

GE_GERICHTE A/600/2014 vom 23. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_600_2014

FR: GE_GERICHTE A/600/2014 du 23 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/600/2014 del 23 settembre 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.09.2014
A/600/2014

A/600/2014 ATAS/1019/2014 du 23.09.2014 (AI) , REJETE En fait En droit .république et canton de genève POUVOIR JUDICIAIRE A/600/2014 ATAS/1019/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23 septembre 2014 1 ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à VEYRIER, 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), née en 1972, divorcée et mère de trois enfants nés en 1996, 1999 et 2001, au bénéfice d'une formation de jardinière d'enfants, a travaillé en tant qu'éducatrice de la petite enfance à temps partiel.![endif]>![if> 2. Par rapport du 3 octobre 2008, la Dresse B_____, médecin généraliste, a posé le diagnostic de connectivite mixte dont les symptômes, soit l'asthénie et les douleurs articulaires, étaient apparus en 2005. Un traitement à base de méthotrexate venait d'être débuté. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 6 juin 2008. La Dresse B_____ a confirmé ce diagnostic le 15 janvier 2009.![endif]>![if> 3. Le 17 février 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) en invoquant une connectivite mixte depuis de nombreuses années.![endif]>![if> 4. Par certificat du 23 janvier 2009, la Dresse B_____ a précisé que l'assurée souffrait depuis juin 2008 d'une poussée de sa maladie accompagnée d'une importante asthénie et de douleurs articulaires.![endif]>![if> 5. Par rapport du 24 février 2009, le Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a confirmé que l'assurée souffrait d'une connectivite mixte, dont les symptômes étaient notamment une fatigue et des polyarthralgies. L'incapacité de travail était complète depuis juin 2008. ![endif]>![if> 6. Par rapport du 6 avril 2009, le Dr C_____ a expliqué que l'assurée se plaignait principalement d'une fatigue permanente et de douleurs articulaires, et que l'exigibilité d'une activité professionnelle devrait être réévaluée après instauration du traitement par Rituximab. L'incapacité de travail était actuellement totale. ![endif]>![if> 7. Par rapport du 30 avril 2009, la Dresse B_____ a précisé que les symptômes d'importante asthénie et douleurs articulaires diffuses depuis 2005 étaient exacerbés depuis juin 2008. Les douleurs articulaires étaient invalidantes, et une augmentation du taux des anticorps anti-nucléaires et anti-RNP avait été constatée. Le traitement médicamenteux par méthotrexate n'avait amené aucune amélioration au symptôme. Un nouveau traitement par Rituximab serait instauré. Aucune activité n'était exigible, en raison de l'importante fatigue restreignant l'assurée dans ses activités de la vie quotidienne et les arthralgies difficilement gérables malgré le traitement antalgique. La reprise d'une activité professionnelle dépendrait de l'efficacité du nouveau traitement.![endif]>![if> 8. Mandaté pour

expertise par l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu un rapport le 24 mai 2009. Après avoir étudié le dossier médical de l'assurée, l'expert a établi l'anamnèse et relaté les plaintes de l'assurée comme suit. Cette dernière souffrait depuis environ 10 ans d'épisodes de douleurs et de tuméfactions articulaires, ayant motivé la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens et de quelques infiltrations locales de corticostéroïdes. Depuis deux ans, les douleurs articulaires étaient plus intenses, survenant par crises, associées à des tuméfactions de quelques articulations et à une très importante asthénie. L'assurée avait aussi un engourdissement et des fourmillements diffus des deux mains, prédominant la nuit. Elle signalait une tuméfaction presque constante des mains et des doigts. L'évolution était cependant favorable depuis deux semaines. L'assurée souhaitait reprendre le travail mais diminuer son taux d'activité et s'occuper d'enfants un peu plus âgés, à savoir ceux de 3 à 4 ans. A l'examen, le Dr D_____ n'a constaté ni limitation de la mobilité du rachis et des articulations périphériques, ni douleur ou signe inflammatoire. L'examen neurologique était également dans les normes. Les radiographies des mains ne montraient pas d'anomalie significative. Quant aux examens sanguins, ils ne révélaient pas de syndrome inflammatoire ni d'anomalie à l'exception d'un taux très élevé d'anticorps antinucléaires et d'anticorps anti-RNP, ainsi qu'une discrète diminution du CH50 et de C4. Si certains éléments de l'anamnèse (tuméfactions très fréquentes des doigts et parfois d'autres articulations ainsi qu'arthralgies associées à un taux élevé d'anticorps anti-nucléaires et d'anticorps anti-RNP) évoquaient un diagnostic de connectivite mixte, d'autres critères manquaient pour poser ce diagnostic avec certitude, notamment un phénomène de Raynaud. Le Dr D_____ n'avait d'ailleurs pas constaté de synovite, ni d'aspect boudiné des doigts, ni d'œdème cutané lors de son examen. Dans ces circonstances, le diagnostic de connectivite mixte était possible, mais non certain. L'expert a donc posé les diagnostics de polyarthralgies et d'importante asthénie, dans le cadre d'une possible connectivite mixte. Il a exposé qu'il était plus difficile d'évaluer la sévérité d'un rhumatisme inflammatoire en l'absence d'éléments objectifs constatés chez l'assurée le jour de l'expertise. L'expert a encore précisé que l'assurée aurait eu un bilan cardiaque et pneumologique récent, dont il ne connaissait pas les résultats. Un électroneuromyographe (ENMG) serait également souhaitable afin de confirmer ou d'infirmer l'existence d'un syndrome du canal carpien et d'évaluer sa sévérité. Enfin, en l'absence d'observation de synovite des mains, comme c'était le cas lors de l'expertise, une IRM pourrait être utile afin d'objectiver une atteinte inflammatoire à ce niveau. Compte tenu du tableau clinique et du traitement par Imurek qui serait prochainement mis en place, la capacité de travail devrait s'améliorer dans les deux à trois mois, et l'assurée pourrait reprendre son activité dans un premier temps à 50 % puis à 100 % quinze jours plus tard. L'incapacité pourrait cependant se prolonger en cas de signes objectifs d'activité de la connectivite mixte, malgré le traitement, tels que récurrence de synovites, syndrome inflammatoire biologique, franche anomalie significative sur une IRM des mains, sévère syndrome du canal carpien sur un ENMG. En l'absence de ces éléments objectifs, il ne serait pas justifié de poursuivre l'incapacité de travail sur la seule base de douleurs. Quant au pronostic, la discordance entre les plaintes et les éléments plus objectifs, soit l'absence d'anomalies à l'examen ostéoarticulaire, faisait craindre à l'expert un syndrome douloureux chronique, malgré la probabilité d'un rhumatisme inflammatoire. Par rapport du 29 mai 2009, le Professeur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin adjoint au Service de rhumatologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a exposé que l'assurée présentait très probablement une connectivite,

