

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/127/2012

ATAS/1088/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 septembre 2012

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée à Carouge, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, case postale 2096, 1211 Genève 2

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (l'assurée) née en 1961, divorcée, mère de deux enfants nés en 1986 et 1988, est titulaire d'un CFC d'employée de commerce et a exercé une activité d'assistante de direction depuis le 1^{er} octobre 1998 auprès du département des finances de l'Etat de Genève.
2. Dès le 15 février 2006, l'assurée a présenté des jours d'incapacité de travail attestés par le Dr A_____ de la permanence médico-chirurgicale des acacias (soit du 15 février au 1^{er} mars 2006, les 13 et 14 mars 2006, du 10 au 17 avril 2006 et du 24 avril 2006 au 1^{er} avril 2007, de 50 % d'un 85 % du 2 avril 2007 au 13 août 2007 et à nouveau de 100 % depuis le 1^{er} septembre 2007) et par le Dr B_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie (soit une incapacité de travail totale du 8 au 11 mai 2007, du 4 au 8 juin 2007, du 2 au 6 juillet 2007, du 13 au 16 juillet 2007, du 27 août au 2 septembre 2007, du 4 au 8 septembre 2007, une capacité de travail de 50 % d'un 80 % dès le 10 septembre 2007 et une incapacité de travail totale du 6 au 31 décembre 2007).
3. Le 20 décembre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
4. Le 18 février 2008, le département des finances de l'Etat de Genève a rempli le questionnaire pour l'employeur mentionnant un engagement de l'assurée le 1^{er} octobre 1998 comme assistante de direction à raison de 34 heures par semaine pour un salaire mensuel de 5'954.25 depuis le 1^{er} janvier 2008; l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 22 mars au 13 mai 2005, du 26 au 27 mai 2005, du 15 février au 1^{er} mars 2006, du 13 au 14 mars 2006, du 10 au 17 avril 2006 et depuis le 2 mai 2006.
5. Le 13 mars 2008, la conseillère pour la santé du service de santé du personnel de l'Etat a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) que le psychiatre-traitant de l'assurée pensait qu'elle pourrait recommencer à travailler à 50 %; un stage à l'office de la jeunesse pourrait débuter le 15 avril.
6. Le 3 avril 2008, le Dr A_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une dépression présente de longue date. L'assurée présentait une incapacité de travail totale du 15 février au 2 mars 2006, du 10 au 17 avril 2006, du 24 avril 2006 au 2 avril 2007, à 50 % du 2 avril à septembre 2007 et totale depuis le 1^{er} septembre 2007 jusqu'à présent. Un diagnostic d'entorse du genou gauche, de HTA, d'obésité et de tabagisme était aussi posé. Son état de santé était stationnaire. Il avait traité la patiente du 15 février 2006 au 10 décembre 2007.

Elle avait présenté une dépression suite à une séparation, avec crise récurrente d'anxiété, repli sur soi, avec des moments de dépression majeure; elle avait été suivie par le Dr B_____ ; elle s'était refermée sur elle-même et n'arrivait même pas à gérer son courrier personnel; il existait une labilité psychique avec des critères de dépression et une HTA labile; le pronostic était peu favorable en tout les cas dans un futur proche. Aucune activité n'était exigible mais il fallait lui donner une chance de travailler même à 20 % au début, si possible.

7. Le 9 avril 2008, le SMR a estimé qu'il fallait compléter l'instruction médicale.
8. Le 19 avril 2008, le Dr B_____ a rempli un rapport médical AI selon lequel l'assurée présentait un épisode dépressif sévère (F41.1) avec décours de sevrage au BZP depuis au moins 2008, une dépendance contrôlée aux BZP (F13.22) depuis 2006, des troubles mentaux et du comportement liés à la caféine (F15.22) en rémission complète 2006, des vomissements (F50.5) depuis 2007 et, sans effets sur la capacité de travail, une hypertension artérielle traitée et des lombalgies.

Il suivait l'assurée depuis le 6 mai 2006. Elle avait présenté un état dépressif sévère avec projets et préparatif de suicide dans le cadre d'un divorce difficile; les plaintes d'ordre dépressif évoluaient favorablement et les projets suicidaires concrets avaient disparu; il persistait une symptomatologie anxieuse importante avec des somatisations. Un suivi psychothérapeutique et un traitement médicamenteux avaient été ordonnés. Le pronostic était favorable, l'incapacité de travail était totale en raison de sa maladie mais aussi d'une situation avec l'employeur peu claire. On pouvait s'attendre à une capacité de travail de 50 % à réévaluer. Sa capacité de concentration, d'adaptation et sa résistance étaient limitées.

