

GE_GERICHTE A/3918/2015 vom 15. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3918_2015

FR: GE_GERICHTE A/3918/2015 du 15 mars 2016

IT: GE_GERICHTE A/3918/2015 del 15 marzo 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), de nationalité sri-lankaise, née le _____ 1954, mère de trois enfants, veuve depuis 1989, est arrivée en Suisse en 1998 avec ses trois filles, à la fin de la guerre et après l'assassinat de son mari. En 2009, l'assurée a emménagé chez sa fille prénommée B_____, née le _____ 1981, qui s'était mariée en 2002, et donc chez son gendre, à Genève. Après la naissance des trois enfants de sa fille, en 2011, 2012 et 2014, la famille de cette dernière déménagera à Yvonand (VD) ; l'assurée restera domiciliée à Genève. ![/endif]>![if> 2. L'assurée a travaillé dans le nettoyage, à temps très partiel, d'abord épisodiquement en 2004 et 2005, puis, dès le 2 novembre 2007, comme employée d'entretien chez C_____ SA à raison de 12.5 heures par semaine jusqu'au 23 juin 2009, date à laquelle elle a, dans le cadre de son travail, chuté sur le genou gauche. Elle ne reprendra plus d'activité professionnelle depuis ledit accident, dont les suites ont été prises en charge par la SUVA. Une demande de détection précoce a été adressée à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 25 novembre 2009. L'assurée a été licenciée avec effet au 1 er janvier 2010. Elle présentera, le 15 janvier 2010, une demande de rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). ![/endif]>![if> 3. D'après le rapport d'imagerie médicale établi du 20 juillet 2009 par le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, l'IRM du genou gauche pratiquée le même jour révélait 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. Selon un rapport du 6 octobre 2009 du docteur . E_____, du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), les manœuvres méniscales étaient difficilement interprétables dans le contexte de douleurs généralisées à la mobilisation, et il n'y avait pas d'indication chirurgicale chez l'assurée, une arthroscopie du genou pouvant être déléguée dans un contexte d'arthrose chez une patiente de plus de 50 ans. D'après des notes manuscrites de consultation rhumatologique du 8 décembre 2009 de la doctoresse F_____, rhumatologue au sein des HUG, 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. ![/endif]>![if> 4. Le 4 février 2010, la doctoresse G_____, médecin auprès du département de chirurgie des HUG, 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 ». L'exigibilité de l'activité habituelle dépendait de l'évolution –

défavorable depuis l'accident – et de la situation. Le rendement de l'assurée dans son activité était réduit en raison de gonalgies et de douleurs diffuses. 5. Selon un rapport du 2 mars 2010 du docteur H_____, médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA, l'assurée se déplaçait avec une boiterie importante du côté gauche avec une composante démonstrative évidente ; 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. La moindre palpation du genou était ressentie douloureusement ; il n'y avait aucune instabilité latérale ou sagittale, mais il n'était pas possible de tester les ménisques en raison d'une attitude défensive de l'assurée. Ni la physiothérapie, ni l'antalgie médicamenteuse n'avaient permis d'obtenir une amélioration susceptible d'envisager une reprise du travail. Les troubles résiduels s'inscrivaient dans un contexte de gonarthrose encore modérée et étaient surtout en rapport avec des facteurs de non organicité. 6. Dans un rapport du 10 juillet 2010 – consécutif à séjour au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 21 avril 2010 au 12 mai 2010 –, les docteurs I_____ et J_____ ont relevé que la prise en charge en physiothérapie n'avait pas amené une diminution des douleurs ni de progression fonctionnelle significative. Le comportement douloureux de l'assurée avait rendu la mise sur pied d'un programme de rééducation fonctionnelle cohérent impossible. Une reprise progressive d'activité professionnelle était possible d'un point de vue biomédical, même si les lésions objectivées pouvaient expliquer une partie des limitations ; il existait cependant des facteurs non médicaux qui rendaient peu optimiste quant à une réinsertion effective dans le monde du travail. 7. Le 16 juillet 2010 – se fondant sur une appréciation faite le 14 juillet 2010 par le Dr K_____, la SUVA a reconnu à l'assurée une capacité de travail de 50 % dans son ancienne activité d'employée d'entretien à compter du 26 juillet 2010, et annoncé une adaptation de l'indemnité journalière versée jusque-là. 8. Selon un rapport du 1^{er} décembre 2010 de la Dresse G_____, il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, mais le syndrome douloureux chronique de l'assurée s'était aggravé depuis juin 2010. La capacité de travail de l'assurée était de 0 % depuis le 15 novembre 2009 dans son ancienne activité. 9. D'après un rapport médical du 4 mars 2011 du docteur L_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'accident, remontant à 18 mois, avait entraîné une entorse du genou gauche 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. Même si ces troubles dégénératifs pouvaient expliquer une partie du tableau douloureux, ce dernier paraissait clairement influencé par des facteurs psychologiques et non organiques, désormais au premier plan. 10. Selon une appréciation médicale du 9 mars 2011 du docteur M_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée avait connu, sur le plan somato-psychique, une évolution de type invalidante avec une comorbidité psychiatrique notable sous la forme d'un trouble douloureux somatoforme chronique et d'une dépression d'intensité probablement moyenne. Le contexte déclencheur de cette évolution problématique était pluriel : psychosocial, culturel, lié aux problèmes arthrosiques, etc. L'accident n'avait joué qu'un rôle mineur dans cette situation. Par décision du 10 mars 2011, la SUVA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière au 31 mars 2011. L'assurée pouvait 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. 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. 11. En date des 26 juillet et 19 août 2011 – conformément à un avis médical du 16 mai 2011 de la doctoresse N_____, médecin du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) – l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed), effectuée par les docteurs O_____, rhumatologue FMH et P_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui ont rendu leur rapport d'expertise le 13 décembre 2011. Selon le Dr O_____, l'assurée présentait une fibromyalgie caractérisée par des douleurs chroniques du rachis et des ceintures scapulaire et pelvienne, sans lésion anatomique ou fonctionnelle susceptible de les justifier. Ce syndrome douloureux chronique ne pouvait pas être considéré comme incapacitant, même pour l'activité de nettoyeuse. L'assurée présentait en revanche également des modifications dégénératives du genou gauche, révélées mais certainement aggravées aussi par l'événement accidentel du 23 juin 2009. 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, limitation au maximum des longs déplacements à pied et surtout les escaliers. D'après la Dresse P_____, l'intensité de la problématique douloureuse et la persistance de celle-ci étaient disproportionnées par rapport à la gravité de l'accident et aux lésions objectivées. L'évolution défavorable, l'extension progressive des douleurs du genou gauche au corps entier, la présence d'une fibromyalgie lui avaient fait poser le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elle avait aussi posé le diagnostic de troubles anxieux et dépressif mixtes (F41.2). Il y avait avant tout une problématique psychosociale ; la pathologie psychiatrique n'était en elle-même pas invalidante. Il n'y avait pas d'incapacité de travail durable, et il n'y en avait pas eu auparavant. Le psychiatre traitant ayant succédé à la Dresse G_____, soit la doctoresse Q_____, ne voyait pas de contre-indication formelle à ce que l'assurée reprenne une activité professionnelle. 12. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 23 août 2012 par Madame R_____ au domicile de l'assurée, appartement dans lequel elle vivait avec l'une de ses filles (cuisinière à 50 % chez Z_____), son gendre (barman) et leur à l'époque unique enfant. Sans atteinte à la santé, l'assurée aurait continué à travailler à 31 % (12.5 heures par semaine). Elle et sa fille disaient qu'on ne pouvait la laisser seule et qu'elle était incapable de s'occuper des tâches ménagères. L'enquêtrice a estimé que l'assurée ne serait probablement pas capable de vivre seule ; un formulaire de demande d'allocation pour impotence devait lui être envoyé. Elle a retenu les taux d'empêchement suivants (comprenant l'exigibilité des membres de la famille) pour les postes suivants, donnant les degrés d'invalidité suivants : · conduite du ménage (poste pondéré à 5 %) : 40 % (avec 30 % d'exigibilité) 2 % d'invalidité · alimentation (poste pondéré à 40 %) : 30 % (avec 30 % d'exigibilité) 12 % d'invalidité · entretien du logement (poste pondéré à 20 %) : 40 % (avec 30 % d'exigibilité) 8 % d'invalidité · emplettes, courses diverses (poste pondéré à 10 %) : 0 % (entièrement assumé par la famille) 0 % d'invalidité · lessive et entretien des vêtements (poste pondéré à 20 %) : 30 % (avec 30 % d'exigibilité) 6 % d'invalidité · soins aux enfants (poste pondéré à 0 %) : 0 % 0 % d'invalidité · divers (poste pondéré à 0 %) : 0 % 0 % d'invalidité Pour un 100 % d'activités ménagères (recte : 95 %), le taux global d'empêchement était de 24 % (recte : 28 %). 13. Par projet de décision du 17 septembre 2012, l'OAI a fait part à