avec un tableau de fatigue, arthralgies et myalgies associées à un FAN très élevé et des anti-corps anti-U1RNP. Un traitement de fond paraissait indiqué, vu l'asthénie très importante et sa volonté de reprendre une activité socioprofessionnelle normale.

!endif]>[if> 10. Par communication du 13 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation n'étaient pour l'heure pas possibles en raison de son état de santé.

!endif]>[if> 11. Par rapport du 21 juillet 2009, le Pr E_____ a finalement posé le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de connectivite indifférenciée probablement depuis une dizaine d'années, en tout cas depuis deux ans. Il a également retenu le diagnostic de probable état dépressif modéré réactionnel à sa maladie depuis deux ans. L'assurée était toujours extrêmement asthénique, mais il n'y avait plus de synovite visible. Elle présentait en outre des signes de dépression, probablement secondaires à sa maladie et à l'incertitude quant à la possibilité de reprendre son travail et de s'occuper de ses trois enfants. La maladie se manifestait par des douleurs lorsque l'assurée devait s'occuper d'enfants, notamment les porter, et par un état d'épuisement. Elle souffrait également d'arthralgies sur synovites en cas d'activité articulaire. La corrélation entre les indications subjectives et le constat objectif était excellente. Une tentative de reprise du travail était prévue pour le 18 août 2009. L'activité restait exigible à 25 %, éventuellement à 50 % si le traitement devait s'avérer efficace. Le Pr E_____ n'a posé aucune limitation fonctionnelle.

!endif]>[if> 12. Le 28 juillet 2009, le Pr E_____ a indiqué qu'en raison de l'apparition soudaine de nausées et vomissements associée à une perturbation des tests hépatiques, l'assurée avait dû cesser son traitement d'Imurek, qui avait pourtant amené une sensible amélioration de la connectivite avec une disparition totale des douleurs et une nette amélioration de la fatigue. Un nouveau traitement par un immunosuppresseur paraissait indiqué, afin de permettre à l'assurée de réaliser son souhait de reprendre le travail.

Actuellement, l'assurée se plaignait à nouveau d'une grande fatigue mais les douleurs n'étaient pas réapparues. Elle se sentait de plus déprimée, ce qui se traduisait par des pleurs fréquents, une difficulté à se projeter et une grande difficulté à sortir de chez elle.

!endif]>[if> 13. Par rapport du 11 septembre 2009, la Dresse B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Elle présentait toujours les mêmes douleurs articulaires ainsi qu'une très importante asthénie. Compte tenu de l'absence de réponse aux traitements médicamenteux, une amélioration ne semblait pas probable et l'incapacité totale de travail perdurait.

!endif]>[if> 14. Le 3 décembre 2009, l'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage. L'assurée a précisé à l'enquêtrice qu'elle avait augmenté son taux de travail à 70 % en 2006 pour des motifs financiers à la suite de sa séparation. Elle s'était vu attribuer un poste à 50 % en 2007 en raison d'une restructuration de la crèche où elle travaillait. Elle avait arrêté les traitements médicamenteux en raison de leur inefficacité et des complications liées à la contraction d'infections.

!endif]>[if> Après pondération des empêchements dus à l'invalidité, l'enquêtrice a conclu à un degré d'invalidité de 21.5% dans les tâches ménagères. 15. Le Dr D_____ a procédé à une nouvelle expertise de l'assurée le 15 janvier 2010, sur demande de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie. Il a noté que l'assurée continuait à se plaindre de polyarthralgies avec des épisodes de tuméfaction des doigts, de fourmillements et de sensations d'engourdissement nocturne des deux mains, ainsi que d'une importante fatigue la limitant dans ses activités de la vie quotidienne. Les crises de douleurs articulaires assez diffuses, pouvant prendre tout le corps persistaient et semblaient plus importantes au niveau des genoux, des épaules et des membres supérieurs. Étant donné la toxicité de l'Imurek, l'assurée ne voulait plus de traitement médicamenteux. Elle n'était plus suivie par un rhumatologue et souhaitait