9. A la demande du SMR, le Dr B_____ a fourni le 25 août 2008 le status clinique complet. L'assurée était collaborante, se projetait assez facilement dans l'avenir en souhaitant retrouver une activité professionnelle avec l'aide de l'AI. La symptomatologie anxieuse prédominait, sans idée suicidaire. L'assurée avait des plaintes somatiques à investiguer (céphalées et lombalgies intermittentes). Elle présentait une soumission excessive à la volonté des personnes dont elle dépendait, au détriment de ses intérêts personnels et avec une peine à mettre des limites.
10. Le 28 avril 2008, le Dr C_____ du SMR a estimé qu'un examen SMR était indispensable.
11. Le 8 mai 2008, les Drs C_____ et D_____ du SMR ont rendu un avis médical selon lequel il convenait de voir avec l'assurée et son médecin si elle était capable de reprendre une activité.
12. Le 17 mai 2008, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé s'améliorait, l'assurée présentait des éléments dépressifs mais dominait au premier plan une symptomatologie anxieuse; une reprise du travail était envisagée dès le

16 juin 2008 à un taux de 50 %; l'assurée envisageait un 50 % d'un 85 % et une activité de type administratif; elle souhaitait débiter le stage au DIP qui lui avait été antérieurement proposé. Son état restait fragile et il fallait veiller à ce qu'elle ne se laisse pas submerger par trop de stress.

13. Par projet de décision du 3 juin 2008, l'OAI a envisagé une mesure professionnelle en faveur de l'assurée.
14. Le 4 juin 2008, le Dr C _____ a estimé que la capacité de travail de l'assurée devait être fixée dès le 16 juin 2008 à 50 % au moins et non pas à 50 % de 85 %.
15. Par communication du 10 juin 2008, l'OAI a pris en charge un reclassement en qualité d'assistante RH par le biais d'un stage du 16 juin 2008 au 21 juin 2009 auprès du Service des loisirs et de la jeunesse.
16. Le 19 juin 2008, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport et proposé la prise en charge d'un reclassement en qualité d'assistante RH du 16 juin 2008 au 21 juin 2009 auprès du Service des loisirs et de la jeunesse.
17. Par décision du 14 juillet 2008, l'OAI a octroyé une mesure d'aide professionnelle à l'assurée et informé celle-ci que son droit à la rente serait examiné à l'issue de la mesure.
18. Le 2 septembre 2008, la réadaptation professionnelle a indiqué que selon le psychiatre-traitant, le stage était bénéfique pour l'assurée mais que le taux de travail devait être baissé à 30 %.
19. Selon une note au dossier de l'OAI du 26 février 2009, l'assurée avait baissé son taux de travail à 12 heures par semaine et un coaching pourrait être proposé à l'assurée.
20. Le 11 avril 2009, le Dr B _____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI selon lequel l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et que les diagnostics actuels étaient : trouble de l'anxiété généralisée (F41.1), personnalité anxieuse et évitante (F60.6), dépendance contrôlée aux BZD (F13.22), ancienne dépendance aux opiacés (F11.20), ancienne dépendance à la caféine (F15.20), vomissements (F50.5), épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique au décours (F32.2). Également, hypertension artérielle traitée, asthme, allergies, lombalgies et gonalgies, migraines.

Les diagnostics F41.1 et F50.5 avaient une influence sur la capacité de travail.

La symptomatologie dépressive s'était progressivement estompée pour devenir subclinique. Quant à la symptomatologie anxieuse, bien que diminuée en général restait présente cliniquement et invalidante par moment avec souvent des répercussions psychosomatiques. C'était grâce à la clarification des gros problèmes

sociaux et financiers, à un suivi régulier à sa psychothérapie avec une excellente compliance, au traitement médicamenteux et sans rechute des anciennes addictions que l'état de l'assurée s'était amélioré. C'était aussi surtout après l'introduction de la mesure AI avec un stage au Service de la Culture et des Loisirs que l'état clinique de la patiente avait commencé à s'améliorer de manière significative. Ce stage lui avait permis de retrouver une identité professionnelle et lui permettait de progressivement se réinsérer dans la vie quotidienne.

