

## GE\_GERICHTE A/3506/2014 vom 16. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3506\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3506_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3506/2014 du 16 juin 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3506/2014 del 16 giugno 2015

### Erwägungen

#### E. 2

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître J. Potter Van LOON recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), est née le \_\_\_\_\_ 1964 en Angola, où elle a vécu jusqu'à ce que ses parents émigrent au Portugal en 1974, pays dans lequel elle a suivi l'école obligatoire et travaillé, notamment comme femme de ménage et ouvrière d'usine. Elle s'est ensuite installée en Suisse et a été employée de maison à Genève de 2003 à 2006, puis a bénéficié de prestations de la part de l'assurance-chômage entre 2006 et 2008. Elle a ensuite été engagée par la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (ci-après l'employeur) à compter du 1<sup>er</sup> mai 2008 et obtenu un certificat attestant de ses connaissances de base dans ce métier. ![endif]>![if>

2. En date du 18 janvier 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI), mentionnant être en incapacité totale de travail depuis le 2 mars 2010. Elle a indiqué qu'elle avait été blessée à la jambe droite suite à un accident survenu en 1997 et souffrait également du dos. ![endif]>![if>

3. Le 11 février 2011, l'OAI a reçu le questionnaire pour l'employeur, duquel il ressort entre autres que l'assurée travaillait 24 heures par semaine pour un revenu annuel de CHF 38'156.30 dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Les tâches qui lui étaient dévolues consistaient principalement en du ménage et nécessitaient de rester debout, parfois de marcher et de soulever ou porter des charges légères de moins de 10 kg. ![endif]>![if>

4. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli de nombreux rapports relatifs aux atteintes à la santé présentées par l'assurée. Il en ressort en particulier les éléments suivants :![endif]>![if>

a) L'assurée a été renversée par une voiture en décembre 1997 et a subi une fracture avec enfoncement du plateau tibial externe du genou droit. Cette lésion a nécessité une ostéosynthèse avec greffe osseuse autogène réalisée le 25 décembre 1997, puis l'ablation du matériel en 2000. L'évolution a été marquée par la persistance des douleurs et le développement d'une arthrose secondaire post-traumatique touchant les trois compartiments, ainsi que par une déformation discrète en valgus du genou droit (cf. rapport du 1<sup>er</sup> avril 2010 du docteur B\_\_\_\_\_, médecin-chef de service adjoint au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève [ci-après HUG]). L'assurée a été hospitalisée aux HUG du 23 au 30 novembre 2010 afin d'y subir, le 24 novembre 2010, une arthroscopie diagnostique et une toilette articulaire, avec la régularisation d'une lésion du ménisque interne dégénératif et d'une lésion partielle du ligament croisé antérieur (cf. lettre de sortie des HUG du 30 novembre 2010). Les médecins ont dû renoncer à une ostéotomie fémorale de varisation, car il existait plusieurs contre-indications à cette intervention, soit une déchirure du ménisque interne, des lésions chondrales avancées fémoro-tibiales internes, une lésion partielle du ligament croisé antérieur et une atteinte dégénérative

globale de l'articulation du genou (cf. compte-rendu opératoire du 6 décembre 2010). L'assurée a ensuite séjourné à la clinique de Montana du 30 novembre au 20 décembre 2010 (cf. rapport du 4 janvier 2011 de la clinique genevoise de Montana). b) L'assurée souffrait en outre de lombosciatalgies depuis 2005, avec une exacerbation de la symptomatologie suite à une chute accidentelle sur le postérieur le 12 février 2010. De nombreux examens d'imagerie ont été réalisés et ont notamment mis en exergue une minime scoliose à convexité droite et une arthrose postérieure débutante L5-S1 (cf. rapport du 13 juin 2005 du Dr C\_\_\_\_\_, radiologue FMH), une dégénérescence discale L4-L5, une protrusion discale L3-L4 de localisation foraminale gauche sans conflit radiculaire, une hernie discale sous-ligamentaire L4-L5 sans répercussion sur les racines (cf. rapport du 31 mars 2010 du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie). c) Depuis l'automne 2010, des troubles psychiques ont été relatés. En effet, la lettre de sortie des HUG du 30 novembre 2010 mentionne, à titre de comorbidité active, un état anxio-dépressif, et le séjour à la clinique de Montana avait notamment pour but d'aider la patiente dépressive. Lors de son séjour dans cet établissement, ont notamment été relevés une thymie triste liée aux douleurs du genou et des rachialgies lombaires, des pleurs, une anhédonie partielle, des ruminations, un sentiment de révolte et de colère, des difficultés à se projeter dans l'avenir, des troubles de l'appétit et du sommeil, étant mentionné que l'assurée s'était épuisée pendant des années à faire valoir ses droits et à démontrer que l'accident avait ruiné sa vie. Un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations a été signalé à titre de comorbidité et le traitement antidépresseur a été augmenté (cf. rapport du 4 janvier 2011 de la clinique genevoise de Montana).

