

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3757/2012

ATAS/705/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 juillet 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée c/o Mme M _____, à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé

Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Evelyne BOUCHAARA,, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1954, a travaillé en qualité d'employée d'entretien pour X_____ SA à 50% partir du 2 novembre 2007. En date du 23 juin 2009, alors qu'elle nettoyait les locaux d'une entreprise cliente de son employeur, elle a chuté sur le genou gauche après avoir glissé sur un sol savonneux. L'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail à 100% depuis lors et a été licenciée avec effet au 1^{er} janvier 2010.
2. Dans un rapport médical du 20 juillet 2009 adressé au Dr A_____, qui suivait l'assurée depuis son accident, le Dr B_____, spécialiste FMH en radiologie, a effectué une IRM du genou gauche et diagnostiqué une déchirure "grade III" de la corne postérieure du ménisque interne, une rupture partielle du ligament croisé antérieur, de discrets signes de gonarthrose ainsi qu'une possible arthropathie métabolique.
3. Sollicité par le Dr A_____ pour un avis orthopédique, le Dr C_____, du Département de chirurgie des HUG, a indiqué dans un rapport médical du 6 octobre 2009 que les manœuvres méniscales étaient difficilement interprétables dans le contexte de douleurs généralisées à la mobilisation et qu'il n'y avait pas lieu de retenir d'indication chirurgicale chez l'assurée, une arthroscopie du genou pouvant être délétère dans un contexte d'arthrose chez une patiente âgée de plus de 50 ans.
4. Dans un rapport médical du 30 novembre 2009, le Dr A_____ a fait savoir à la SUVA qu'une physiothérapie était en cours et qu'il estimait l'évolution du cas favorable par ce biais.
5. Dans un rapport médical du 4 février 2010, la Dresse D_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une gonalgie bilatérale prédominante à gauche sur probable lésion du ligament croisé antérieur gauche accidentelle, un trouble dégénératif connu (arthrose), un syndrome douloureux chronique ainsi qu'un "post traumatique choc syndrome". Elle a ajouté que l'exigibilité de l'activité habituelle dépendait de l'évolution – défavorable selon elle depuis l'accident - de la situation et que le rendement de l'assurée dans cette activité était réduit en raison de gonalgies et de douleurs diffuses. Elle a précisé que celles-ci pouvaient être réduites par de la physiothérapie.
6. Par pli du 4 décembre 2009, la SUVA a fait parvenir à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce de l'invalidité.
7. Dans un rapport médical du 8 décembre 2009 établi suite à une consultation rhumatologique aux HUG, la Dresse E_____ a indiqué que l'assurée souffrait

de gonalgies bilatérales prédominant à gauche, partiellement expliquées par une gonarthrose débutante, mais s'inscrivant surtout dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux.

8. Par la suite, l'assurée a été examinée par le Dr F_____, Médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA. Dans son rapport daté du 2 mars 2010, il a indiqué qu'à l'examen clinique, l'assurée se déplaçait avec une boiterie importante du côté gauche avec une composante démonstrative évidente, que le déshabillage était extrêmement laborieux, la marche sur la pointe des pieds et sur les talons totalement impossible, de même que l'appui monopodal et l'accroupissement. Il a ajouté que la moindre palpation du genou était ressentie douloureusement, qu'il n'y avait aucune instabilité latérale ou sagittale, mais qu'il n'était pas possible de tester les ménisques en raison d'une attitude défensive de l'intéressée.

Dans son appréciation, le Dr F_____ a indiqué que jusqu'à la date de l'examen par ses soins, ni la physiothérapie, ni l'antalgie médicamenteuse n'avaient permis d'obtenir une amélioration susceptible d'envisager une reprise du travail et que les troubles résiduels s'inscrivaient dans un contexte de gonarthrose encore modérée et étaient surtout en rapport avec des facteurs de non organicité. Enfin, le Dr F_____ a proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) dans le but de tenter d'améliorer la situation au niveau de son genou.