Pour le diagnostic somatique, il fallait voir auprès du médecin-traitant et des médecins-spécialistes.

21. Le 30 mai 2008, le Dr E _____, neurologue FMH, a effectué un examen des capacités attentionnelles de l'assurée et conclu que compte tenu de la discrétion des difficultés observées, il ne retenait pas, sur le plan neuropsychologique, de contre-indication à une reprise progressive de l'activité professionnelle, que, néanmoins, le ralentissement mis en évidence dans certains tests évaluant la vitesse de traitement de l'information était susceptible d'affecter le rendement de l'assurée dans l'exercice de son travail.
22. Par communication du 31 juillet 2009, l'OAI a prolongé le reclassement professionnel du 22 juin au 31 décembre 2009.
23. Le 24 août 2009, le Dr F _____ du SMR a estimé qu'une capacité de travail de 30 % pouvait être admise, avec une augmentation à 50 % dans trois mois.
24. Le 24 septembre 2009, un "compte rendu d'entretien réunion OCAI" a mentionné que l'assurée a augmenté son taux à 40 % depuis le 1^{er} septembre 2009 et que dès le 1^{er} novembre 2009 elle passait à 50 % et une prolongation du contrat jusqu'à juin 2010 était envisagée.
25. Le 30 novembre 2009, le Dr B _____ a informé l'OAI que l'assurée n'avait pas pu augmenter son temps de travail en raison d'une hernie discale suivie par le Dr G _____.
26. Le 10 décembre 2009, le Dr G _____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de lombosciatalgies L5 gauche avec déficit sensitivomoteur modéré sur une volumineuse hernie discale L4-L5 gauche, selon un scanner lombaire du 12 novembre 2009. Le traitement consistait en antalgiques, cure de stéroïdes, infiltrations. L'incapacité de travail était totale depuis le 3 novembre 2009.
27. Par communications des 16 décembre 2009 et 15 avril 2010 l'OAI a prolongé le reclassement du 1^{er} janvier au 31 mars 2010 puis du 1^{er} avril au 31 décembre 2010.

28. Le 13 janvier 2010, le Dr C_____ a estimé que l'incapacité de travail était totale depuis le 3 novembre 2009.
29. Le 9 février 2010, l'assurée a été opérée par les Drs H_____ et I_____ aux HUG (hémilaminectomie L5 gauche et microdiscectomie L5-S1 gauche) et a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 11 au 24 mars 2010 en raison d'un diagnostic principal de TDR, épisode actuel léger sans somatisation (F33.00).
30. Le 21 juin 2010, le Dr A_____ a indiqué qu'il n'avait pas revu la patiente depuis le 25 novembre 2008.
31. Le 3 juillet 2010, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé s'était amélioré progressivement depuis avril 2009 avec un diagnostic encore présent de trouble de l'anxiété généralisée (F41.1) et personnalité anxieuse évitante (F60.6). Le taux d'activité était cependant resté à 40 %. Une augmentation à 50 % était envisageable d'ici le dernier trimestre 2010. La symptomatologie dépressive avait disparu, hormis une brève réaction dépressive intense en février 2010. L'amélioration restait encore fragile.
32. Par communication du 18 octobre 2010, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'aide au placement (atelier club emploi du 9 novembre au 10 décembre 2010), mesure qu'elle n'a pas suivie, pour des raisons médicales selon un avis du Dr B_____ du 10 novembre 2011.
33. Le 13 novembre 2010, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI que l'assurée avait pu augmenter sa capacité de travail à 50 % durant la réadaptation professionnelle, qu'il était important qu'elle puisse bénéficier d'un poste de travail peu stressant si sa situation financière et sociale se stabilisait et qu'on pouvait s'attendre à une augmentation de la capacité de travail.
34. Le 1^{er} décembre 2010, le Dr C_____ a estimé que la capacité de travail était désormais de 50 % dès juin 2008, en raison d'intolérance au stress, de capacités d'adaptation limitées et de troubles de l'attention, de concentration et de mémoire.

L'incapacité de travail était de 100 % dès le 10 avril 2006, 50 % dès le 2 avril 2007, 100 % dès le 2 septembre 2007 et 50 % dès le 16 juin 2008.