5. Par rapport du 16 février 2011, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a indiqué à l'OAI que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis mars 2010 en raison de ses affections lombaires, de son genou droit et de ses troubles psychiques. Il a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites chroniques de type pseudo-radiculaires depuis avril 2005 et des gonalgies droites sur une gonarthrose tricompartmentale valgissante depuis 1997. 6. En date du 11 mars 2011, le Dr F\_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de médecine interne des HUG et spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a diagnostiqué des lombalgies communes chroniques et une gonarthrose droite secondaire à une fracture intra articulaire. Il a relevé l'importance d'un renforcement musculaire pour la gonarthrose et d'une prise en charge de physiothérapie active pour les lombalgies, mais l'état dépressif actuel de l'assurée ne lui permettait pas d'avoir l'énergie suffisante pour participer au programme de réhabilitation fonctionnelle intensive.

7. Par rapport adressé à l'OAI le 23 mars 2011, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté d'une totale incapacité de travail en raison de douleurs invalidantes au genou droit.

8. Dans un rapport non daté reçu par l'OAI le 4 avril 2011, la Dresse H\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a retenu une totale incapacité de travail depuis le 2 mars 2010, due aux lombalgies, à la gonarthrose et à l'état dépressif.

9. Le 6 avril 2011, l'OAI a reçu un rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH, laquelle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent existant depuis 1997. Elle a notamment signalé des angoisses et des insomnies, et précisé que l'incapacité de travail était due aux restrictions physiques, mais que psychiquement, il n'y avait pas d'invalidité.

10. Par rapport du 10 juin 2011, le Dr J\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé au département de chirurgie des HUG, a diagnostiqué une arthrose post-traumatique valgissante du genou droit. Il a indiqué à l'OAI que l'assurée étant en

incapacité totale d'exercer son travail habituel, mais qu'elle pourrait être occupée à temps partiel dans une activité alternant les positions assise et debout, sans port de charges ou marche en terrain irrégulier ou sur des plans instables.!

11. Mandaté par l'OAI, le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, a rendu un rapport d'expertise le 7 octobre 2011, rapport dans lequel il a diagnostiqué des lombalgies chroniques en relation avec une arthrose modérée des facettes articulaires L5-S1 et une protrusion discale L4-L5 sans conflit disco radiculaire, ainsi qu'une arthrose tricompartmentale post-traumatique du genou droit. !

Ce spécialiste a exposé qu'il existait trois problématiques médicales intriquées. D'une part, l'assurée présentait des séquelles post-traumatiques du genou droit. L'arthrose était clairement retenue comme handicapante et ne permettait plus d'envisager la reprise de l'activité professionnelle d'aide à domicile. La seule solution actuelle résidait en la pose d'une prothèse totale du genou afin de retrouver un genou plus fonctionnel et permettre une diminution des douleurs. D'autre part, l'assurée souffrait de problèmes lombaires depuis 2005, qui ne l'avaient pas empêché d'exercer son activité habituelle jusqu'en mars 2010. Les constatations radio-cliniques pouvaient justifier des limitations fonctionnelles. Enfin, un complément par une expertise psychiatrique était indiqué, l'expert ayant relevé un faciès triste avec des pleurs fréquents durant son entretien. L'assurée se disait démoralisée et épuisée moralement, principalement en raison des conflits d'assurance. En conclusion, l'expert a retenu que l'incapacité de travail qui existait depuis mars 2010 était principalement due à l'atteinte au genou droit et que l'assurée conservait une capacité de travail résiduelle de 75% (6 heures par jour) dans une activité adaptée. L'atteinte au genou empêchait l'agenouillement ou l'accroupissement du membre inférieur droit et justifiait une limitation dans les positions debout statiques (plus d'une demi-heure) et dans les activités nécessitant de monter ou descendre des escaliers. L'atteinte lombaire quant à elle justifiait une limitation des ports de charges de plus de 10 kg de façon répétée, les positions debout le tronc penché en avant de façon prolongée, ainsi que les mouvements répétitifs du tronc en flexion ou extension. La limitation quotidienne du temps de travail était expliquée par l'installation progressive des douleurs se majorant durant la journée selon les efforts, devenant souvent plus invalidantes l'après-midi. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, mais il doutait des capacités psychologiques de l'assurée à les affronter, car elle était peu motivée.

