni de signe de manifestations hallucinatoires cénesthésiques ni d'idées délirantes, de culpabilité, de ruine ou d'infléchissement majeur de la thymie au point de ne plus pouvoir penser. Le score obtenu au test de Hamilton était 18, ce qui correspondait à un trouble d'intensité moyenne. En ce qui concerne le second diagnostic, selon la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10), le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est décrit comme une atteinte à la santé retenue lorsque « des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique sont amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même » et que le clinicien se trouve en présence d'« arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux) » (cf. ATAS/496/2019 du 4 juin 2019 consid. 6a). À cet égard, les experts ont relevé que la recourante adoptait une attitude histrionique. Nonobstant le fait qu'elle souffrait de douleurs, le tableau clinique présentait quelques incohérences. Elle alléguait des difficultés de concentration et de mémoire que l'expert psychiatre n'avait pas constatées durant l'entretien de septante-cinq minutes. Elle n'était pas ralentie sur le plan cognitif. À l'examen ostéo-articulaire également, son comportement était peu cohérent. Elle réagissait par exemple à des stimuli non nociceptifs. Elle soupirait continuellement et expirait fortement. Elle était insatisfaite du résultat des traitements et investigations réalisés jusqu'alors mais refusait des solutions plus invasives, comme une prothèse du genou. Elle verbalisait de la colère envers son époux, invalide, duquel elle s'était occupée pendant plusieurs années et qui avait du mal à reconnaître ses problèmes de santé. Elle évoquait l'intérêt d'une compensation des efforts qu'elle avait prodigués à celui-ci. Ces éléments permettent de comprendre les motifs pour lesquels les experts ont conclu à ce diagnostic. En ce qui concerne le syndrome douloureux

somatoforme persistant, que les experts n'ont pas retenu, on rappellera que ce diagnostic présuppose une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien (arrêt du Tribunal fédéral 9C_533/2016 consid. 4.2 et les références citées). Or, la recourante souffre d'un état douloureux en relation avec un substrat organique ; ses douleurs ostéo-articulaires, corroborées par les imageries, sont expliquées par un processus physiologique. En outre, les experts écartent le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant en présence d'une attitude histrionique d'une douleur de nature organique. S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », la recourante consulte son psychiatre traitant et a réagi favorablement au traitement antidépresseur et anxiolytique prescrit par celui-ci. Depuis lors, elle parvenait à dormir et se sentait nettement plus au calme. La recourante n'est donc pas confrontée à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. En ce qui concerne ses douleurs ostéo-articulaires, elle était soulagée par le Lyrica, mais refusait des solutions plus invasives, à l'instar d'une prothèse du genou. Il existe donc encore des options thérapeutiques. Quant à l'indicateur de la « comorbidité », si la recourante présente également des troubles somatiques (ostéo-articulaires) concomitantes, encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assurée de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, outre le fait que les douleurs ressenties sont majorées, elles autorisent quoi qu'il en soit la pratique d'une activité adaptée à plein temps (cf. consid. 13b/aa. ci-dessus ; arrêt précité, ibidem). S'agissant du complexe de « la personnalité », les pièces médicales examinées par les experts, y compris l'attestation émanant de la psychologue du 30 mai 2018 transmise par la recourante le jour de l'expertise, ne font pas état d'un trouble de la personnalité. Les experts ont mentionné que les « fonctions du Moi » apparaissaient indemnes de vécu de déréalisation, dépersonnalisation ou devinement de la pensée. La recourante conservait des ressources, ses fonctions cognitives étaient intactes, elle parvenait à planifier ou à structurer des tâches, se réjouissait de la grossesse de sa fille cadette et pouvait nouer des relations avec des tiers. Pour ce qui est du « contexte social », quand bien même la recourante se plaint d'une carence affective de la part de son époux ainsi que de conflits de couple, elle continue à vivre avec celui-ci. Bien que son réseau social soit restreint, elle sort tout de même pour se promener et entretient de bonnes relations avec une amie et ses deux filles. Ses troubles psychiques et somatiques n'ont donc pas une incidence négative sur ses relations interpersonnelles. En ce qui concerne la catégorie « cohérence », les atteintes à la santé ne limitent pas la recourante dans l'exécution de ses travaux habituels, puisqu'elle est autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. En effet, elle prépare ses repas (petit-déjeuner, à midi et le soir), sort pour se promener et effectue toutes les tâches ménagères à son rythme, y compris de petites courses. Elle n'est pas incurie non plus. Les experts ont en outre relevé une divergence entre les symptômes décrits sur le plan tant ostéo-articulaire que psychique et l'examen clinique. Ces éléments tendent à montrer que les limitations invoquées par la recourante ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie. En définitive, ces indicateurs ne permettent pas de conclure à un degré de gravité fonctionnelle suffisant pour justifier d'un point de vue juridique le caractère invalidant des troubles psychiques retenus, en tout cas au moment de l'expertise. c. En effet, la recourante a produit un rapport - sommaire de son psychiatre traitant du 19 décembre 2018, attestant