9. L'assurée a effectué un séjour au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 21 avril 2010 au 12 mai 2010. Le rapport de la CRR du 6 juillet 2010 fait état d'une prise en charge en physiothérapie pour réadaptation globale qui n'a pas permis de diminution des douleurs ou de progression fonctionnelle significative, le comportement douloureux de l'assurée ayant rendu la mise sur pied d'un programme de rééducation fonctionnelle cohérent impossible. Le rapport précise que dans le cadre de l'évaluation globale, un consilium psychiatrique a été demandé. Il ressort de celui-ci que la présentation clinique de la patiente évoque un trouble somatoforme indifférencié ou éventuellement une majoration des symptômes pour raisons psychologiques, sur fond d'anticipation anxieuse.

Concernant l'activité professionnelle, le rapport atteste d'une incapacité de travail de 100% du 21 avril 2010 au 12 juin 2010 à réévaluer. Il précise également que même si les lésions objectivées peuvent justifier certaines limitations comme les positions contraintes pour les genoux et le port de lourdes charges, une reprise d'une activité professionnelle serait possible d'un point de vue biomédical. Le rapport ajoute cependant qu'après les observations en physiothérapie, les résultats d'évaluation des capacités fonctionnelles courtes (mini-ECF classique) et les discordances observées durant les différents tests, des facteurs non médicaux influencent négativement le pronostic d'une reprise effective d'une activité professionnelle.

10. Dans une appréciation médicale du 14 juillet 2010, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr F_____, a estimé qu'au vu des éléments versés au dossier, une incapacité de travail n'était plus justifiée et qu'une reprise de travail à 50% lui paraissait exigible si elle n'impliquait pas de port de charges de plus de 10 kg ou de marche en terrain irrégulier. Il a également ajouté que le statu quo sine n'était pas encore atteint et qu'il fallait prévoir un examen final à fin 2010.
11. Par décision du 16 juillet 2010, la SUVA a reconnu à l'assurée une capacité de 50% dans son ancienne activité d'employée d'entretien à compter du 26 juillet 2010 en se fondant sur les données médicales en sa possession, notamment le rapport de la CRR du 6 juillet 2010 et l'appréciation médicale de son médecin d'arrondissement. La SUVA a également annoncé que l'indemnité journalière allait être adaptée en conséquence.
12. Dans un rapport médical du 1^{er} décembre 2010, la Dresse D_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics mais que le syndrome douloureux chronique s'était aggravé depuis juin 2010. Elle a également fait état d'une capacité de travail de 0% depuis le 15 novembre 2009 dans son activité antérieure d'employée d'entretien.
13. Dans un rapport médical du 4 mars 2011 qui faisait suite à un examen de l'assurée, le Dr G_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rappelé que l'on se trouvait à 18 mois de l'accident ayant entraîné une entorse du genou gauche, survenue sur un terrain de gonarthrose débutante, avec méniscose interne, associée à d'autres troubles dégénératifs indépendants de l'accident, notamment au niveau lombaire et sacro-iliaque. Il a ajouté que même si les troubles dégénératifs précités pouvaient expliquer une partie du tableau douloureux, ce dernier lui paraissait clairement influencé par des facteurs psychologiques et non organiques actuellement au premier plan.

Sur le plan asséculo-logique, il a précisé que si l'on se fondait sur les seules conséquences objectives de l'entorse banale du genou gauche imputable à l'accident, l'assurée pourrait, à son avis, d'ores-et-déjà mettre en valeur une pleine capacité de travail dans la dernière activité exercée avant l'accident. Enfin, il a ajouté n'avoir pas tenu compte ici de l'influence sur la capacité de travail des diverses co-morbidités dégénératives relevées plus haut tout en soulignant également l'influence de facteurs non organiques et d'une problématique psychiatrique et psychosociale sur l'évolution invalidante du cas et dont l'adéquation avec l'accident restait encore à démontrer.

14. Par appréciation médicale du 9 mars 2011, le Dr H_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a indiqué que sur le plan somato-psychique, il relevait une évolution de type invalidante chez l'assurée avec une comorbidité psychiatrique notable sous la forme

d'un trouble douloureux somatoforme chronique et d'une dépression dont l'intensité était probablement moyenne. Il a ajouté que le contexte déclencheur de cette évolution problématique était pluriel: psychosocial, culturel, lié aux problèmes arthrosiques, etc. Enfin, il a indiqué que l'accident n'avait joué qu'un rôle mineur dans cette situation de sorte qu'il pensait que l'on ne pût retenir un lien de causalité naturelle.