l'assurée de ce qu'elle n'avait droit ni à des mesures professionnelles, ni à une rente d'invalidité. Dans sa sphère professionnelle, correspondant à un taux d'activité de 31 %, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle d'employée d'entretien, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Son salaire sans invalidité à 31 %, annualisé à l'année de référence (2010), se montait à CHF 13'138.-, et le salaire qu'elle pourrait réaliser raisonnablement dans une activité adaptée à ses limitations, en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison de ses limitations et de son âge, serait, à 31 %, de CHF 14'711.-. La perte économique étant de CHF 0.-, il n'y avait pas d'invalidité à retenir pour la sphère professionnelle. Son degré d'invalidité pour la sphère ménagère était de 17 % (soit 69 % x 24 % [recte : 69 % x 28 % = 19 %]). Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrait pas un droit à une rente d'invalidité. Un degré d'invalidité inférieur à 20 % ne fondait pas un droit au reclassement professionnel ; un nombre significatif du large éventail des activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services lui était ouvert. Un droit à l'aide au placement actif de l'AI n'était donné que lorsque les difficultés rencontrées lors des recherches d'emploi étaient liées à l'état de santé, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. [endif]>[if> 14. Le 8 octobre 2012, l'assurée a formé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI. Elle avait besoin de l'aide régulière et importante d'autrui pour se vêtir, se lever, se laver, se coiffer, se déplacer dans l'appartement et à l'extérieur. [endif]>[if> 15. Du 15 au 30 octobre 2012, l'assurée a été hospitalisée au service de rhumatologie des HUG en raison d'un syndrome douloureux chronique en exacerbation. D'après le rapport du 31 octobre 2012 des docteurs S _____ et T _____ dudit service, il n'y avait pas d'argument pour une maladie inflammatoire, notamment une connectivite ou spondylarthrite. Les douleurs de l'assurée s'inscrivaient le plus probablement dans un contexte de syndrome douloureux chronique, pour laquelle elle bénéficiait d'une physiothérapie active à sec et en piscine et d'une prise en charge en ergothérapie. Une échographie au niveau de l'épaule droite montrait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec un sus-épineux d'aspect hétérogène sans bursite ni arthrite. L'assurée bénéficiait, en raison d'une baisse de la thymie, d'une consultation psychiatrique, concluant à un épisode dépressif majeur ; un suivi à la consultation de CAPPI Jonction auprès du docteur U _____ était organisée. [endif]>[if> 16. Par décision du 6 novembre 2012, reprenant les termes et conclusions du projet précité du 17 septembre 2012, l'OAI a refusé à l'assurée des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. [endif]>[if> 17. D'après un rapport du 29 novembre 2012 des docteurs V _____ et W _____ du service de médecine de premier recours des HUG, l'assurée présentait depuis 1998 des douleurs articulaires diffuses associées à un état anxio-dépressif. Suite à un accident en 2009 elle avait développé des gonalgies bilatérales associées à une exacerbation de ses douleurs articulaires. Elle développait progressivement des douleurs constantes diffuses diminuant son autonomie et sa capacité de mobilité associée à un état dépressif s'aggravant. Elle était en incapacité de travail à 100 % depuis 2009. En 2012, la symptomatologie douloureuse et l'état psychique s'étaient aggravés. En résumé, l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique de longue date et un état anxio-dépressif. Il se rajoutait des pathologies médicales comme l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'épigastralgie à répétition ainsi que des malaises avec perte de connaissance. Une reconsidération de la décision de l'OAI et une nouvelle appréciation s'avéraient indispensables. [endif]>[if> 18. Le 10 décembre 2012, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée de l'OAI du 6 novembre 2012 (cause A/3757/2012), en concluant à l'annulation de