s'orienter vers la médecine douce. Elle ne se considérait plus capable de travailler. L'examen clinique ne révélait pas de tuméfaction articulaire ni de lésion cutanée suggestive d'une connectivite mixte, malgré l'absence de traitement. Aucune limitation articulaire, aucun signe inflammatoire articulaire ou lésion cutanée n'était observé. ![endif]>![if> Le Dr D_____ a souligné que tous les critères diagnostiques d'Alarcon et Segovia de la connectivite mixte n'étaient pas réunis, en l'absence de phénomène de Raynaud, de synovite, d'aspect boudiné des doigts et d'acroscélérose. Il semblait qu'il n'y avait pas non plus eu de signes biologiques ou histologiques de myosite. Des anticorps anti-RNP étaient en revanche présents dans le sérum. Ainsi, seul le critère sérologique était observé, à l'exclusion des signes cliniques. Malgré cela, on ne pouvait pas écarter formellement le diagnostic de connectivite mixte, retenu en tout cas partiellement par le Dr C_____ et le Pr E_____. Le Dr D_____ a ainsi confirmé les diagnostics de polyarthralgies et d'importante asthénie, dans le cadre d'une possible connectivite mixte incomplète ou indifférenciée. Compte tenu de ces éléments, notamment de la fatigue que pouvait engendrer le probable rhumatisme inflammatoire dont souffrait l'assurée, une capacité de travail de 50 % semblait possible dans l'activité habituelle. La capacité de travail pourrait être abaissée en cas d'éléments objectifs, mais si de tels signes n'étaient pas constatés par un médecin, la capacité de travail devrait vraisemblablement être augmentée à 75 % après un délai de quelques mois puis à 100 %. Dans un emploi administratif, la capacité de travail était aussi de 50 % en tout cas, voire de 75% en considérant que l'asthénie était liée à une connectivite mixte incomplète ou inclassable. Des mesures de réinsertion professionnelle dans un emploi léger seraient bénéfiques, par exemple dans des tâches administratives ou de secrétariat, s'il persistait une incapacité de travail partielle. Cependant, le pronostic était plutôt pessimiste. Compte tenu de la volonté de l'assurée de ne plus suivre de traitement, l'expert redoutait en effet qu'il n'y ait aucune amélioration de la fatigue ou des arthralgies. Il signalait une certaine discordance entre les plaintes et les éléments objectifs faisant craindre une évolution vers un syndrome douloureux chronique indépendant d'une connectivite. Il préconisait un autre traitement immuno-moderateur, ainsi que des séances de physiothérapie et d'acupuncture. De plus, si le Dr D_____ n'avait pas examiné l'état psychique de l'assurée, elle lui avait paru irritable et un état dépressif était possible, lequel pouvait exacerber la fatigue et nécessitait cas échéant un traitement anti-dépresseur. 16. Par rapport du 23 avril 2010, la Dresse B_____ a indiqué qu'elle ne mettait pas en doute la sincérité de l'assurée au sujet de ses symptômes et que cette dernière était totalement incapable de reprendre son travail. ![endif]>![if> 17. Par courrier du 4 mai 2010, le Dr F_____, médecin-conseil de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, a indiqué que le courrier du 23 avril 2010 de la Dresse B_____ ne permettait pas de s'écarter de l'expertise du Dr D_____ du 13 janvier 2010. En outre, il précisait que la sincérité de l'assurée n'était pas mise en doute, seuls les effets de ses symptômes sur sa capacité de travail étant appréciés différemment par l'expert. ![endif]>![if> 18. Le 2 juin 2010, l'assurée a transmis à l'OAI copie du courrier du Dr F_____. Elle a contesté les conclusions de l'expert D_____, dès lors que son état de santé restait inchangé depuis 2008 et que tous les traitements dont elle avait bénéficié s'étaient révélés inefficaces. Elle se demandait en outre comment l'expert pouvait mesurer ses douleurs et sa fatigue.![endif]>![if> 19. Interpellé par le SMR, le Dr D_____ a précisé par courrier du 14 octobre 2010 qu'il avait dans ses deux expertises conclu à une capacité de travail de 50 % d'un temps complet, soit 4 heures par jour, incluant une baisse de rendement de 30%. Dans une activité strictement sédentaire, le taux pourrait atteindre 70-75%.! [endif]>![if>

20. Par avis du 15 novembre 2010, le médecin du SMR a retenu une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée (par rapport à un plein temps).!

21. Selon une note d'entretien téléphonique du 25 novembre 2010, la recourante a refusé un rendez-vous en vue d'organiser une mesure d'orientation professionnelle, car elle ne souhaitait pas bénéficier d'une telle mesure.!

22. Dans son rapport de réadaptation du 9 décembre 2010, l'OAI a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité en tenant compte d'une activité professionnelle à 70 % et de tâches ménagères à 30%. Le calcul du revenu avec invalidité se référait au revenu tiré de l'Enquête suisse des salaires (ESS) 2008 pour une activité de niveau 3, ligne Total, soit 5'095 fr. mensuels et 61'140 fr. annuels pour 40 heures de travail par semaine. Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures en 2009 et de l'indexation à 2009, le revenu était fixé à 64'934 fr. pour un temps complet, soit 45'454 fr. pour une activité exercée à 70 %. Quant au revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur le rapport de l'employeur et a calculé que sans invalidité, l'assurée percevrait un revenu annuel de 66'046 fr. pour un taux d'activité de 70 %. Selon cette méthode, le taux d'invalidité était de 31.6 %. L'OAI a également procédé à une variante du calcul, en retenant pour le revenu d'invalidité le salaire perçu pour un travail exercé à 50 % dans l'activité habituelle. Le revenu d'invalidité serait dans un tel cas de 47'432 fr., aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 28.57 %.

23. Le 3 janvier 2011, l'OAI a adressé un projet de décision, aux termes duquel il a retenu un degré d'invalidité de 26.90 %, tiré de la pondération entre l'invalidité dans la sphère professionnelle, soit 29 %, et l'empêchement dans le ménage selon l'enquête économique, soit 22 % ($[29 \% \times 70 \%] + [22 \% \times 30 \%]$). Ce taux était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.!

24. À la même date, l'OAI a adressé à l'assurée un deuxième projet de décision, dont il ressortait qu'il entendait lui refuser le droit à des mesures d'orientation professionnelle. Se fondant sur un degré d'invalidité de 26.9 %, il a retenu que des mesures professionnelles ne lui permettraient pas d'améliorer sa capacité de gain car la poursuite de l'activité habituelle à 50 % aboutissait à un degré d'invalidité inférieur à celui obtenu dans l'exercice d'une activité adaptée à 70 %.

25. Par acte du 1^{er} février 2011, l'assurée, représentée par un conseil, s'est opposée aux projets de décisions précités. Elle a affirmé que contrairement à ce que retenait le Dr D_____, elle était bien atteinte d'une connectivite mixte à un stade précoce, comme en avaient attesté le Pr E_____ et les autres médecins consultés. Elle a rappelé que sa maladie entraînait un épuisement et des douleurs articulaires l'ayant empêchée de poursuivre son activité professionnelle à 70 %. Elle a en outre souligné que le taux d'invalidité de 26.9 % était suffisant pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel. Elle a produit :!