15. Par décision du 10 mars 2011, la SUVA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière au 31 mars 2011 au motif que l'assurée pouvait d'ores et déjà mettre en valeur une pleine capacité de travail dans son ancienne activité professionnelle pour les seules conséquences objectives de l'entorse du genou gauche imputable à l'accident. Elle a ajouté que les troubles de santé qui déterminaient encore une incapacité de travail n'engageaient pas sa responsabilité faute de lien de causalité avec l'accident du 23 juin 2009.
16. Par avis médical du 16 mai 2011, la Dresse I_____, médecin SMR, a indiqué que pour éclaircir l'atteinte incapacitante et se prononcer sur l'exigibilité, il s'avérait nécessaire de réaliser une expertise bi-disciplinaire (examen rhumatopsychiatrique) avec analyse du trouble somatoforme douloureux.
17. En date des 26 juillet et 19 août 2011, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire au CEMED diligentée par les Drs J_____, rhumatologue FMH et K_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Les experts ont analysé le dossier, retracé l'anamnèse, recueilli les données subjectives et examiné l'assurée en présence d'un traducteur. Le résultat de leurs observations a été consigné dans le rapport d'expertise du 13 décembre 2011.

Le Dr J_____ a conclu que l'assurée présente une fibromyalgie caractérisée par des douleurs chroniques du rachis et des ceintures scapulaire et pelvienne, sans lésion anatomique ou fonctionnelle susceptible de les justifier. Il a précisé que ce syndrome douloureux chronique ne peut pas être considéré comme incapacitant et qu'il n'en résulte aucune incapacité de travail, même comme nettoyeuse. En revanche, le Dr J_____ a indiqué que l'assurée présentait également des modifications dégénératives du genou gauche, révélées, mais certainement aggravées aussi par l'événement accidentel du 23 juin 2009. Il a ajouté que compte tenu de l'examen clinique et des observations de la CRR, une reprise du travail était possible en respectant les limitations suivantes:

- Position assise principalement avec possibilité d'en changer de temps à autre,
- Port ou transport répétitif de charges limitées à 5 kg, port ou transport de charges limitées à 10 kg,
- Limiter au maximum les longs déplacements à pied et surtout les escaliers.

Sur le plan psychique, la Dresse K_____ a indiqué que l'intensité de la problématique douloureuse et la persistance de celle-ci étaient toutefois disproportionnées par rapport à la gravité de l'accident d'une part, et aux lésions objectivées d'autre part. Elle a ajouté que l'évolution défavorable, l'extension progressive des douleurs du genou gauche au corps entier, la présence d'une fibromyalgie, lui ont fait poser le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'experte psychiatre a également posé le diagnostic de troubles anxieux et dépressif mixtes (F41.2) et conclu à l'existence avant tout d'une problématique psychosociale en expliquant que la pathologie psychiatrique n'était en elle-même pas invalidante. Aussi a-t-elle conclu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable et qu'il n'y en avait pas eu auparavant. Elle a ajouté que le psychiatre traitant ayant succédé à la Dresse D_____, la Dresse L_____, ne voyait pas de contre-indication formelle à ce que l'assurée reprenne une activité professionnelle.

18. Selon l'enquête ménagère du 23 août 2012, l'assurée partage un même appartement avec l'une de ses filles, son gendre et son petit-fils. Sa fille est employée à 50% dans un restaurant. S'agissant des divers travaux ménagers, les empêchements sont les suivants :

	Pondération du champ d'activité	Empêchement en %	Invalidité en %
Conduite du ménage: Aux dires de la fille de l'assurée, l'organisation du ménage est entravée par des troubles de la mémoire, de la difficulté à se repérer dans l'appartement, de la difficulté à planifier et organiser le travail. Exigibilité retenue: 30%	5%	40%	2%
Alimentation: L'assurée ne fait plus grand-chose. Il lui arrive d'aider à éplucher les légumes. Sa fille prépare tous les repas et s'occupe du rangement et du nettoyage quotidien. Exigibilité retenue: 30%	40%	30%	12%
Entretien du logement: Avant, l'assurée s'en occupait seule. Maintenant, sa fille a pris la relève et l'assurée ne fait plus rien. Le gendre s'occupe du nettoyage des vitres et des grands nettoyages. Exigibilité retenue: 30%	20%	40%	8%