cette décision et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. 19. Dans le cadre de l'échange d'écritures, l'OAI a produit un avis médical du 3 avril 2013 de la doctoresse X_____ du SMR. Selon elle, le rapport précité du 29 novembre 2012 des Drs V_____ et W_____ évoquait des points déjà connus et pris en compte. La tendinopathie de la coiffe des rotateurs mentionnée dans le rapport précité du 31 octobre 2012 des Drs S_____ et T_____ représentait une atteinte nouvelle peu grave et non durable, et les limitations fonctionnelles étaient compatibles avec celles déjà retenues et ne changeaient pas la capacité de travail – entière – de l'assurée dans une activité adaptée. 20. D'après un rapport du 27 mars 2013 du docteur Y_____, médecin interne auprès du service de psychiatrie adulte des HUG, l'assurée, qui était suivie au CAPPI Jonction depuis décembre 2012 et bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique intégrée, avait présenté dès son arrivée un tableau clinique en faveur d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. D'un point de vue psychiatrique, sa capacité de travail était en l'état nulle. L'OAI a maintenu son point de vue, tel qu'exprimé dans l'avis médical précité du 3 avril 2013 de la Dresse X_____, selon laquelle, en outre, l'épisode dépressif sévère diagnostiqué par le Dr Y_____ constituait une atteinte psychique réactionnelle à la décision, postérieure à cette dernière. 21. Par décision du 7 juin 2013, confirmant son projet de décision du 24 avril 2013, l'OAI a refusé à l'assurée une allocation pour impotent. L'assurée pouvant reprendre à plein temps une activité adaptée à ses limitations, elle était intégralement autonome pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie quotidienne. 22. Par arrêt du 2 juillet 2013 (ATAS/705/2013), la chambre des assurances sociales a annulé la décision de l'OAI du 6 novembre 2012 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le rapport d'expertise du CEMed du 13 décembre 2011 tenait compte des éléments médicaux alors connus et était probant en tant qu'il retenait que l'état anxio-dépressif alors diagnostiqué n'était pas une comorbidité suffisamment grave pour que le trouble somatoforme soit invalidant. La décision précitée de l'OAI ne prenait en revanche pas en considération l'ensemble des atteintes à la santé de l'assurée, en particulier ni de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs mentionnée par les Drs S_____ et T_____, ni de l'épisode dépressif majeur et/ou sévère diagnostiqué à l'occasion d'une consultation de psychiatrie ayant eu lieu lors du séjour de l'assurée au service de rhumatologie des HUG en octobre 2012 et aussi mentionné par le Dr Y_____ faisant par ailleurs état d'une capacité de travail nulle du seul point de vue psychiatrique. L'avis de la Dresse X_____ du SMR était trop sommaire pour avoir force probante. L'OAI devait inviter les Drs O_____ et P_____ du CEMed à procéder à un complément d'expertise, à la lumière de ces atteintes à la santé nouvellement diagnostiquées et à en déterminer les répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, en discutant les avis des spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie ayant suivi cette dernière ; il était aussi invité à procéder ensuite, « cas échéant », à une nouvelle enquête ménagère, et à rendre une nouvelle décision. 23. Le 11 juillet 2013, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales contre la décision précitée de l'OAI du 7 juin 2013 lui refusant une allocation pour impotent (cause A/2332/2013). Compte tenu de l'arrêt rendu le 2 juillet 2013 par la chambre des assurances sociales, il n'était pas admissible de fonder le refus de l'allocation pour impotent sur le rapport d'expertise du CEMed de 2011. L'enquête ménagère avait amené l'enquêtrice à retenir des empêchements très importants. L'assurée ne pourrait pas vivre sans l'aide de sa fille, avec laquelle elle vivait. 24. L'OAI a conclu au rejet de ce recours, puis l'assurée a persisté dans les conclusions de son