- un certificat du 21 janvier 2011 de la Dresse B_____ confirmant que l'importante asthénie ainsi que les douleurs articulaires l'empêchaient d'exercer une activité, même à temps partiel ;
- un rapport du 31 janvier 2011 du Dr C_____ indiquant que le diagnostic de connectivite indifférenciée (ou connectivite mixte incomplète) avait été posé, et qu'elle présentait toujours un état de fatigue majeur et des polyarthralgies ;
- un rapport du 1^{er} février 2011 du Pr E_____ se déterminant sur le rapport du Dr D_____.

Ce rapport lui paraissait correct à une nuance près, soit qu'il s'agissait certainement d'une connectivite. Il a conclu à une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle à 50 %, soit à une capacité de travail de 25 % en tant qu'éducatrice de la petite enfance et de 50 % dans une activité adaptée. Il a de plus souligné que dans le cadre de connectivites, des douleurs importantes et une asthénie prononcée pouvaient s'installer en l'absence de tout signe objectif. Il a également nié une discordance entre les

plaintes de l'assurée et les éléments objectifs, compte tenu du taux d'anticorps anti-RNP et d'anticorps nucléaires, et a souligné que celle-ci lui paraissait honnête. 26. Par avis du 15 février 2011, la Dresse G_____, médecin au SMR, a relevé que la fatigue et les douleurs ne pouvaient être mesurées, et que le taux d'anticorps antinucléaires élevés n'était pas un élément objectif suffisant pour remettre en cause les conclusions du SMR sur la capacité de travail de l'assurée. 27. Par deux décisions du 18 février 2011, l'OAI a confirmé la teneur de ses projets, en relevant que les nouveaux certificats médicaux fournis ne modifiaient pas son appréciation. 28. Le 23 mars 2011, l'assurée a interjeté deux recours distincts contre les décisions de refus de prestations et d'orientation professionnelle de l'OAI, concluant préalablement à son audition, principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures de reclassement. Elle a allégué que tous ses médecins traitants la considéraient incapable d'exercer son travail à 25 %, et confirmaient le diagnostic de connectivite mixte, diagnostic que seul le Dr D_____ remettait en cause. Partant, l'avis de cet expert ne devait pas être suivi. Elle affirmait avoir subi une diminution de 75 % de sa capacité de gain et qu'un degré d'invalidité de 50 % au moins devait lui être reconnu. S'agissant du refus de mesures d'orientation professionnelle, elle rappelait qu'un taux d'invalidité de 26.9% était suffisant pour ouvrir le droit à de telles mesures. 29. Par réponses du 19 avril 2011, l'OAI a conclu au rejet des recours et requis la jonction des causes. Il a fait valoir que les expertises réalisées par le Dr D_____ devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante, et que l'assurée ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable pouvant remettre en cause les conclusions du Dr D_____ sur sa capacité de travail. S'agissant du droit à des mesures d'ordre professionnel, la différence de gain avant et après un reclassement professionnel était négligeable, de sorte qu'une telle mesure ne se justifiait pas selon le principe de la proportionnalité. L'assurée avait d'ailleurs refusé l'aide au placement proposée. 30. Par ordonnance du 2 mai 2011, la chambre de céans a ordonné la jonction des causes A/860/2011 (recours contre la décision de refus de mesures d'ordre professionnel) et A/862/2011 (recours contre la décision de refus de rente) sous le numéro de cause A/862/2011. 31. Par arrêt du 30 août 2011, la chambre de céans a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une nouvelle expertise afin de déterminer la nature de l'atteinte et ses répercussions sur la capacité de gain. Le tribunal a estimé en substance que si les expertises du Dr D_____ satisfaisaient aux réquisits jurisprudentiels, ce médecin avait sciemment laissées ouvertes ses conclusions sur la capacité de travail de l'assuré, de sorte qu'elles ne pouvaient être suivies. En effet, dans la première expertise, ses pronostics sur la reprise de l'activité professionnelle étaient liés à l'efficacité d'un traitement médicamenteux qui avait dû être arrêté, si bien que la capacité de travail ne s'était pas améliorée dans la mesure espérée. Dans la seconde expertise, il avait modulé ses conclusions en fonction du caractère avéré ou non de la connectivite, laquelle paraissait démontrée par la présence d'anticorps révélée par les tests sanguins. Comme souligné par le Pr E_____, le défaut d'autres critères diagnostiques n'était donc pas suffisant pour exclure cette atteinte et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail. Un renvoi du dossier s'imposait, car l'OAI avait statué sur le degré d'invalidité en fonction d'expertises qui ne permettaient pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'incidence de l'atteinte sur la capacité de travail. 32. Le 2 mars 2012 le SMR a proposé à l'OAI de réaliser une expertise rhumatologique et de mandater à cette fin la Dresse H_____, spécialiste FMH en rhumatologie. 33. Par rapport d'expertise du 11 septembre 2012, la