12. Le 25 novembre 2011, la Dresse I\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assurée était stationnaire concernant les gonalgies, mais a signalé une aggravation progressive depuis mars 2010 de la lombalgie et de la sacralgie. Elle a également précisé que l'assurée était régulièrement suivie pour ses troubles psychiques et que le traitement consistait en la prise quotidienne de Cymbalta et Temesta. !

13. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 14 août 2012 au domicile de l'assurée. Il ressort du rapport y relatif que celle-ci semblait très fragile et pleurait beaucoup, parlait avec beaucoup de regret et de tristesse. S'agissant des limitations fonctionnelles, le rapport mentionne que l'assurée devait alterner les positions assise et debout, ne pas adopter de position penchée en avant, ne pas porter de charges et ne pas effectuer de mouvement brusque du tronc en avant.!

Les empêchements, lesquels comprenaient l'exigibilité des membres de la famille, soit le mari de l'assurée, ont été pondérés comme suit :

Champs d'activités	Pondération champs d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré	Conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle
--------------------	------------------------------------	------------------	---------------------	---

## E. 5

0 % 0 % 0 % Alimentation (préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions) Exigibilité retenue : 20% 45 %

## **E. 10**

0 % 0 % 0 % Lessive et entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures) Exigibilité retenue : 10% 20 % 30 % 6 % Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille 0 % 0 % 0 % Divers (soins infirmiers, entretien des plantes et du jardinage, garde des animaux domestiques, confection de vêtements, activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique). 0% 0 % 0% Total 100% 14,5% L'enquêtrice a expliqué que, selon les dires de l'assurée, cette dernière ne rencontrait pas de problèmes particuliers dans l'organisation du ménage. Un empêchement de 10% était retenu pour le poste lié à l'alimentation. L'assurée préparait des repas plus simples, achetait souvent des mets préparés et n'invitait plus car elle était fatiguée. Elle était souvent conviée chez sa sœur à Annemasse et son mari préparait des grillades durant le weekend. Elle pouvait faire le petit rangement et le nettoyage quotidien de la cuisine, mais pas le nettoyage à fond des placards. Concernant l'entretien du logement, dont elle s'occupait seule auparavant, l'empêchement retenu était de 20%. L'assurée pouvait encore faire la poussière, son mari l'aidait pour le changement des draps de lit et donnait un coup de main aux sanitaires durant le week-end. Il passait l'aspirateur et la serpillère. Chacun rinçait la douche après usage. Les grands nettoyages tels que les boiseries des portes et des fenêtres n'étaient pas effectués et les vitres étaient nettoyées par sa sœur. Aucun empêchement n'était retenu pour le poste relatif aux emplettes et courses, étant relevé que le mari de l'assurée s'occupait des gros achats et que l'assurée faisait les petits achats quotidiens. Le travail administratif était partagé comme précédemment. S'agissant de la lessive et de l'entretien des vêtements, l'empêchement était de 30%. Avant ses problèmes de santé, l'assurée s'occupait seule de l'entretien des vêtements. Dorénavant, elle faisait la lessive durant le week-end pour bénéficier de l'aide de son mari, lequel sortait les grosses pièces lourdes (draps, housses de couettes) et les suspendait sur l'étendage. L'assurée ne repassait que le nécessaire et se contentait de plier et ranger une partie du linge propre. Le total de l'empêchement pondéré dans la sphère ménagère était de 14,5%. 14. En date du 12 octobre 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser toute prestation. En effet, il n'existait aucune perte de gain dans la sphère professionnelle, le revenu avec invalidité étant supérieur à celui sans invalidité, étant rappelé que l'assurée demeurait apte à exercer une activité professionnelle à hauteur de 75%. Quant à la sphère ménagère, l'empêchement était de 14,5%, ce qui donnait un degré d'invalidité de 6%, compte tenu de la répartition entre activité professionnelle (60%) et activités ménagères (40%).

15. Par courrier du 6 novembre 2012, complété le 15 novembre 2012, l'assurée a fait part de ses objections, soulignant notamment que l'aspect psychique n'avait pas été instruit à satisfaction de droit et que les conclusions de l'enquête économique sur le ménage ne tenaient pas suffisamment compte du fait que certaines tâches dont elle s'occupait préalablement n'étaient plus du tout effectuées (grands nettoyages, repassage de manière générale).

16. Par rapport du 7 janvier 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état de santé depuis septembre-octobre 2012 et retenu que l'arthrose post-traumatique du genou droit et la dépression, laquelle s'aggravait, avaient une incidence sur la capacité de travail de l'assurée.