recours. [endif]>[if> 25. Par arrêt du 18 octobre 2013 (ATAS/1019/2013), la chambre des assurances sociales a rejeté le recours A/2332/2013 dirigé contre le refus de l'allocation d'impotent. Dans son arrêt du 2 juillet 2013, elle avait retenu que le rapport d'expertise du CEMed de 2011 pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante s'agissant de l'appréciation du caractère invalidant des lésions au genou, du trouble somatoforme douloureux et de l'état psychiatrique alors constaté, base sur laquelle il avait été déterminé que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (position assises principalement avec possibilité d'en changer, limitations du port de charges, pas de longs déplacements à pied ni d'escaliers). La cause avait été renvoyée à l'OAI pour examen des conséquences sur la capacité de travail et ménagère de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs et de l'éventuelle aggravation durable de l'état psychique de l'assurée, diagnostiquées en octobre 2012. S'agissant d'une allocation pour impotent, le trouble somatoforme douloureux expliquait vraisemblablement les importants empêchements dans la tenue du ménage retenus par l'enquêtrice, mais en tant qu'atteinte à la santé non incapacitante en l'absence d'un trouble psychiatrique grave et/ou des autres critères retenus par la jurisprudence, pouvant être surmontée par un effort de volonté, il n'objectivait ni les empêchements retenus ni le besoin d'aide pour les actes de la vie ordinaire, condition du droit à une allocation pour impotent. L'atteinte au genou n'impliquait que de légères limitations. Une tendinopathie ayant par hypothèse des répercussions sur la capacité de travail et/ou ménagère de l'assurée n'empêcherait pas cette dernière de se laver ou de se coiffer de l'autre main. Il allait de soi qu'une assurée pleinement apte à travailler dans une activité adaptée à ses limitations était aussi capable de s'habiller seule, manger sans aide, se lever, s'asseoir, se coucher, aller aux toilettes, se laver, se déplacer. Le dépôt d'une nouvelle demande d'allocation pour impotent restait réservé pour le cas où, à l'échéance du délai de carence d'un an, à fin octobre 2013, les médecins confirmaient la persistance d'un état dépressif grave malgré un traitement adéquat, impliquant objectivement le besoin d'une aide importante pour au moins deux actes ordinaires de la vie ou d'un accompagnement de façon régulière depuis octobre 2012. [endif]>[if> 26. Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 mai 2014 consécutif à une rencontre des 26 et 28 février 2014 avec l'assurée, les Drs Z_____ et P_____ ont résumé le dossier, indiqué les données subjectives fournies par l'assurée : histoire médicale actuelle selon l'expertisée, plaintes actuelles (sur les plans rhumatologique et psychique), troubles relevés à l'anamnèse orientée (au niveau de l'humeur - troubles dépressifs, des troubles anxieux, des symptômes neurovégétatifs, du sommeil, de l'appétit), activités quotidiennes habitudes, médicaments pris et traitements suivis. Ils ont relaté les données personnelles, familiales et socio-professionnelles de l'assurée. Ils ont décrit son status rhumatologique (général, neurologique, ostéoarticulaire) et psychique, de même que les résultats des examens complémentaires (examen sanguin du 28 février 2014, examens radiologiques du 3 mars 2014). Au chapitre de la synthèse et de la discussion, après un rappel de l'histoire médicale de l'assurée, les experts précités ont fait part de leur constat concernant sa situation actuelle et de leurs conclusions. [endif]>[if> Sur la plan rhumatologique, les constatations étaient les mêmes que celles de l'expertise du 19 août 2011 et de l'unité de rhumatologie des HUG. Les diagnostics restaient les mêmes quant aux douleurs du squelette axial et des ceintures, ainsi que leurs irradiations en périphéries ; il s'agissait d'une fibromyalgie comportant tous les critères habituels et les syndromes d'accompagnement (trigger points de Yunus, colopathie fonctionnelle et syndrome de fatigue). Cette fois, les nombreuses manifestations intempestives à la douleur

manquaient, les signes de non-organicité étaient moins évidents, la collaboration était meilleure. Les gonalgies, qui représentaient les plaintes principales, n'étaient plus aussi invalidantes. L'examen clinique, superposable à celui de l'unité de rhumatologie en 2012, confirmait l'absence de déficit neurologique périphérique, d'inflammation articulaire ou d'enraidissement capsulaire. Les radiographies récentes de la colonne cervicale étaient normales. L'assurée souffrait toujours d'un syndrome douloureux chronique des muscles et insertions du squelette axial et des ceintures (fibromyalgie) sans lésion anatomique ou maladie inflammatoire susceptibles de l'expliquer. Elle avait aussi une épaule douloureuse simple à droite sur souffrance du tendon du sus-épineux ; la présence d'une tendinopathie ancienne et en cours était plausible au vu des calcifications visibles sur les radiographies du jour et à l'échographie faite aux HUG, comme il devait y en avoir eu une, s'étant calmée, à l'épaule gauche. Il n'était pas justifié de prescrire d'autres mesures que celle de ne pas avoir de travail au-dessus du plan des épaules ou de mouvements à effectuer de façon répétitive du membre supérieure droit avec charge. L'activité de nettoyeuse était impossible compte tenu des limitations respecter, à savoir position assise principalement avec possibilité d'en changer de temps à autre, port ou transport répétitif de charges limitées à 5 kg, limitation au maximum des longs déplacements à pied et surtout les escaliers, pas de mouvement en charge avec le membre supérieur droit, pas de travaux au-dessus du plan des épaules, pas de travaux en hauteur, pas de cadence forcée (travail à la chaîne). L'assurée ne pouvait plus passer l'aspirateur, frotter les sols, laver les vitres, nettoyer les armoires. Sa profession de base n'était donc plus exigible, mais une activité adaptée respectant ces limitations était exigible, même à 100 % et sans limitation de rendement. Sur le plan psychique, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) était toujours actuel. L'assurée présentait par ailleurs une symptomatologie dépressive. Comme en 2011, elle avait un comportement histrionique. Le diagnostic retenu n'était plus celui de trouble anxieux et dépressif mixte, mais celui de trouble dépressif, en épisode alors moyen, avec syndrome somatique (F33.11), moins amplifié que celui décrit en 2013 par le Dr Y _____ (qui évoquait alors un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques), évolution positive susceptible de s'expliquer par la prise en charge psychiatrique. Il s'agissait avant tout d'une aggravation de sa situation psychosociale, laquelle était responsable de la composante anxieuse de son état dépressif. L'assurée se trouvait dans un cercle vicieux : les douleurs majoraient sa problématique psychique, qui à son tour majorait la perception douloureuse du trouble douloureux. La problématique psychique n'était cependant toujours pas incapacitante. En résumé, il y avait eu aggravation de l'état dépressif de l'assurée, attestée par la lettre de sortie de l'hospitalisation d'octobre 2012 (il y avait eu alors épisode dépressif majeur) et en mars 2013 par le Dr Y _____ ; le rejet des demandes de prestations de l'AI avaient vraisemblablement été des facteurs ultérieurs de la majoration de l'état dépressif. Il y avait eu ensuite amélioration de l'état dépressif, amenant à retenir un épisode dépressif d'intensité moyenne, probablement en lien avec la prise en charge psychiatrique de l'assurée, avec encore une perspective d'amélioration avec un traitement antidépresseur pris à doses thérapeutiques. 27. D'après un avis médical du SMR du 6 juin 2014, les experts ne s'étaient pas prononcés sur l'exigibilité et n'avaient pas détaillé les limitations fonctionnelles. En réponse à un complément sur ces questions, ils ont repris, dans un rapport du 25 juin 2014, les passages de leur rapport précité du 23 mai 2014 qui traitaient de ces questions (déjà résumés ci-dessus). La Dresse N _____ du SMR a alors résumé la situation dans un avis médical du 5 août 2014. Sur le plan rhumatologique, l'assurée souffrait toujours d'un syndrome douloureux chronique persistant, auquel