Dresse H_____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de connectivité indifférenciée, de forme incomplète, stable, et d'asthénie d'origine indéterminée. Elle a également posé le diagnostic de migraines accompagnées. Elle a exposé que l'assurée était porteuse d'une anomalie immunologique, car on avait décelé chez elle et de manière répétée depuis une dizaine d'année des anticorps anti-nucléaires de la classe IgG à un taux très élevé de plus de 55 fois la norme admise. Le type d'anticorps détectés orientait vers une connectivite. [...] L'index de SLEDAI, (indice de sévérité de la maladie) se situait tout au plus à 15 points, très faible par rapport au score maximal de 107 points. La situation de « patiente porteuse d'anti-corps de connectivite » lui paraissait stable depuis une dizaine d'année, l'examen clinique était reproductible depuis l'expertise du Dr D_____ et l'arrêt de l'Imurek, et l'atteinte hépatique sous traitement instauré par le Pr E_____ avait été résolutive, de sorte qu'on se trouvait depuis une dizaine d'années sur une zone de frontière qui n'avait pas été franchie. Auparavant, selon le Pr E_____, l'assurée pouvait faire face et travailler normalement avec ses symptômes, mais depuis sa séparation, sa situation était devenue plus difficile car elle cumulait la fatigue d'être seule pour éduquer ses enfants avec la tenue du ménage. L'expert n'avait pas trouvé d'élément pour suspecter un syndrome sec, une sclérodactylie ou une dysfonction oesophagienne, si bien que l'étude rétroactive faisait suspecter que l'assurée se classait dans une catégorie de formes stables et bénignes, ce d'autant plus qu'on disposait d'une observation de plus de cinq ans de son profil d'anticorps, soit une dizaine d'année d'évolution au total. Elle ne présentait en outre pas de facteur prédictif positif d'évolution. Le score SONAR (examen pour déterminer l'indice d'activité des arthrites périphériques à un stade sub-clinique) traduisait un très faible indice inflammatoire à la limite du significatif (4/66 en mode palmaire et 2/66 en mode Doppler). Le nombre d'articulations synoviales était de 0 à 1/28, également très faible et discordant par rapport au score élevé d'articulations douloureuses selon la patiente (26/28). [...] En conclusion, on se trouvait du point de vue somatique sur un terrain de connectivite non spécifique, stable, sans critère actuel de gravité, et la seule présence d'anticorps ne permettait pas de justifier une incapacité durable de travail, ni l'ensemble du tableau douloureux, ni l'asthénie permanente. Ces anticorps, bien qu'élevés, n'étaient pas actifs dans les organes cibles de la connectivite. [...] L'expert a retenu une incapacité de travail de 20% (sur un 100% théorique) dans l'activité d'éducatrice de la petite enfance, en intégrant l'existence de synovites modérées intermittentes justifiant des anti-inflammatoires au long cours. Une baisse de rendement permettant des périodes de repos était incluse dans cette évaluation, le travail en question comprenant des activités requérant l'usage des mains. La forme bénigne de connectivite ne justifiait pas actuellement une incapacité de travail supérieure à 20% selon son expérience clinique de patients souffrant, contrairement à l'assurée, de rhumatismes inflammatoires actifs, évolutifs et sous de lourds traitements de fonds. Tout travail plus léger pour les mains, ne nécessitant pas de force avec celles-ci, était exigible à temps plein. Elle appréciait la capacité de travail différemment de l'expert D_____ en 2009, car elle disposait d'un champ d'observation plus long que ce dernier, lequel avait vu l'assurée alors qu'elle ressortait d'un traitement ayant provoqué des effets secondaires. Elle appréciait aussi la capacité de travail différemment du rhumatologue de l'assurée et de ses autres médecins. Le Pr E_____ avait accordé plus d'importance aux plaintes subjectives pour justifier une incapacité de travail plus importante et un traitement immunomodulateur. L'évolution depuis l'arrêt de l'Imurek n'avait pas montré de poussée de polyarthrite aiguë ni décompensation systémique, et lui-même n'avait pas objectivé de signe inflammatoire articulaire ou sanguin. On se trouvait ainsi dans une situation clinique

superposable au plan objectif, mais évaluée différemment. Des éléments de mauvais pronostic sur le plan de la reprise du travail intervenaient, soit une discordance entre les plaintes et les constatations objectives, la présence de symptômes de Waddell et des signes d'amplification de Matheson, ainsi qu'un très haut indice de kinésiophobie (peur du mouvement). Le diagnostic différentiel comprenait une fibromyalgie, dont l'assurée présentait certains critères, et un trouble somatoforme douloureux, secondaire à une connectivite. L'expert n'avait pas la compétence d'écarter ces diagnostics ni d'identifier dans le symptôme principal d'asthénie une co-morbidité psychique atteignant un seuil incapacitant, de sorte qu'elle proposait un complément d'expertise psychiatrique. S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle, elles étaient envisageables, mais seraient sans influence sur la capacité de travail, car l'assurée souhaitait réduire son horaire de travail en raisons de douleurs, de l'asthénie et de ses responsabilités domestiques et éducatives, qu'elle assumait seule.!

34. Par avis du 8 novembre 2012, les Drs I_____ et J_____, médecins auprès du SMR, ont proposé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il paraissait en effet essentiel de clarifier également l'aspect du trouble somatoforme évoqué par l'expert.!

35. Par rapport du 11 avril 2013, le Dr E_____ a réitéré à l'OAI que l'assurée présentait, dans son activité habituelle, une capacité de travail de 50% sur une activité exercée à 50%, soit 25%. Dans une activité adaptée, cette dernière pourrait s'élever à 50%. !

36. Par rapport d'expertise du 27 mai 2013, le Dr K_____ a retenu les diagnostics de dysthymie, de probable hypersomnie non organique et d'accentuation de certains traits de personnalité, ici de type infantile, narcissique et caractériel, précisant que l'assurée ne présentait aucun diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Il a notamment expliqué que des soucis liés à l'éducation et aux problèmes des enfants de l'assurée marquaient les 7-8 dernières années et coïncidaient avec l'apparition des problèmes somatiques. Sans établir de lien de causalité, cet aspect non mentionné au dossier avait certainement joué un rôle et pourrait expliquer la partie asthénique souvent évoquée, ce d'autant plus que l'assuré avait porté l'ensemble de la responsabilité familiale. Il avait constaté qu'elle était dans une approche normale, en majeure partie euthymique sur le plan affectif, sans ralentissement psychomoteur significatif, trouble cognitif, de la lignée psychotique, de la pensée ou intellectuel. On était en face de passablement d'expression de mécontentement et de défaitisme. Dans l'échelle de la dépression MADRS, elle présentait un état dysthymique, voire momentanément une dépression légère. Sur le plan psychiatrique, l'assurée souffrait d'affections mineures qui ne conduisaient en principe pas à une incapacité de travail, et rien ne justifiait une telle incapacité depuis 2008. Vu son refus des conclusions médicales et ses défenses, des mesures de reclassement n'avaient pas de sens en l'état actuel.!