Il a transmis à l'OAI un rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 9 mars 2012 mentionnant que l'assurée n'était pas prête pour l'implantation d'une prothèse totale du genou.

17. Par rapport du 9 janvier 2013, la Dresse I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire du point de vue

psychiatrique, mais s'était aggravé du point de vue somatique.![endif]>![if> 18. Le 8 février 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'en raison d'un problème psychiatrique majeur, la séance de présélection au programme de réhabilitation à laquelle l'assurée avait été convoquée avait dû être interrompue. ![endif]>![if> 19. Le 8 mai 2013, les Dresses L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, médecins auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), ont préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.![endif]>![if> 20. Ladite expertise a été confiée au centre d'expertise médicale (ci-après CEMed). Dans leur rapport du 24 février 2014, les Drs N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu, à titre de diagnostics incapacitants, une gonarthrose valgusante à droite (ancienne fracture du plateau tibial externe en 1997) et des lombalgies chroniques sur une base dégénérative. Ils ont également signalé, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif d'intensité légère à moyenne. ![endif]>![if> Après avoir résumé les pièces du dossier et présenté une anamnèse détaillée, les experts ont relaté les plaintes de l'assurée. Sur le plan de la médecine interne, il n'y avait pas de plaintes spontanées. Au niveau orthopédique, l'assurée se réveillait avec des douleurs au genou droit et ne pouvait pas marcher plus de trente minutes. Elle présentait également des douleurs lombaires continues. Sur le plan psychique, l'assurée mentionnait spontanément une tristesse, un épuisement et un sentiment de ne pas être entendue depuis l'accident de 1997. Elle avait commencé une psychothérapie en septembre 2010. A l'anamnèse orientée, l'humeur était dépressive, avec une diminution de l'intérêt et du plaisir. L'assurée n'avait plus d'invitation sociale à la maison, ne sortait plus danser comme auparavant, mais arrivait à marcher tous les jours. Une hyperphagie était relevée lorsqu'elle se sentait anxieuse, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur, une fatigue, une baisse de l'estime de soi depuis qu'elle avait pris du poids et ne se sentait plus présentable socialement. Elle relatait également des difficultés à se concentrer et à mémoriser sur le court terme. Elle n'avait plus d'espoir et était pessimiste par rapport à son avenir social et professionnel. Elle présentait des idées suicidaires occasionnelles. Il n'y avait pas d'élément pour un trouble panique, une agoraphobie, une phobie spécifique, ni d'évitement, d'obsession ou de compulsion, mais il existait par moment un état anxieux qui poussait l'assurée à manger. Il n'y avait pas d'éléments pour un état de stress post-traumatique, ni de symptômes de la lignée hypomaniaque ou maniaque, ni de symptômes de la lignée psychotique ou de déficit de l'attention. Aucun élément ne permettait de retenir des troubles extrinsèques du sommeil ou des troubles alimentaires, et aucun symptôme ne suggérait un trouble de la personnalité. Les experts ont considéré, sur le plan de la médecine interne, que le status était dans la norme, hormis un excès pondéral, et qu'il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail. Sur le plan orthopédique, malgré un traitement chirurgical, la restitution ad integrum de la surface articulaire du plateau tibial externe n'avait pas été possible. L'évolution s'était faite avec une valgusation du membre inférieur et une incongruence fémoro-tibiale externe. La situation articulaire au niveau du genou droit allait probablement évoluer vers une péjoration. A elle seule, cette pathologie contre-indiquait l'exercice d'une profession exercée essentiellement en position debout. Depuis 2005, l'assurée souffrait de lombalgies, sur une base dégénérative. Au status psychique, les experts ont relevé que le premier contact était difficile car l'assurée pleurait dès le début et pendant une grande partie de l'entretien, mais la collaboration était bonne. L'assurée était tendue, se disait épuisée. Le ton de sa voix était par moment effacé, mais clair. Elle exprimait facilement ses pensées et ses émotions, il n'y avait ni excitation ni