s'associait alors une épaule droite douloureuse sur tendinopathie ancienne du sus-épineux, atteinte devant évoluer favorablement avec un traitement conservateur. Nulle dans l'activité habituelle de l'assurée, la capacité de travail de cette dernière restait entière dans un poste strictement adapté. Sur le plan psychiatrique, l'intensité de l'état dépressif avait évolué positivement (le diagnostic étant désormais celui de trouble dépressif récurrent, en épisode alors moyen, avec syndrome somatique) ; aucune atteinte incapacitante et aucune limitation fonctionnelle n'étaient retenues. En conclusion, l'état de santé de l'assurée s'était probablement aggravé depuis décembre 2012 (après la décision de refus du 7 novembre 2012), mais il avait évolué par la suite favorablement. Selon un addendum à cet avis médical de la Dresse N_____ du 13 août 2014, il y avait lieu de reconnaître à l'assurée une incapacité de travail totale dès décembre 2012 pour toute activité en raison d'un épisode de dépression sévère, dont l'évolution avait ensuite été favorable. L'incapacité de travail restait définitive pour l'activité habituelle, mais elle était à considérer comme entière, au moins depuis février 2014 (date de l'expertise), dans une activité adaptée. De décembre 2012 à février 2014, période durant laquelle la capacité de travail de l'assurée avait été nulle dans toute activité, l'atteinte psychiatrique avait eu des répercussions dans la sphère ménagère. 28. Après avoir demandé, le 13 août 2014, une évaluation des empêchements dans la sphère ménagère à l'échéance du délai d'attente d'un an (soit dès décembre 2013) jusqu'en février 2014, le SMR a relevé, dans un avis du 7 janvier 2014, que ceci était superflu parce qu'une telle évaluation n'aurait pas de valeur probante, dans le cas d'une personne souffrant d'une atteinte psychique et ayant une période d'incapacité de travail antérieure révolue dans le temps. Une enquête économique sur le ménage avait eu lieu le 23 août 2012, soit juste avant l'admission de l'incapacité totale de travail pour l'atteinte psychique ; elle avait mis en avant déjà de nombreuses limitations psychiques et conclu à des empêchements de 24 % « car en fait l'assurée vit/vivait avec sa fille et son gendre qui gèrent le tout pour elle ». Le gendre et la fille ne vivaient plus avec l'assurée depuis le 1^{er} septembre 2014. Il était demandé au médecin du SMR de dire si l'épisode dépressif sévère ayant prévalu de décembre 2012 à février 2014 pouvait déjà être compatible avec les conclusions de ladite enquête économique sur le ménage, dans le cadre de laquelle l'enquêtrice avait déjà pris en compte que « l'assurée vivait avec son gendre et sa fille et selon ses dires elle était déjà incapable de s'occuper des tâches ménagères, car elle était triste, pleurait souvent et prenait des antidépresseurs ». Dans l'affirmative, a priori, les empêchements demeuraient à 24 % pour la période concernée. 29. Le 13 janvier 2015, la Dresse N_____ a estimé, s'agissant des empêchements dans le ménage, que l'enquête faite en août 2012 avait tenu compte des plaintes d'ordre psychiatrique et que l'évaluation alors faite était « vraisemblablement déjà compatible avec les empêchements ménages liés aux atteintes psychiatriques diagnostiquées en décembre 2012 ». 29. Le 16 avril 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, sauf un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mars 2013 au 30 avril 2014. Sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité professionnelle à 31 % ; elle avait un statut mixte d'une personne exerçant une activité professionnelle à 31 % et se consacrant à ses travaux habituels pour les 69 % restants. Conformément à l'enquête économique sur le ménage effectuée le 23 août 2012, elle présentait un empêchement dans la sphère ménagère de 24 %, donnant un degré d'invalidité de 17 %. Pour sa sphère professionnelle, elle avait présenté une incapacité durable complète de travail depuis le 23 juin 2009, mais, à l'examen des documents médicaux versés au dossier, il s'avérait que sa capacité de travail, nulle dans son activité habituelle, était entière

dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sauf entre décembre 2012 et février 2014, période durant laquelle elle avait été nulle dans toute activité. La comparaison de ses revenus sans invalidité (CHF 13'138.-) et avec invalidité (CHF 14'711.-, compte tenu d'un abattement de 10 %) montrait que l'assurée ne subissait pas de perte économique. Un degré d'invalidité total de 17 % n'ouvrait le droit ni à des mesures professionnelles ni à une rente d'invalidité. De décembre 2012 à février 2014, l'incapacité de travail avait cependant été totale dans toute activité ; son degré d'invalidité totale avait donc été de 48 % (31 % + 17 %), lui ouvrant un quart de rente d'invalidité pour cette période, rente qui lui était supprimée dès le 1^{er} mai 2014. 30. Par courrier du 22 mai 2015, l'assurée (représentée par l'Association suisse des assurés) s'est opposée à ce projet de décision. Elle présentait toujours des affections, tant physiques que psychiques, la limitant fortement sur les plans personnel et professionnel, et réduisant fortement aussi sa capacité de travail. Elle était dans l'attente de rapports médicaux récents. 31. L'assurée n'a pas pu produire de rapports médicaux dans les délais prolongés à cette fin. Dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (9C_492/2014, publié in ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. 32. Par décision transmise à la Caisse de compensation FER-CIAM (ci-après : la caisse) le 22 juillet 2015 pour préparation du calcul de la prestation allouée et pour notification, et notifiée le 7 octobre 2015, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, sauf un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mars 2013 au 30 avril 2014 (soit, après calcul, 14 mois à CHF 72.-), dans les termes du projet de décision précité du 16 avril 2015. 33. Par acte du 9 novembre 2015, l'assurée a recouru contre cette décision à la chambre des assurances sociales, en concluant à l'octroi d'un délai pour produire un rapport médical du Centre médical Vermont-Grand-Pré, à l'annulation de la décision attaquée et à la reconnaissance de son droit à une demi-rente d'invalidité depuis juin 2010. Elle souffrait d'affections multiples depuis plusieurs années, la limitant fortement sur les plans tant physique que psychique, en particulier de gonalgies bilatérales associées à des douleurs articulaires multiples dans le cadre d'un trouble somatoforme persistant, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, d'épigastrie à répétition et de malaises avec perte de connaissance, ainsi que d'un trouble dépressif récurrent d'intensité alors faible à modérée. Ces atteintes à la santé réduisaient sa capacité de gain, engendrant une invalidité d'au moins 50 %. En se contentant de reprendre les conclusions de l'enquête ménagère de 2012, l'OAI avait minimisé ses empêchements dans l'accomplissement des actes de la vie courante. Il avait au surplus mal évalué sa capacité de travail résiduelle, actuellement nulle. S'agissant du caractère invalidant de son trouble somatoforme, l'instruction du dossier devait être complétée à la lumière des nouveaux critères jurisprudentiels en la matière. 34. Le 4 janvier 2016, à la suite de prolongation de délais accordés pour compléter son recours et produire un rapport médical du Centre médical Vermont-Grand-Pré, l'assurée, ne l'ayant toujours pas reçu, a renoncé à sa demande préalable. 35. Par écriture du 24 février 2016, dans le délai prolongé à cette fin à sa demande motivée par le fait qu'un mandat SMR était en cours, l'OAI s'est référé à la décision attaquée, en proposant le rejet du recours. S'agissant du caractère invalidant du trouble, pour rendre sa décision du 7 octobre 2015, il s'était fondé principalement sur le rapport d'expertise du CEMed du 13 décembre 2011 et ses compléments des 23 mai et 25 juin 2014, auxquels il accordait pleine valeur probante. Les experts ayant cependant estimé que le syndrome douloureux

somatoforme de l'assurée n'était pas invalidant en application des anciens critères jurisprudentiels, il convenait que la chambre des assurances sociales questionne les experts afin qu'ils se prononcent sur le dossier à la lumière des nouveaux critères établis par le Tribunal fédéral. À réception de leur réponse, l'OAI lui ferait parvenir sa détermination sur le recours. [endif]>[if> 36. La chambre des assurances sociales a transmis cette écriture à l'assurée, pour information. [endif]>[if> EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur depuis 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). Elle est donc compétente pour juger du cas d'espèce, dès lors que la décision attaquée est fondée sur la LAI. [endif]>[if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), étant donné que le dernier jour du délai, tombant sur le samedi 7 octobre 2015, a été reporté au lundi 9 novembre 2015 (art. 38 al. 3 et 60 al. 2 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. 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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). [endif]>[if> Le droit à appliquer en l'espèce est celui qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Les dispositions de la LPGA s'appliquent par ailleurs à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications apportées par la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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. a. Au nombre de ses atteintes à la santé diagnostiquées, la recourante souffre – de façon non contestée – d'un trouble somatoforme douloureux. C'est le caractère invalidant ou non de ce trouble qui est litigieux en l'espèce, sans préjudice de la nécessité de prendre aussi en compte, dans une

appréciation globale de la situation, les autres atteintes à la santé de la recourante. Cette question a été appréciée par les experts avant que le Tribunal fédéral, par un arrêt du 3 juin 2015, ne modifie profondément sa jurisprudence en la matière, donc au regard des critères prévalant antérieurement. De son côté, quoiqu'ayant pris la décision attaquée le 7 octobre 2015, l'intimé n'a ni invité préalablement les experts à compléter leur appréciation du cas au regard de la nouvelle grille d'évaluation établie par le Tribunal fédéral, ni n'a procédé lui-même à une telle évaluation sur la base de données par hypothèse suffisantes figurant dans le dossier. Cette décision n'est que la reprise, quasiment mot pour mot, du projet de décision du 16 avril 2015.