37. Par rapport du 4 juillet 2013, le Dr L_____, médecin auprès du SMR, a fait siennes les conclusions des Drs H_____ et K_____, et a retenu une incapacité de travail de 20% de juin 2008 à ce jour. La capacité de travail exigible était de 80% dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée, soit un travail plus léger pour les mains, ne nécessitant pas de force avec celles-ci.!

38. Le 21 octobre 2013, l'OAI, se fondant sur les conclusions du SMR, a soumis à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. En effet, l'enquête ménagère du 3 décembre 2009 avait retenu un statut d'actif à 70%. Comme le rapport d'expertise du 27 mai 2013 concluait que l'activité habituelle d'éducatrice de jeunes enfants était exigible à 80% et qu'une activité adaptée était exigible à plein temps, l'assurée ne rencontrait pas

d'incapacité de travail dans son activité habituelle et la reprise de son activité exercée à 70% était exigible. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires, l'assurée pouvant reprendre son activité habituelle.![endif]>![if> 39. Par acte du 25 novembre 2013, l'assurée, représentée par un conseil, s'est opposée au projet de décision du 21 octobre 2013, concluant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a contesté les conclusions des experts H_____ et K_____ quant à sa capacité de travail et soutenu que leurs rapports d'expertises contenaient de nombreuses contradictions intrinsèques, détaillées dans son mémoire. En définitive, les rapports d'expertise précités manquaient de logique et de pertinence clinique, leurs conclusions étaient incohérentes, ses limitations fonctionnelles minimisées et l'estimation de sa capacité de travail constituait une « prophétie loin d'une pensée médicale ». Contrairement aux Drs H_____ et K_____, elle estimait que sa symptomatologie actuelle et ses limitations ne lui permettaient actuellement de travailler qu'à 25% dans son activité d'éducatrice.![endif]>![if> À l'appui de ses écritures, l'assurée a notamment joint un rapport du Dr C_____ du 19 septembre 2008, aux termes duquel il était raisonnable de retenir le diagnostic de connectivite mixte. Un traitement de Plaquenil serait certainement indiqué, mais la patiente y était raisonnablement réticente compte tenu des examens ophtalmologiques « sub-normaux à pathologiques ». 40. Par rapport du 21 novembre 2013 adressé à l'OAI, le Dr E_____ a réitéré que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail de 25% dans son activité habituelle, et qu'une capacité de travail de 50% devait être possible dans une activité adaptée.![endif]>![if> 41. Par avis du 15 janvier 2014, le Dr L_____ a indiqué que le mémoire du 25 novembre 2013 n'apportait aucun nouvel élément médical susceptible de faire changer l'avis du SMR, qui persistait à considérer les expertises comme concluantes.![endif]>![if> 42. Par décision du 23 janvier 2014, l'OAI a confirmé son projet du 21 octobre 2013.![endif]>![if> 43. Par acte du 26 février 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours, concluant préalablement à son audition, principalement à l'octroi de prestations d'invalidité et d'une demi-rente de l'assurance-invalidité. Elle a réitéré que les rapports d'expertise des Drs H_____ et K_____ contenaient de nombreuses contradictions. En particulier, le Dr D_____ avait confirmé qu'un rhumatisme inflammatoire pouvait engendrer une fatigue alors que la Dresse H_____ l'avait nié (rapport d'expertise rhumatologique, p. 9) ; les résultats de l'examen d'ultrasonographie des poignets (rapport précité, p. 23) ne reflétaient pas sa véritable situation ; la cause de sa fatigue ne consistait pas dans son divorce et le fait qu'elle élevait seule ses enfants (rapport précité, p. 28) ; l'affirmation que la connectivite ne provoquait pas d'asthénie était contraire aux avis des Drs D_____ et E_____, ainsi qu'à toute la littérature médicale ; il n'y avait pas de discordance entre ses plaintes et les éléments objectifs. Quant à l'expertise psychiatrique, le Dr K_____ avait interprété à tort et contrairement au Pr E_____ qu'elle n'avait pas l'air fatiguée (rapport d'expertise psychiatrique, p.5 et 10 ss). Elle n'était pas non plus démotivée, car elle travaillait depuis peu dans une crèche à 25%. En second lieu, elle a soutenu remplir les conditions légales pour qu'une invalidité lui soit reconnue. Elle souffrait en effet d'une atteinte à la santé puisque tous ses médecins avaient retenu une connectivite indifférenciée et une capacité de travail limitée à 25%. Sa capacité de gain avait diminué de 75% et son atteinte à la santé était la cause adéquate de sa perte de gain, ce qui justifiait la reconnaissance d'un degré d'invalidité d'au moins 50%.![endif]>![if> 44. Par réponse du 25 mars 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours, soutenant en substance que l'expertise de la Dresse H_____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante et que cette dernière avait motivé les

raisons pour lesquelles elle s'était écartée de l'appréciation des médecins traitants (rapport d'expertise, p. 30 et 31). En outre, ni les médecins traitants, ni le conseil de l'assuré n'avaient fait état d'éléments pertinents et objectivement vérifiables ayant été ignorés par l'expertise, de sorte que les éléments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.!

45. Par réplique du 16 avril 2014, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours. Elle a fait valoir qu'elle souffrait d'une inflammation chronique qui évoluait défavorablement, comme cela ressortait d'un rapport du Dr M_____ (recte : N_____), chirurgie de la main. Elle a réitéré que son état de santé ne lui permettait pas de travailler dans son activité d'éducatrice à plus de 25% et que l'appréciation de la Dresse H_____ était contredite par les Drs D_____, E_____, B_____ et M_____. À l'appui de sa réplique, elle a joint un rapport du Dr N_____ du 15 avril 2014, certifiant qu'elle présentait actuellement une ténosynovite des extenseurs, ainsi qu'un début de syndrome carpien au niveau de sa main droite, en rapport avec sa maladie de connectivite mixte.!