inhibition. Elle ne présentait pas de troubles de la vigilance ou de l'attention, était orientée dans le temps et l'espace. La mémoire immédiate semblait conservée, la mémoire à long terme était en revanche imprécise par moments, même si l'assurée pensait qu'elle était conservée. Le cours de la pensée était dans la norme, l'assurée était capable de répondre aux questions en restant sur le sujet investigué, sans digression. Le contenu de la pensée était dans la norme, il n'y avait pas de rumination, de pensée obsessionnelle ni d'idées délirantes. Il n'y avait pas d'illusions, d'hallucinations auditives, visuelles, tactiles ou cénesthésiques. La conscience de soi était présente. Il n'y avait donc pas de perturbation de l'image corporelle ni de dépersonnalisation. Les affects étaient émoussés, mis à part la présence d'éléments de tristesse très marqués. Il n'y avait pas de labilité émotionnelle, ni d'irritabilité. L'image, l'estime de soi et la confiance en soi étaient nettement diminuées, avec des idées de dévalorisation importantes. Les experts ont relevé la présence d'attitudes pessimistes et d'une humeur dépressive marquée. Ils ont rappelé que l'assurée n'avait jamais consulté de psychiatre avant septembre 2010 et que le traitement anxiolytique et antidépresseur (Temesta et Cymbalta) avait été arrêté un mois avant leur examen pour être remplacé par du Valverde, très léger à base de plantes, utilisé pour l'anxiolyse et le trouble du sommeil. La raison de cet arrêt serait la volonté de ne pas interférer avec un traitement hormonal, ainsi que l'essai d'une fenêtre thérapeutique. L'assurée considérait son traitement antidépresseur comme inefficace. Ainsi, le traitement psychotrope était actuellement inexistant et l'assurée n'avait qu'un entretien psychothérapeutique par mois. L'état psychique était fluctuant, mais globalement toujours sur un versant plutôt dépressif. L'observation n'était pas complètement congruente avec l'anamnèse, plusieurs éléments parlant contre une dépression d'intensité sévère, notamment l'hygiène soignée, l'absence de troubles cognitifs, de rumination, de labilité émotionnelle, d'irritabilité. Ceci, avec une absence de besoin de traitement psychotrope et de psychothérapie plus intensive que mensuelle, ne permettait pas de retenir un diagnostic de dépression sévère. Il était vraisemblable que l'intensité dépressive soit variable, entre légère et moyenne, mais guère plus, et la capacité de travail était complète. En conclusion, les experts ont estimé que depuis l'arthroscopie, la capacité de travail était vraisemblablement nulle dans l'activité d'aide à domicile, mais complète en temps et en rendement dans une activité adaptée, en tout cas depuis l'expertise. Une prothèse totale de genou droit pourrait être envisagée, mais ceci ne rétablirait pas la capacité de travail dans la profession d'aide à domicile. L'atteinte ostéoarticulaire empêchait les marches de longue durée, les stations debout de longue durée, la marche sur terrain inégal, les montées et descentes répétitives d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux, les positions accroupies ou genoux fléchis, le port de charges importantes. Les activités exigibles adaptées aux limitations fonctionnelles consistaient en des tâches légères, principalement en position assise, avec des possibilités de changements fréquents de position, avec un poste de travail adapté pour lombalgie. 21. Par avis du 8 août 2014, la Dresse M\_\_\_\_\_ a conclu, sur la base de l'expertise du CEMed, que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais qu'en l'absence d'élément contraire, la capacité de travail de l'assurée était entière depuis mars 2010 dans une activité adaptée, et ce sans diminution de rendement,. Elle a ajouté que le Dr K\_\_\_\_\_ avait retenu une capacité de travail de 75% en raison d'éléments subjectifs, soit les déclarations de l'assurée selon lesquelles ses douleurs augmentaient durant la journée, et non pas en tenant compte des limitations fonctionnelles, relativement modestes. 22. Par décision du 14 octobre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de l'assurée. Il a rappelé que cette dernière exerçait une activité professionnelle à 60% et une activité dans la sphère ménagère

à 40% et présentait, à l'issue du délai de carence légal d'une année, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais de 75% dans un travail adapté. Le revenu sans invalidité était fixé selon le questionnaire pour employeur, soit à CHF 38'156.- pour 2011. Quant au salaire avec invalidité, basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après EES ; niveau 4 TA1), il s'élevait à CHF 39'929.- pour un taux d'activité de 75%. Il n'y avait donc pas de perte économique concernant l'activité professionnelle. Pour les travaux habituels, l'enquête économique sur le ménage avait conclu à des empêchements à hauteur de 14,5%, de sorte que le degré d'invalidité était arrêté à 6%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. Après avoir repris l'instruction du dossier, l'OAI a toutefois conclu que la capacité de travail de l'assurée était totale dans une activité adaptée, comme mentionné dans le rapport d'expertise du CEMed. Compte tenu de son statut mixte, seule une activité adaptée à hauteur de 60% était exigible, ce dont le calcul précité tenait compte.!