b. L'intimé estime que la chambre de céans devrait inviter les experts à se prononcer sur le dossier à la lumière des nouveaux critères établis par le Tribunal fédéral, dans le cadre de la présente procédure, avant qu'il ne se détermine sur le recours (tout en ayant déjà indiqué, dans son écriture du 24 février 2016, qu'il était amené à proposer le rejet de ce dernier). Il n'appartient toutefois pas à la juridiction saisie d'un recours d'ordonner un complément d'expertise administrative ; une juridiction ordonne le cas échéant une expertise judiciaire, qu'elle ne saurait confier aux experts ayant procédé à l'expertise administrative. Sans doute est-il concevable, suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, que la chambre de céans auditionne les experts ayant rendu une expertise administrative, ou même leur pose des questions par écrit, afin d'obtenir de leur part des précisions. Un renvoi de la cause à l'autorité décisionnaire pour mise en œuvre d'un complément d'expertise reste cependant possible, voire nécessaire, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise administrative ou de demander un complément à l'expert, et ce même depuis que le Tribunal fédéral a restreint le choix du juge de ne pas diligenter lui-même une expertise judiciaire lorsque l'instruction doit être complétée pour élucider des faits pertinents appelant l'expertise d'un spécialiste et que l'expertise administrative ne se révèle pas probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Dans la mesure où l'intimé, à l'égal des autres assureurs sociaux, peut reconsidérer sa décision attaquée jusqu'à l'envoi de sa réponse au recours (art. 53 al. 3 LPGA), il pouvait, dans un cas similaire au présent cas, prendre l'initiative de soumettre lui-même aux experts ayant procédé à l'expertise administrative la question de savoir si une appréciation différente du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux doit être faite au regard de la nouvelle jurisprudence, et ce avant de se déterminer sur le recours (en modifiant ou non ensuite la décision attaquée selon l'appréciation qu'il retient à ce sujet), quitte à solliciter une prolongation du délai de réponse au recours ou même une suspension de la procédure. En l'espèce, si elle éprouvait des doutes quant à la nécessité d'un renvoi de la cause à l'intimé pour que l'expertise administrative soit complétée par une analyse du cas au regard de la nouvelle grille d'évaluation applicable en matière de troubles somatoformes douloureux, la chambre de céans les écarterait, car il appert que des investigations complémentaires doivent en tout état être effectuées – comme cela sera repris plus loin – à propos des empêchements qu'éprouve la recourante pour l'accomplissement de ses tâches ménagères du fait non seulement de son trouble somatoforme douloureux mais aussi de ses autres affections.

4. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une

demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). c. La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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).

E. 5

a. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). b. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles

(art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). La jurisprudence a néanmoins établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. c. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 6

a. Selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. b. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes ; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. c. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les

loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie.

E. 7

En l'espèce, les rapports d'expertise du CEMed comportent assurément plusieurs éléments susceptibles d'être repris dans le cadre de l'évaluation que requiert la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, notamment dans l'appréciation des atteintes à la santé de la recourante. Le caractère non invalidant du trouble somatoforme douloureux de la recourante est toutefois davantage affirmé – sans doute par référence implicite à une présomption désormais abandonnée – que démontré, dans le cadre d'une approche englobant les autres affections dont souffre la recourante, intégrant une analyse de sa personnalité et évaluant ses ressources et ses possibilités de les mettre à profit. À ce dernier égard, les experts ont relevé à plusieurs reprises une attitude démonstrative de la part de la recourante, mais ils n'apparaissent pas avoir investigué suffisamment pourquoi, déjà en questionnant cette dernière sur la prise effective de ses médicaments, ses taux sanguins d'antidépresseurs et d'analgésiques, inférieurs à ceux dont les doses prescrites appelaient normalement le constat dans le sang. Ainsi que l'intimé l'estime d'ailleurs lui-même nécessaire et que le requiert la recourante, il s'impose que les experts ayant rendu les rapports ayant servi de base à la prise de la décision attaquée soient invités à compléter leur appréciation – au besoin (question pouvant être laissée ici ouverte) après avoir une nouvelle fois rencontré la recourante – au regard des indicateurs établis par le Tribunal fédéral. Il faut à cette fin annuler la décision attaquée et renvoyer la cause à l'intimé.

E. 8

a. Le renvoi de la cause à l'intimé pour un complément d'expertise se justifie d'autant plus que le dossier comporte des erreurs et suscite des interrogations s'agissant des empêchements retenus dans la sphère ménagère de la recourante. b. Force est de relever, en premier lieu, que le rapport d'enquête économique sur le ménage du 23 août 2012, servant de base également à la décision attaquée, non seulement pondère les différents postes usuels constituant les activités domestiques de façon à totaliser un 95 % d'activités (et non un 100 %, comme il se doit logiquement et contrairement au total inscrit à la page 4 dudit rapport), mais aussi parvient, du fait d'une erreur d'addition, à un degré d'empêchement de 24 % au lieu de 28 % (2 % + 12 % + 8 % + 0% + 6 % + 0 % + 0 % = 28 %). Rapporté à une sphère ménagère de 69 %, un tel taux d'empêchement donne un degré d'invalidité de 19.32 %, arrondi à 19 %. Or, à s'en tenir, pour la période de décembre 2012 à février 2014, à une incapacité de travail totale dans la sphère professionnelle de 31 %, engendrant un degré d'invalidité de 31 %, il s'ensuit que l'addition des deux degrés d'invalidité afférents aux deux sphères respectives d'activités donne un degré d'invalidité total de 50 % (et non de 48 % seulement), ouvrant le droit de la recourante à une demi-rente (et non un quart de rente seulement) pour la période du 1^{er} mars 2013 au 30 avril 2014. c. Par ailleurs, dans son arrêt du 2 juillet 2013, la chambre de céans avait invité l'intimé à procéder à une nouvelle enquête ménagère après que l'expertise bi-disciplinaire des Drs Z_____ et P_____ aurait été complétée par une évaluation des répercussions des atteintes à la santé nouvellement diagnostiquées (en particulier une tendinopathie de la coiffe des rotateurs et un épisode dépressif majeur et/ou sévère) sur la capacité de travail de la recourante. Il est