Emplettes, courses diverses, poste/assurances/services officiels: L'assurée en sort jamais seule et se déplace avec difficulté. Sa fille et son gendre font les courses et la fille s'occupe du travail administratif.	10%	0%	0%
Lessive et entretien des vêtements: Avant, l'assurée s'en occupait seule. Maintenant, sa fille trie et fait la lessive, s'occupe du repassage. L'assurée plie parfois le linge propre. Exigibilité retenue: 30%	20%	30%	6%
Total:	100%		24%

Ce sont la fille et le gendre de l'assurée qui accomplissent les tâches que celle-ci n'assume plus.

19. Le degré d'invalidité a été déterminé sur les bases suivantes: revenu d'invalidé selon ESS 2010, TA1, femme, niveau 4, pour 41,6 heures par semaine, soit 52'728 fr. Évalué en 2010, à 31%, avec un abattement supplémentaire de 10%, le revenu annuel brut avec invalidité s'élève à 14'711 fr. Le revenu avant l'atteinte à la santé s'élevait à 13'000 fr. en 2009 pour un taux d'activité de 31%. Indexé à 2010, le salaire se monte à 13'138 fr. Sur la part professionnelle, l'empêchement est de 0% et, dans la tenue du ménage, de 24% de sorte que le taux d'invalidité est de 16.56%.
20. Par projet de décision du 17 septembre 2012, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée, un taux d'invalidité inférieur à 20% n'ouvrant aucun droit à un reclassement professionnel et une aide au placement n'apparaissant pas indiquée.
21. En date du 8 octobre 2012, l'assurée a formé une demande en vue de l'obtention d'une allocation pour impotent.
22. Du 15 au 30 octobre 2012, l'assurée a séjourné au service de rhumatologie des HUG.
23. Par décision du 6 novembre, notifiée le 8 novembre 2012, l'OAI a rendu une décision de refus de toute prestation reprenant intégralement la teneur du projet de décision du 17 septembre 2012 non contesté en temps utile.
24. Par acte du 10 décembre 2012, l'assurée a formé un recours contre la décision du 6 novembre 2012 en concluant, préalablement, à l'octroi d'un délai pour produire le rapport médical du service de rhumatologie des HUG suite au séjour hospitalier de l'assurée du 15 au 30 octobre 2012. Principalement, elle conclut sous suite de frais

et dépens à l'annulation de la décision de l'OAI du 6 novembre 2012 et à l'octroi d'une demi-rente de l'assurance-invalidité. À l'appui de ses conclusions, elle fait valoir que son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité lucrative. À cet égard, elle se fonde notamment sur le certificat médical du 29 novembre 2012 établi par les Dr O_____ et P_____, respectivement chef de clinique et médecin interne auprès du département de médecine communautaire de premier recours et des urgences auprès des HUG. Il en ressort que la recourante est en incapacité de travail à 100% depuis 2009 et qu'elle présente un syndrome douloureux chronique de longue date ainsi qu'un état anxio-dépressif qui se sont aggravés en 2012, nécessitant une hospitalisation de deux semaines en rhumatologie ainsi qu'une prise en charge psychiatrique en ambulatoire. Les Drs P_____ et O_____ considèrent que face à une aggravation globale de l'état de santé de la recourante, il est nécessaire que l'OAI reconsidère sa décision et procède à une nouvelle appréciation du cas.

25. Par acte du 7 février 2013, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.
26. Par acte du 19 février 2013, la recourante signale qu'elle est toujours suivie en consultation par le Dr Q_____, psychiatre, au Centre de thérapie brève des HUG à la Jonction, où elle se rend une, deux à trois fois par mois. À la lumière de ces éléments, elle soutient qu'elle souffre d'autres pathologies plus graves ou plus étendues que celles reconnues par les Drs J_____ et K_____ dans leur rapport d'expertise du 13 décembre 2011.