23. Sur demande du conseil de l'assurée, la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin psychiatre, lui a répondu le 19 novembre 2014 que la gravité de l'épisode dépressif était fluctuante, actuellement en rechute avec des symptômes somatiques, soit des douleurs ostéoarticulaires. Du point de vue psychique, une réadaptation professionnelle pouvait être envisagée. L'assurée avait interrompu le traitement antidépresseur en janvier et février 2014 en raison d'un traitement hormonal, mais était à nouveau sous antidépresseurs. Son état psychique pouvait être amélioré à condition que ses douleurs somatiques chroniques s'améliorent.!

24. Par acte du 17 novembre 2014, l'assurée, représentée par un avocat, a interjeté recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition de sa psychiatre traitante et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique neutre, et principalement, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'intimé pour calcul de sa rente d'invalidité. À titre subsidiaire, elle a sollicité des mesures professionnelles. La recourante a en substance contesté les conclusions du rapport d'expertise du CEMed, relevant que de nombreux rapports attestaient d'une pathologie psychique interférant au moins partiellement sur sa capacité de travail, et que le rapport ne s'appuyait pas sur un système de classification reconnu. De plus, le fait qu'elle n'avait pas consulté de psychiatre avant le mois de septembre 2010 et qu'elle avait interrompu le traitement anxiolytique et antidépresseur un mois avant l'expertise avaient pesé dans l'évaluation de l'intensité des troubles dépressifs par les experts. Or, elle avait repris un tel traitement. En outre, elle a contesté les conclusions du rapport d'enquête ménagère et estimé que l'empêchement réel pour l'entretien du logement était de 50%. Elle a conclu qu'il était incohérent de retenir une incapacité totale de travail dans l'activité professionnelle d'aide à domicile et parallèlement des empêchements limités à seulement 14,5% dans la sphère ménagère privée. Selon elle, les restrictions médicales qui valaient pour la profession d'aide à domicile devaient également valoir pour les activités ménagères. Ainsi, les limitations s'élevaient à au moins 30%, de sorte que l'invalidité ménagère se montait à 12% avec pondération. Enfin, un abattement d'au moins 20% se justifiait pour la part professionnelle, au vu de son âge, de son taux d'activité et de ses limitations fonctionnelles. Le salaire statistique avec invalidité s'élevait donc à CHF 31'943,20 (CHF 39'929 – 20%) et la perte de gain à 16,3%, ce qui correspondait, après pondération, à une invalidité professionnelle de 9,8%. Compte tenu de l'invalidité globale de 21,8% (12% + 9,8%), elle avait droit à des mesures professionnelles.!

25. Le 25 novembre 2014, l'intimé a informé la chambre de céans que la décision litigieuse avait été notifiée le 17 octobre 2014.!

26. Dans sa réponse du 16 décembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la

décision attaquée. Concernant la capacité de travail de la recourante, il a relevé que cette dernière ne présentait pas d'atteinte psychique invalidante et était apte à travailler à temps complet, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée. L'appréciation divergente de certains médecins à cet égard n'était pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'intimé, faute d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques. S'agissant des empêchements dans la sphère ménagère, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'enquête réalisée au domicile de la recourante par une infirmière. En particulier, l'ancienne activité ne pouvait être comparée à la tenue du foyer familial et l'aide apportée par la famille de la recourante était exigible. S'agissant de la déduction du salaire statique, ce dernier était suffisamment représentatif et il n'y avait pas d'élément déterminant justifiant une réduction du revenu. Partant, le degré d'invalidité de 6% n'ouvrait pas le droit à des mesures d'ordre professionnel. Enfin, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif était adapté aux limitations de la recourante et accessible sans aucune formation particulière.

27. Par réplique du 23 janvier 2015, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions, relevant en particulier que la tenue du ménage privé comportait des activités lourdes physiquement qu'elle ne pouvait plus effectuer, à l'instar du nettoyage des sols, des sanitaires, des placards en hauteur, des vitres ou qui nécessitaient de s'accroupir. L'intimé ne saurait exiger des proches qu'ils se substituent entièrement à elle pour toutes ces tâches.

28. Le 6 février 2015, l'intimé a également maintenu ses conclusions.

29. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante le 9 février 2015.