vrai qu'elle avait assorti cette invitation des mots « cas échéant », laissant à l'intimé une marge d'appréciation quant à la nécessité de faire une nouvelle enquête économique sur le ménage. Le résultat du complément d'expertise réalisé a été essentiellement que, sur le plan rhumatologique, l'épaule douloureuse simple à droite sur souffrance du tendon du sus-épineux n'a généré qu'une incapacité de travail temporaire (d'une durée au demeurant non précisée), et que, sur le plan psychiatrique, il y avait eu aggravation temporaire mais néanmoins durable (de décembre 2012 à février 2014) de l'intensité de l'état dépressif. On pourrait comprendre qu'une nouvelle enquête économique sur le ménage n'apparût pas nécessaire sinon même possible dans la mesure où elle ne pouvait se faire qu'après la survenance d'une amélioration et donc ne concerner qu'une période révolue (ainsi que le SMR l'a relevé dans un avis du 7 janvier 2014). Il n'en fallait pas moins faire une appréciation rétroactive de l'effet de l'aggravation de l'atteinte à la santé, admise comme incapacitante pour toute activité professionnelle, sur la capacité d'accomplir les tâches dites habituelles, c'est-à-dire ménagères, pour la période considérée de décembre 2012 à février 2014. L'intimé estime l'avoir fait, en interrogeant à ce propos le SMR et en retenant l'avis qu'il a alors obtenu d'un médecin dudit SMR que l'enquête économique sur le ménage effectuée en août 2012 avait tenu compte des plaintes d'ordre psychiatrique de la recourante et était « vraisemblablement déjà compatible avec les empêchements ménagers liés aux atteintes psychiatriques diagnostiquées en décembre 2012 ». Cet avis n'emporte toutefois pas conviction. D'une part, il aurait fallu demander à l'enquêtrice si le surcroît d'atteintes à la santé admis d'un point de vue médical, en le lui décrivant avec précision, avait eu, en termes de vraisemblance prépondérante, un impact – dans l'affirmative lequel – sur les empêchements de la recourante durant la période considérée. D'autre part et surtout, on ne voit pas comment l'enquêtrice aurait pu, en août 2012, anticiper une aggravation d'état de santé survenue dès décembre 2012, sauf à lui prêter des connaissances spécialisées dans les domaines de la rhumatologie et de la psychiatrie, au point d'ailleurs qu'il faudrait plutôt se demander si ladite aggravation n'était en réalité pas déjà effective en août 2012, et donc si le moment à partir duquel la recourante se trouvait en incapacité totale de travailler dans toute activité professionnelle ne devrait pas remonter à une période antérieure à celle retenue par l'intimé, avec la conséquence qu'il faudrait en tirer sous l'angle du droit à une rente d'invalidité. Force est d'en conclure que l'intimé n'a pas procédé correctement à l'appréciation rétroactive requise précitée, et que, dès lors que la cause lui sera renvoyée, il lui faudra encore l'effectuer. d. En l'espèce, un autre motif commandait de procéder à une nouvelle enquête économique sur le ménage pour la période contemporaine ou, à tout le moins, à une vérification complémentaire préalable éventuellement susceptible d'autoriser, sans nouvelle enquête formelle, des conclusions sur les empêchements de la recourante dans ses tâches habituelles, et, partant, sur le degré d'invalidité afférent à la sphère ménagère. En effet, comme le SMR l'a noté dans son avis du 7 janvier 2014, la recourante ne vivait plus avec sa fille et son gendre depuis le 1^{er} septembre 2014. Or, ce sont eux qui, selon le rapport d'enquête du 23 août 2012, assumaient l'essentiel des tâches ménagères de la recourante, au point que cette dernière n'apparaissait pas apte à vivre seule. L'intimé ne pouvait se contenter de noter que, d'après les données administratives lui étant accessibles, les personnes de l'exigibilité desquelles il avait tenu compte pour fixer les empêchements de la recourante habitaient depuis septembre 2014 à Yvonnand (VD), soit à près de 100 km de Genève. Il lui fallait actualiser ses données de façon moins administrative, en s'enquérant notamment du point de savoir comment la recourante faisait face à ses tâches ménagères et si une probable aide extérieure fournie l'était par des personnes soumises aux

obligations de droit civil fondant la prise en compte d'une exigibilité (ATAS/1033/2014 du 30 septembre 2014 consid. 11) ; il lui fallait examiner quelles conséquences tirer de la sensible modification des circonstances que le déménagement de la fille et du gendre de la recourante impliquait pour cette dernière. En août 2012, l'enquêtrice avait fixé les empêchements de la recourante en tenant compte d'une exigibilité de 30 % pour les postes « conduite du ménage », « alimentation », « entretien du logement » et « lessive et entretien des vêtements », 0 % pour les postes « soins aux enfants » et « divers », et en réalité 100 % pour le poste « emplettes, courses diverses ». Il s'ensuivrait logiquement, s'il ne pouvait plus être retenu d'exigibilité de la fille et du gendre de la recourante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3), ni d'une autre personne, que les empêchements de la recourante devraient passer dès septembre 2014, pour ces différents postes, respectivement à 70 %, 60 %, 70 %, 60 %, 0 %, 0 % et 100 %, et que, rapportés aux taux de pondération de ces postes, ils donneraient des degrés d'invalidité respectifs de 3.5 %, 24 %, 14 %, 12 %, 0 %, 0 % et 10 % ; le degré d'invalidité total serait donc de 63.5 % ; rapporté à son tour à une sphère ménagère de 69 %, il donnerait un degré d'invalidité pertinent de 43.82 % (arrondi à 44 %) au seul titre de ladite sphère. Quand bien même la perte économique de la recourante serait nulle dans sa sphère professionnelle et, partant, son degré d'invalidité serait de 0 % à ce titre, la recourante aurait droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

E. 9

a. La décision attaquée sera donc annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. b. La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 400.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). c. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, respectivement à l'assistance juridique (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 1'000.- compte tenu du fait que le recours est admis partiellement au bénéfice de la maxime d'office voulant que la chambre de céans ne soit pas liée par les motifs invoqués par les parties (art. 69 al. 1 phr. 2 et 89A LPA). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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