La recourante a également adressé à la Cour de céans le rapport médical du 31 octobre 2012 des Drs R_____ et S_____ consécutif au séjour de la recourante au Service de rhumatologie des HUG du 15 au 30 octobre 2012. Outre un syndrome douloureux chronique et une hypovitaminose D, ces praticiens du service de rhumatologie ont diagnostiqué également une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, avec un sus-épineux d'aspect hétérogène sans bursite ni arthrite. Ils ont ajouté qu'en raison d'une baisse de la thymie, la patiente avait été mise au bénéfice d'une consultation psychiatrique - qui avait conclu à l'existence d'un épisode dépressif majeur - et d'un suivi psychiatrique auprès du Dr T_____.

27. Par acte du 4 avril 2013, l'intimé indique qu'il se réfère à l'avis médical du 3 avril 2013 de la Dresse U_____, médecin responsable SMR, à qui le rapport des Drs R_____ et S_____ et le certificat médical du 29 novembre 2012 ont été transmis pour détermination. Selon la Dresse U_____, le certificat médical du 29 novembre 2012 évoque des points connus et déjà pris en compte. S'agissant du rapport médical du 31 octobre 2012 qui fait état d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, la Dresse U_____ indique qu'il s'agit là d'une atteinte nouvelle peu grave et non durable et que les limitations fonctionnelles sont

compatibles avec celles déjà retenues et ne changent pas la capacité de travail, entière à ses yeux, dans une activité adaptée. À l'appui de ses conclusions, la Dresse U_____ indique que cette atteinte nouvelle constitue juste une tendinopathie du sus-épineux sans déchirure de la coiffe et sans bursite ou arthrite.

28. Par acte du 8 avril 2013, l'intimé indique que les nouvelles pièces médicales produites par la recourante ne lui permettent pas de modifier ses conclusions. À l'appui de celles-ci, il se réfère une nouvelle fois à l'avis médical du 3 avril 2013 de la Dresse U_____.
29. Par courrier du 18 avril 2013, la recourante a fait parvenir un rapport du 27 mars 2013 établi par le Dr Q_____, médecin interne auprès du Service de psychiatrie adulte des HUG. Il en ressort que la recourante est suivie au CAPPI Jonction depuis le 5 décembre 2012 et bénéficie d'une prise en charge psychiatrique- psychothérapeutique intégrée. Le Dr Q_____ ajoute que dès son arrivée, la recourante présente un tableau clinique en faveur d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et que d'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail est actuellement nulle et reste à réévaluer en fonction de l'évolution de l'état de santé de la patiente.
30. Par acte du 23 mai 2013, l'OAI indique avoir transmis le rapport médical du 18 avril 2013 [recte: du 27 mars 2013] au SMR et qu'il se réfère entièrement à l'avis émis par ce service, soit pour lui la Dresse U_____, à ce sujet le 14 mai 2013 et qu'il maintient par conséquent les conclusions présentées jusqu'ici. Selon la Dresse U_____, l'épisode dépressif sévère diagnostiqué par le Dr Q_____ constitue une atteinte psychique réactionnelle à la décision et donc postérieure à celle-ci, ce qui ne lui permet pas de modifier ses conclusions initiales.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2005 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a, RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
3. En l'espèce, la décision litigieuse, du 6 novembre 2012, concerne des faits survenus postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Au vu des faits pertinents du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 5^{ème} et 6^{ème} révisions (révision 6a) de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA.
5. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
7. 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 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

8. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la

présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1).

A l'inverse, 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).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

9. 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 déterminer le degré d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel tout en se consacrant à leurs travaux habituels, il faut établir la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Il convient ainsi d'évaluer, d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). L'invalidité globale se détermine alors d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 125 V 146 consid. 2b).

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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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 convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

d) Lorsque, 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).

e) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison 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). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire 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. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151, consid. 3.5; ATF non publié 9C_646/2010 du 23 février 2011, consid. 4).

11. En l'espèce, la recourante est d'avis que l'atteinte à la santé dont elle souffre a réduit sa capacité de gain à 0% et qu'une invalidité d'au moins 50% doit lui être reconnue. Pour sa part, l'intimé soutient, en se fondant sur l'expertise diligentée par le CEMED et les avis médicaux de la Dresse U_____, médecin SMR, que l'incapacité de travail de la recourante est complète depuis le 23 juin 2009 dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé que pour la part dévolue à l'activité professionnelle (31%), l'invalidité de l'intéressée s'avère inexistante.