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/GE E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 14 octobre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI susmentionnées. Par conséquent, du point

de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 ). 4. Le délai pour recourir contre la décision attaquée, notifiée le 17 octobre 2014, est arrivé à échéance le dimanche 16 novembre 2014, de sorte qu'il a été reporté au 17 novembre 2014 (art. 38 al. 3 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ; RSG E 5 10]).!endif>!if> 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé, singulièrement sur son degré d'invalidité.!endif>!if> 6. a. 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. !endif>!if> Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 et les références).> 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A 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 des assurances 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). 8. Pour les personnes qui exercent partiellement une activité lucrative et se consacrent en outre à leurs travaux habituels, tel que le ménage, il sied d'appliquer la méthode mixte pour établir le degré d'invalidité. La perte de gain dans l'activité lucrative est évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré

d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 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). !]>![> 9. A teneur de l'art. 16 LPGA, 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. !]>![> La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). 10. a. 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 ). !]>![> Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I

733/06 du 16 juillet 2007). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). b. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et ATF 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). 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). Lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité d'un assuré à accomplir des tâches ménagères, un empêchement ne peut être pris en compte que si ledit assuré ne parvient plus à exécuter la tâche en question et si cette tâche doit être confiée à des tiers rétribués ou à des proches qui enregistrent de ce fait une perte de gain ou pour lesquels cela représente une charge disproportionnée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 518/2004 du 25 novembre 2005, consid. 4). Il convient donc d'examiner dans chaque cas si la personne est encore en mesure d'exécuter la tâche en question et, dans la négative, si une tierce personne rétribuée ou un de ses proches s'en occupe. 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent 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. ![/endif]>![if/>> 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'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 13. En l'espèce, la recourante ne conteste ni l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, ni la proportion respective entre les activités lucrative et ménagère, mais remet en cause les taux d'invalidité retenus dans les deux sphères. 14. a. En ce qui concerne la part professionnelle, il est rappelé que la décision querellée est fondée sur les conclusions du rapport du CEMed du 24 février 2014, à savoir que la recourante ne peut plus exercer sa profession habituelle en raison de ses atteintes ostéoarticulaires, mais conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les experts ont considéré que le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne n'avait aucune influence sur la capacité de travail, ajoutant qu'ils ne pouvaient pas retenir le diagnostic de dépression sévère en raison de l'hygiène soignée, de l'absence de troubles cognitifs, de rumination, de labilité émotionnelle et d'irritabilité, mais également du fait que la recourante n'avait qu'un entretien psychothérapeutique par mois et ne semblait plus avoir besoin d'un traitement anxiolytique et antidépresseur puisqu'elle ne prenait que du Valverde, très léger, depuis un mois. b. La recourante ne s'oppose pas à l'appréciation de l'intimé en ce qui concerne ses troubles somatiques, mais conteste les conclusions des experts du CEMed relatives au volet psychique. Elle produit à cet égard un rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ attestant que le traitement antidépresseur a été interrompu brièvement à l'époque de l'expertise, soit en janvier et février 2014, mais qu'il a été réintroduit en mars 2014 et est toujours prescrit (rapport du 19 novembre 2014). Force est de constater que les précisions apportées par la Dresse I\_\_\_\_\_ sont suffisamment

pertinentes pour remettre en cause l'évaluation des experts concernant le degré de gravité de l'état dépressif et ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante. En effet, il appert que les conclusions des experts, lesquels sont partis du principe que l'état psychique de la recourante ne requérait plus de traitement anxiolytique et antidépresseur, sont fondées sur des prémisses en partie inexactes. Au surplus, il sied de relever que le diagnostic psychique retenu est insuffisamment motivé. Il n'a en particulier pas été confronté aux critères de la CIM-10 (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>ème</sup> édition, OMS) ou DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), et les experts n'ont pas précisé quelle description des symptômes correspondait à un état dépressif léger ou majeur. La chambre de céans rappellera encore que la psychiatre traitante de la recourante a retenu l'existence d'un trouble dépressif récurrent existant depuis 1997 (rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 6 avril 2011), lequel a été qualifié de moyen en automne 2010 et a alors nécessité l'augmentation du traitement antidépresseur (rapport du 4 janvier 2011 de la clinique genevoise de Montana). D'autres médecins, certes non spécialistes en psychiatrie ou psychothérapie, ont également relevé que l'état psychique de la recourante avait une influence sur sa capacité de travail (rapports du Dr E\_\_\_\_\_ du 16 février 2011, de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 4 avril 2011), qu'il s'était aggravé (rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 7 janvier 2013), et empêchait la recourante de suivre un programme de réhabilitation (rapports du Dr F\_\_\_\_\_ des 11 mars 2011 et 8 février 2013). Partant, les conclusions du rapport d'expertise relatives au volet psychique ne permettent pas d'admettre ou d'exclure l'existence d'une maladie ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

15. a. Pour les travaux habituels, l'intimé s'est référé aux conclusions de l'enquête économique sur le ménage réalisée en août 2012 au domicile de la recourante, document fixant l'empêchement total pondéré à 14,5%.