46. Par duplique du 26 mai 2014, l'intimé a expliqué avoir transmis le rapport du Dr M_____ (recte : N_____) au SMR, lequel s'était prononcé par avis du 26 mai 2014. Selon le SMR, il existait possiblement une aggravation de l'état de santé de la recourante en lien avec une ténosynovite des extenseurs ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien débutant au niveau de la main droite, sur lequel aucune information n'était donnée. Selon toute vraisemblance, cette aggravation était postérieure à la décision litigieuse. Toutefois, il convenait d'obtenir diverses informations, sans lesquelles l'intimé ne pouvait que maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours.!

47. Par courrier du 30 mai 2014, la Présidente de la chambre de céans a invité le Dr N_____ à répondre à diverses questions.!

48. Par pli du 24 juin 2014 répondant au courrier du tribunal du 30 mai 2014, le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a expliqué avoir été consulté par la recourante en raison d'une tuméfaction apparue spontanément au poignet droit vers le 5 avril 2014. Une échographie avait confirmé une ténosynovite des extenseurs pouvant entrer dans le cadre d'une connectivite. Ces atteintes, si elles rentraient dans le cadre d'une connectivite, pouvaient être durables et à terme user les tendons extenseurs, voire les rompre. Une attelle avait été prescrite dans un premier temps et les traitements possible étaient une infiltration de cortisone, alternativement une intervention chirurgicale avec résection de la synoviale à laquelle la recourante était réticente. Cette dernière avait également précisé souffrir de paresthésies invalidantes de la main en relation avec un syndrome du tunnel carpien, pouvant également entrer dans le cadre d'une connectivite. Le pronostic était lié au type de connectivite et à sa sensibilité aux traitements médicaux. S'agissant des conséquences, la synovite des extenseurs pouvait régresser par infiltration ou après traitement chirurgical. Elle pouvait avoir des répercussions sur le travail d'éducatrice et être à l'origine d'un manque de force, de raideur du poignet et de douleurs.!

49. Par écritures du 21 juillet 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il avait transmis le courrier du Dr M_____ du 24 juin 2014 au SMR, lequel avait estimé que l'affection pouvait en principe être résolue facilement avec un traitement médical adéquat (infiltration versus acte chirurgical), de sorte que l'incapacité de travail éventuelle ne pouvait être que temporaire. Partant, les pièces médicales produites ne lui permettaient pas de modifier son appréciation.!

50. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des

contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2008. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, puis dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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). 6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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! 7. a. Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 s. RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des

revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.!

b. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. 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 questions (jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 al. 1 et 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27 al. 1 et 2 RAI et 8 al. 3 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. De même que pour les assurés actifs, l'incapacité de travail selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel ou n'exerçant pas d'activité lucrative ne se confond pas avec le degré d'invalidité. 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). c. Selon le chiffre 3101 de la circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) dans sa teneur en vigueur depuis le 1 er janvier 2014, lors de l'application de la méthode mixte, le taux d'invalidité se détermine à l'aide de la formule suivante : = Taux d'invalidité en pour-cent E = travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative en heures par semaine IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pour cent EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

8. a. 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).

b. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté

raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents 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 pas, de manière générale, 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 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).

b. 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).

c. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces

dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. a. En l'espèce, le SMR, se fondant sur les expertises rhumatologique et psychiatrique des Drs H_____ et K_____, a considéré que la recourante présentait une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle d'éducatrice de la petite enfance, respectivement une pleine capacité de travail dans une activité plus légère pour les mains, ne nécessitant pas de force avec celles-ci. Pour sa part, la recourante se prévaut des rapports émanant de ses médecins, en particulier ceux du Dr E_____. Ce dernier a retenu une capacité de travail de 25% dans son activité habituelle et estime que dans une activité adaptée, une capacité de travail de 50% « devrait être possible ». b. Afin de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, il convient d'examiner la valeur probante des rapports précités. La chambre de céans relève que l'expertise rhumatologique de la Dresse H_____ du 11 septembre 2012 repose sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de la recourante et sur des examens complets (notamment un status de médecine interne et ostéoarticulaire, un examen ultrasonographique et divers questionnaires). Son rapport d'expertise, qui s'étend sur 41 pages, discute de manière approfondie les points litigieux importants, en particulier le diagnostic et ses répercussions sur la capacité de travail. Ses conclusions, selon lesquelles la recourante présente une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée ne nécessitant pas de force avec les mains, sont claires et dépourvues de contradictions. Elles sont également motivées, puisqu'elles tiennent compte, notamment, du caractère bénin de la connectivite, de l'existence de synovites modérées justifiant un traitement anti-inflammatoire et d'une baisse de rendement liée aux limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle. La Dresse H_____ a en outre exposé les raisons pour lesquelles elle s'écarterait des conclusions du Pr E_____ et de l'expert D_____. Partant, la chambre de céans estime qu'une pleine force probante doit être reconnue à l'expertise susdécrite. c. S'agissant de l'expertise psychiatrique du Dr K_____, celle-ci repose également sur une anamnèse effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de la recourante et sur un examen clinique, complété par un entretien avec la Dresse H_____. Si l'on peut regretter que le Dr K_____ n'ait pas discuté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux envisagé par l'expert rhumatologue, ce manquement ne saurait remettre en cause le caractère probant de ses conclusions quant à l'existence d'une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. En effet, le Dr K_____ a motivé son point de vue en expliquant que les atteintes psychiatriques étaient mineures, que la recourante bénéficiait de ressources et que l'asthénie pouvait être traitée par des moyens thérapeutiques. Il n'a fait état d'aucun élément permettant de considérer comme non exigible sa réintégration sur le marché du travail, en particulier d'aucune comorbidité psychiatrique importante. Il n'a pas non plus mentionné de cumul des autres critères prévus par la jurisprudence relative au trouble somatoforme douloureux (un processus maladif ou des affections corporelles chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ; une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; l'échec des traitements conformes aux règles de l'art). Il ressort ainsi clairement de son rapport que les conditions fixées par la jurisprudence pour reconnaître le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ne sont pas remplies, de sorte que la question de savoir si ce diagnostic est avéré peut être laissée ouverte. d. En outre, on relèvera que l'expert D_____ a conclu à une capacité de travail de