que celle-ci était suivie depuis le 9 janvier 2018 pour un trouble dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) associé à un trouble de la personnalité impulsif (F60.3), soit des diagnostics différents de ceux posés par les experts. Bien que ce rapport soit postérieur à la décision litigieuse du 29 octobre 2018, il n'y a pas lieu de l'écartier, dans la mesure où il est en lien avec l'objet du litige, puisque l'atteinte à la santé psychique, sur laquelle se sont prononcés les experts et le SMR, avait déjà été évoquée dans des rapports antérieurs à cette décision (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). Lors de son audition le 26 mars 2019, le Dr M_____ a relevé que s'il était d'accord avec le deuxième diagnostic retenu par les experts, soit une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, et qu'il n'excluait pas que sa patiente souffre d'un épisode dépressif moyen au moment de l'expertise, en revanche il confirmait qu'il y avait eu une rechute. Les experts avaient observé une diminution de l'estime et du plaisir alors qu'il constatait une perte de l'estime et du plaisir. Il a également fait état de vertiges et de cauchemars, ce dont la recourante ne s'était pas plainte lors de l'expertise. On ignore cependant depuis quand cette dernière présente une péjoration de son état de santé psychique, de même que l'évolution de celui-ci sur sa capacité de travail entre le 9 janvier 2018 et le 14 juin 2018, date de l'expertise psychiatrique, voire au-delà. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'intimé afin que l'expert psychiatre et le Dr M_____ discutent du cas et se déterminent de façon circonstanciée sur les diagnostics, les périodes pendant lesquelles le trouble dépressif est, le cas échéant, de degré sévère, ainsi que sur la capacité de travail de la recourante, en précisant depuis quand débute l'incapacité de travail éventuelle dans l'activité habituelle/adaptée. d. L'OAI a retenu, se référant à l'expertise pluridisciplinaire, que c'est à compter du 2 février 2015 que la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Les experts n'ont toutefois pas précisé la date à partir de laquelle la recourante était apte à reprendre son travail habituel ou une activité adaptée. Leur rapport n'est pas pour autant dénué de toute force probante. Il est à ce stade uniquement lacunaire sur ce point. Dans la mesure où la recourante a été victime d'un accident le 2 février 2015, ayant entraîné des rachialgies et une aggravation de ses douleurs préexistantes au membre supérieur droit et aux deux jambes, pour lesquelles le Dr C_____ a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'à fin octobre 2017, et considéré dans un rapport du 7 septembre 2015 que les limitations des mouvements de la tête et du tronc empêchaient encore la recourante de travailler, l'appréciation de l'OAI quant à la date à partir de laquelle la capacité de travail de celle-ci serait exigible, soit le 2 février 2015, dans l'activité habituelle et adaptée n'est pas convaincante. À défaut d'explications circonstanciées - les arrêts de travail successifs établis par le médecin traitant n'indiquent nullement les motifs pour lesquels la recourante ne peut pas travailler, on ignore l'évolution de l'état de santé (somatique) de celle-ci sur sa capacité de travail, depuis à tout le moins le 2 février 2016, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, jusqu'à fin octobre 2017. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'intimé afin que les experts et le Dr C_____ discutent du cas et se prononcent à ce sujet. 14. Reste à examiner le statut de la recourante. 15. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel,

assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 16. a. En l'occurrence, l'intimé considère que la recourante a un statut mixte, composé d'une part professionnelle de 28 % et d'une part consacrée aux activités ménagères de 72 %. Lors de l'audience de comparution personnelle du 26 mars 2019, la recourante a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité professionnelle pour « gagner un peu d'argent pour son propre confort ». Elle n'a toutefois pas précisé à quel taux. Elle a ajouté que depuis 2004, elle exerçait une activité lucrative douze heures par semaine officiellement, mais qu'il lui arrivait de travailler davantage pour des employeurs qui ne la déclaraient pas. b. La chambre de céans considère que l'intimé a, à juste titre, retenu un statut mixte. En effet, entre 2004 et 2014, soit avant l'accident du 2 février 2015 ayant entraîné son incapacité de travail, la recourante, alors que ses enfants étaient en 2004 déjà autonomes, puisqu'âgées de 14 et 16 ans (cf. ATAS/529/2018 du 14 juin 2018 consid. 9), a travaillé à temps partiel uniquement. Lors de son expertise, la recourante avait indiqué que son emploi à temps partiel était tributaire d'un choix personnel. En outre, quand bien même elle vivait de la rente d'invalidité que touchait son époux, elle n'a ni allégué, ni même signalé, que sa situation économique ou financière la contraignait à augmenter ses revenus. À l'audience du 26 mars 2019, elle a affirmé que, financièrement, « ils se débrouillaient ». Compte tenu de ces éléments, il n'est pas vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, qu'au moment du prononcé de la décision litigieuse le 29 octobre 2018, la recourante (alors âgée de 55 ans), même en bonne santé, aurait travaillé à temps complet. c. Cela dit, il est vrai que la recourante a travaillé en qualité de nettoyeuse douze heures par semaine dès le 6 décembre 2004 au service de B_____ (Suisse) SA, soit à un taux de 28 %, compte tenu d'un horaire de travail normal dans cette entreprise de quarante-trois heures hebdomadaires (12 × 100 % / 43 ; cf. questionnaire pour l'employeur du 13 juillet 2015), durée de travail qui correspond à celle prévue par la Convention collective de travail du secteur du nettoyage pour la Suisse romande (art. 10). Toutefois, l'extrait de son compte individuel fait également état, entre 2008 et 2014, de revenus soumis à cotisations pour son activité auprès d'autres employeurs, notamment D_____ SA et E_____ SA. Lesdits

revenus, bien qu'inférieurs à ceux réalisés auprès de B_____ (Suisse) SA, mais additionnés à ceux-ci, révèlent que la durée hebdomadaire de travail est en réalité supérieure à celle prise en compte par l'intimé. On en ignore cependant l'ampleur à défaut d'informations à ce sujet. Dans la mesure où, pour les motifs exposés ci-dessus, le dossier doit de toute manière être renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire, il convient que ce dernier s'enquiert également auprès des deux sociétés précitées de la durée de travail de la recourante avant son atteinte à la santé, puis fixe à nouveau les parts respectives d'activité professionnelle et de travaux ménagers. 17. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28 a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2). 18. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement

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

19. Selon l'art. 27 bis RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPG, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). Sous l'empire de l'art. 27 bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPG. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide. Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28 a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n°1/2018 p. 45).

20. En l'espèce, dans la sphère professionnelle, l'intimé devra fixer à nouveau le degré d'invalidité de la recourante après instruction complémentaire, nécessaire pour les motifs exposés ci-dessus. S'agissant du taux d'empêchement de la recourante dans la sphère ménagère, l'intimé n'a pas mis sur pied une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, au motif que, s'appuyant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire, qui relevait que la recourante exécutait toutes les tâches ménagères à son rythme, cette dernière ne présentait pas d'empêchements dans la sphère des travaux habituels. Si, au moment de cette expertise, cette appréciation pouvait être correcte, en revanche, on ne peut, en toute connaissance de cause, trancher la question de l'empêchement de la recourante dans la sphère ménagère pendant la période du 2 février 2016, soit à l'échéance du délai d'atteinte d'un an, à juin 2018, date de l'expertise, ainsi que le cas échéant postérieurement à l'expertise, le Dr M_____ ayant relevé sur le plan psychique une péjoration de l'état de santé de la recourante qui mérite une investigation complémentaire comme indiqué plus haut. Durant ces périodes, on ignore les répercussions de l'atteinte à la santé (somatique et psychique) de celle-ci sur sa capacité de travail et sa capacité d'accomplir ses travaux

habituels. Force est ainsi de constater que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire. Il convient donc de lui renvoyer la cause afin qu'il mette en oeuvre une enquête économique ménagère portant sur la période susmentionnée, même si cette enquête doit porter sur une période révolue (cf. dans ce sens : ATAS/877/2017 du 10 octobre 2017 consid. 10c). Dans ce cadre, l'enquêtrice pourrait, le cas échéant, interroger les enfants de la recourante et l'intimé se renseigner auprès des médecins traitants. 21. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision du 29 octobre 2018 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision. 22. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.