La recourante ne conteste pas la pondération des différents champs d'activité, mais uniquement l'appréciation de son incapacité d'effectuer les tâches en question. Elle s'étonne en particulier du fait que le taux d'empêchement retenu diverge significativement de l'incapacité totale d'exercer son ancienne profession sur le plan médical.

b. La chambre de céans rappellera préalablement à l'attention de la recourante que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de juger qu'une activité de nettoyeuse professionnelle ou de femme de ménage ne saurait être comparée à la tenue du foyer familial qui recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). Cela étant, le rapport d'enquête est critiquable à plusieurs égards. Tout d'abord, il ne mentionne pas toutes les restrictions résultant des diagnostics médicaux. Il est rappelé que le Dr K\_\_\_\_\_ avait retenu que l'atteinte au genou justifiait une limitation dans les positions debout statiques (plus d'une demi-heure), dans les activités nécessitant de monter ou descendre des escaliers, et que les troubles empêchaient l'agenouillement ou l'accroupissement du membre inférieur droit. L'atteinte lombaire quant à elle justifiait une limitation des ports de charges de plus de 10 kg de façon répétée, les positions debout le tronc penché en avant de façon prolongée, ainsi que les mouvements répétitifs du tronc en flexion ou extension. Or, le rapport d'enquête ne se réfère qu'aux limitations fonctionnelles en lien avec les troubles lombaires (alternance

des positions assise et debout, pas de position penchée en avant, pas port de charges, pas de mouvement brusque du tronc en avant), sans citer les restrictions dues à la gonarthrose tricompartmentale. De plus, le résultat des observations effectuées n'est pas suffisamment détaillé et manque de motivation. A titre d'exemple, pour le poste lié à l'alimentation, l'enquêtrice a décrit la situation actuelle, sans la comparer à celle qui prévalait avant les atteintes à la santé. Savoir que la recourante cuisine des repas « plus simples », achète souvent des mets préparés, n'invite plus et mange fréquemment chez sa sœur, ne permet pas d'évaluer l'empêchement correspondant à ce poste, faute de connaître à quelles tâches ou activités la recourante a dû renoncer en raison de ses problèmes de santé. Il en va de même pour les emplettes et courses diverses, poste pour lequel l'intimé n'a retenu aucun empêchement. La recourante, limitée dans le périmètre de marche et le port de charge, ne fait que les petits achats quotidiens, son mari s'occupant des courses plus importantes, mais aucune indication n'est donnée concernant la répartition antérieure entre les conjoints. En outre, il ressort de l'enquête que certaines tâches ne sont tout simplement plus accomplies, à l'instar des grands nettoyages (des placards, des boiseries des portes et des fenêtres), ou confiées à des tiers non rémunérés (nettoyage des vitres par la sœur), sans qu'il soit précisé si les restrictions ostéoarticulaires contre-indiquent effectivement ces activités et si l'enquêtrice retient qu'il incombe à l'époux de la recourante de s'en charger à sa place. La chambre de céans relève également qu'aucun empêchement n'est retenu en ce qui concerne le poste « divers », et ce sans aucune explication. Enfin, les seules indications fournies au sujet du mari de la recourante sont qu'il est né en 1965, est chauffeur de profession, et « ne rentre pas » pour les repas. En particulier, l'enquêtrice n'a pas indiqué si cette dernière annotation concernaient les repas de midi ou également ceux du soir, si le mari de la recourante travaillait à temps complet ou à temps partiel, s'il était en bonne santé habituelle. En outre, aucune information n'est apportée concernant sa participation antérieure aux courses diverses ou à la préparation des repas. La chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer définitivement sur l'exigibilité qui peut être mise à la charge du mari de la recourante. Compte tenu de tout ce qui précède, le rapport d'enquête ménagère ne se révèle pas probant et les degrés d'empêchement pondéré et d'invalidité ne peuvent être confirmés. 16. En conclusion, la chambre de céans considère que l'instruction du dossier est incomplète. Elle annulera la décision attaquée et renverra le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. ![/endif]>![if> Il incombe à l'intimé de requérir un complément d'instruction sur le plan psychiatrique auprès des experts du CEMed, afin que ceux-ci se déterminent à nouveau à la lumière du rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 19 novembre 2014 et motivent leurs conclusions quant au diagnostic, à son degré de gravité et ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Il revient également à l'intimé de solliciter une nouvelle enquête économique sur le ménage, laquelle devra tenir compte de toutes les limitations fonctionnelles, dont celles résultant d'une éventuelle atteinte à la santé psychique, et mentionner clairement quelles sont les tâches que la recourante ne peut plus réaliser à cause de ses problèmes de santé, et s'il incombe à son époux de s'en charger, cas échéant dans quelle mesure. 17. La recourante, représentée par un conseil, obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui est octroyée à titre de dépens, à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA). ![/endif]>![if> La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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