50% au moins dans l'activité habituelle de la recourante, précisant que celle-ci était susceptible d'être augmentée à 100% en l'absence de « signe objectif » de connectivite, notamment de synovites, de doigts « boudinés », de phénomène de Raynaud ou de signes de myosite. Bien que l'on ne puisse se fonder sur ces conclusions dans la mesure où l'expert les a laissées ouvertes (ATAS/792/2011 du 30 août 2011, consid. 8), ces dernières apparaissent proches des conclusions de la Dresse H_____ quant à une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et corroborent celles-ci, étant précisé que ce médecin n'a constaté aucun des symptômes objectifs énumérés ci-dessus, hormis des synovites modérées. e. Les rapports divergents des Drs B_____, C_____ et E_____ ne permettent pas de s'écarter des conclusions des experts H_____ et K_____, dès lors qu'ils sont peu motivés et ne mettent pas en exergue d'élément dont les experts n'auraient pas tenu compte. Il sied également de 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). Par ailleurs, les griefs de la recourante concernant la valeur probante des expertises des Drs H_____ et K_____ doivent être rejetés. En effet, l'argumentation de cette dernière visant à démontrer de prétendues contradictions repose entièrement sur l'appréciation divergente de ses médecins ainsi que sur sa propre opinion discordante. Elle ne met pas en évidence de contradiction intrinsèque ou d'omission susceptibles de remettre en cause la valeur probante des expertises susmentionnées. Pour les motifs qui précèdent, les conclusions des rapports d'expertises des Drs H_____ et K_____ emportent la conviction de la chambre de céans, de sorte que celle-ci retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle d'éducatrice de la petite enfance et de 100% dans toute activité plus légère pour les mains, depuis le 1 er juin 2008 et à tout le moins jusqu'à l'expertise rhumatologique intervenue en septembre 2012. 11. Il convient à présent de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante et, partant, sur son droit éventuel à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. a. L'OAI a retenu un statut mixte, réparti à raison de 70% pour la sphère professionnelle et de 30% pour la sphère ménagère, ce que la recourante ne conteste pas. Sans atteinte à la santé, il y a ainsi lieu d'admettre que celle-ci aurait consacré 28 heures par semaine à son activité lucrative (70% x 40) et 12 heures par semaine (30% x 40) à ses tâches ménagères. b. En ce qui concerne la sphère professionnelle, on rappellera que la jurisprudence considère superflu de chiffrer avec exactitude les revenus avec et sans invalidité lorsque ceux-ci se basent tous deux sur le même salaire (arrêts du Tribunal fédéral I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2 ; I 151/06 du 29 juin 2007 consid. 7.2.1). En l'occurrence, il n'y a pas lieu de chiffrer avec exactitude les revenus en question, qui se basent l'un et l'autre sur l'activité habituelle. En outre, la jurisprudence estime que l'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146 ; arrêt du Tribunal fédéral I 151/06 du 29 juin 2007 consid. 7.2.1 et les références citées). c. En l'espèce, la capacité résiduelle de travail de la recourante dans son activité habituelle (80%) est supérieure au taux d'activité qu'elle exercerait dans la même activité sans atteinte à la santé (70%). Dès lors, conformément à la jurisprudence précitée, son degré d'invalidité dans la sphère professionnelle est nul. d. Dans la sphère ménagère, il ressort de l'enquête réalisée le 3 décembre 2009, non contestée, un degré d'invalidité de 21.5 %. e. En application de la formule mentionnée ci-dessus (cf. consid. 7b), le degré d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelle et ménagère, s'élève à 6,45%

$(([28 \times 0\%] + [40-28] \times 21.5\%) \div 40)$. Ce taux, inférieur à 40%, ne donne pas droit au versement d'une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). On relèvera que même si l'on tenait compte d'une clé de répartition entre sphère professionnelle et sphère ménagère de 50%-50% (dans la mesure où la recourante travaillait à 50% avant son atteinte à la santé), cela n'aurait aucune incidence sur l'issue du litige. En effet, en pareille hypothèse, le degré d'invalidité s'élèverait globalement à 10,75%, lequel n'ouvrirait pas non plus de droit à une rente d'invalidité $(([20 \times 0\%] + [40-20] \times 21.5\%) \div 40)$. De surcroît, conformément aux conclusions des Drs H_____ et K_____, on relèvera que la recourante n'a guère présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, ce qui exclut également son droit à la rente précitée (art. 28 al. 1 LAI). f. Comme la recourante ne présente aucune invalidité dans sa sphère professionnelle (cf. ci-dessus consid. 11 c), force est de constater que des mesures d'ordre professionnel, ne sont pas nécessaires pour rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain (art. 8 al. 1 LAI). Son degré d'invalidité, inférieur à 20%, est à fortiori insuffisant pour justifier l'octroi d'une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). En outre, on remarquera que la recourante est capable d'exercer son activité habituelle à 80%, laquelle est déjà adaptée à son état de santé. Enfin, cette dernière a déclaré qu'elle ne souhaitait pas bénéficier d'une mesure d'orientation professionnelle (cf. note d'entretien téléphonique du 25 novembre 2010). Partant, c'est à juste titre que l'intimé a nié son droit à des mesures d'ordre professionnel. g. Dans la mesure où les expertises des Drs H_____ et K_____ permettent de statuer sur le degré d'invalidité, partant sur le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, il n'y a pas lieu d'ordonner l'audition de la recourante, par appréciation anticipée des preuves. 12. En ce qui concerne enfin les rapports des Drs N_____ et M_____ des 15 avril et 24 juin 2014, décrivant l'apparition d'une ténosynovite des extenseurs du poignet droit, ils concernent visiblement une période postérieure à la décision querellée. Dans cette mesure, si la recourante estime que son état de santé s'est modifié dans une mesure notable, justifiant la révision de son droit à une rente, il lui appartient de formuler une nouvelle demande en ce sens auprès de l'OAI (art. 17 LPGA). 13. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renonce à percevoir un émolument. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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