Rendu à la suite d'examens médicaux effectués les 26 juillet et 19 août 2011, le rapport d'expertise du CEMED du 13 décembre 2011 comporte une anamnèse fouillée ainsi qu'un status objectif détaillé et nuancé, il tient compte des plaintes du recourant et contient des conclusions convaincantes s'agissant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. En tenant compte des éléments médicaux alors connus, le rapport d'expertise est probant et retient, sans être contredit, que l'état anxio-dépressif alors diagnostiqué n'est pas une comorbidité suffisamment grave pour que le trouble somatoforme soit invalidant. Cela étant, la décision entreprise, en se fondant sur cette expertise, ne prend pas en considération l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante. Il ressort en effet des pièces produites par la recourante que l'expertise des Drs J_____ et K_____ ne tient compte ni de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs mentionnée par les Drs R_____ et S_____ dans leur rapport du 31 octobre 2012, ni de l'épisode dépressif majeur et/ou sévère qui a été diagnostiqué à l'occasion d'une consultation psychiatrique ayant eu lieu durant le séjour de la recourante au Service de rhumatologie des HUG du 15 au 30 octobre 2012. S'agissant de cette dernière atteinte, le rapport du 27 mars 2013 établi par le Dr Q_____, indique que la recourante est suivie au CAPPI Jonction depuis le 5 décembre 2012 et qu'elle présente, dès son arrivée, un tableau clinique en faveur d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Le rapport du 27 mars 2013 précise également que d'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail est actuellement nulle et reste à réévaluer en fonction de l'évolution de l'état de santé de la patiente.

Pour sa part, l'intimé fait sienne la position de la Dresse U_____ qui affirme que l'atteinte psychique attestée par le Dr Q_____ en date du 27 mars 2013 est postérieure à la décision de l'intimé du 6 novembre 2012 (atteinte réactionnelle). Cette affirmation est toutefois clairement contredite par le rapport des Drs R_____ et S_____ qui situe l'épisode dépressif majeur entre le 15 et le 30 octobre 2012, soit à une époque antérieure à la décision querellée.

Le dossier ne contient dès lors pas suffisamment d'éléments utiles à une appréciation adéquate de la gravité de l'épisode dépressif, notamment en ce qui concerne la date de l'aggravation. Les lacunes du dossier concernent également la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, soit une atteinte objectivée du point de vue

rhumatologique et qui n'entre pas dans le tableau du trouble somatoforme, étant précisé que le bref avis émis à ce sujet par la Dresse U_____ le 3 avril 2013, motivé très sommairement, ne revêt pas la valeur probante requise par la jurisprudence, ne serait-ce qu'en raison de l'absence d'appréciation médicale fondée sur un examen personnel de l'assurée au sujet de cette atteinte nouvelle (cf. ATFA U 439 du 7 août 2001 consid. 3d par analogie; RAMA 2001 p. 346). En effet, seuls les Drs R_____ et S_____ ont examiné la tendinopathie de la recourante, mais sans se prononcer sur la capacité de travail exigible à la lumière de cette atteinte nouvelle. Dans ces conditions, la capacité de travail exigible dans une activité manuelle est douteuse et la question de l'évaluation de l'invalidité dans la sphère professionnelle et les travaux habituels ne peut pas être résolue.

12. Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé qui reprendra l'instruction du cas en invitant les Drs J_____ et K_____ à procéder à un complément d'expertise en examinant des atteintes à la santé nouvellement diagnostiquées lors du séjour de la recourante du 15 au 30 octobre 2012 au Service de rhumatologie des HUG. À la lumière des atteintes à la santé déjà examinées, les experts devront se prononcer sur ces atteintes nouvelles et déterminer quelles en sont les répercussions sur la capacité de travail exigible de la recourante, en discutant les avis des spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie qui ont suivi l'assurée. L'intimé procédera ensuite, cas échéant, à une nouvelle enquête ménagère et rendra une nouvelle décision concernant le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité.
13. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 6 novembre 2012.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour qu'il procède à une instruction complémentaire dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.
5. Condamne l'OAI à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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