La réadaptation professionnelle avait proposé d'accorder une prestation selon l'art. 28 LAI. Le degré d'invalidité était de 52,4 %, soit un revenu sans invalidité de 78'396 fr (ancienne activité à 85 % en 2010) et un revenu avec invalidité de 37'318 fr (ESS 2008 - TA7 - ligne 22 niveau 3 pour 2010, à 50 %)

35. Le 9 avril 2011, le Dr B_____ a écrit à l'OAI que la cessation de la réadaptation sans aucune explication, avait aggravé l'état de santé de l'assurée avec le retour en force de symptôme de phobie sociale de sorte qu'une décision rapide de l'OAI pourrait améliorer son état de santé.
36. Le 14 avril 2011, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage laquelle a conclu à une invalidité de 24 %.
37. Le rapport d'enquête du 2 mai 2011 a mentionné que l'assurée aimait son travail et gagnait bien sa vie, et qu'elle aurait continué de travailler à 85 %.
38. Le 7 juin 2011, l'office du personnel de l'Etat a indiqué à l'OAI que l'assurée aurait perçu en 2010 un salaire annuel brut de 92'230 fr si elle avait continué son emploi.
39. Par projet d'acceptation de rente du 21 juillet 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée du 1er avril au 31 décembre 2007 un quart de rente d'invalidité (taux de 46 %), du 1^{er} janvier au 30 septembre 2008 une rente entière d'invalidité (taux de 87 %), dès le 1^{er} octobre 2008, aucune rente n'était allouée en raison des indemnités journalières versées depuis plus de trois mois et dès le 1^{er} novembre 2011 un quart de rente d'invalidité (taux 48 %).
40. Le 9 août 2011, le Dr B_____ a écrit à l'OAI qu'une décision rapide de sa part, participerait énormément à une stabilisation/amélioration de l'état de santé actuellement très dégradé de l'assurée.
41. Le 2 septembre 2011, l'assurée a écrit à l'OAI que son état de santé s'était dégradé depuis le 1^{er} novembre 2011 entraînant une incapacité de travail totale; elle s'opposait ainsi au projet d'acceptation de rente et demandait que le Dr B_____ soit contacté. Elle a fourni plusieurs certificats établis par le Dr B_____ attestant dès le 1^{er} janvier 2011, jusqu'à août 2011 d'une incapacité totale de travail.
42. Le 3 octobre 2011, le SMR a estimé que les certificats d'incapacité de travail fourni par l'assurée ne justifiaient pas une modification des conclusions du SMR.
43. Par décision du 6 décembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente du 1^{er} avril au 31 décembre 2007 (518 fr. mensuels), une rente entière du 1^{er} janvier au 30 septembre 2008 (2'069 fr. mensuels) et un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2011 (543 fr.).
44. Le 18 janvier 2012, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Chambres des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente au moins.

45. Le 20 février 2012, l'assurée a complété son recours en concluant à l'octroi d'une demi-rente du 1^{er} avril au 31 décembre 2007 et dès le 1^{er} janvier 2011 à la réservation de ses droits en fonction des résultats des investigations médicales complémentaires et à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique judiciaire. Elle fait valoir qu'elle ne se rappelait pas que l'enquêtrice lui ait posé une question relative à son taux de travail, qu'en réalité, compte tenu des gros problèmes financiers rencontrés dans le cadre de son divorce (2004), elle aurait été contrainte de travailler à 100 % si elle avait été en pleine santé, de sorte qu'elle contestait le statut mixte que l'OAI lui avait appliqué, qu'en particulier ses tâches ménagères avaient diminué à la suite du départ du domicile de son époux et de ses enfants, qu'elle avait augmenté son temps de loisirs pour parer à une situation professionnelle stressante et non pas pour se consacrer à son ménage, que par ailleurs c'était à tort que l'OAI n'avait pas investigué la question de l'aggravation de son état de santé depuis le 1^{er} janvier 2011, attestée par le Dr B_____.
46. Le 12 mars 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que lors de l'enquête économique sur le ménage il n'avait pas été mentionné une volonté de l'assurée de travailler à un taux supérieur de 85 %, taux que cette dernière avait exercé depuis 1998 et que les certificats médicaux du Dr B_____ n'étaient pas documentés et ne permettaient pas de prouver l'existence d'une aggravation de l'état de santé.
47. Le 7 mai 2012, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré qu'elle présentait depuis février 2012 une hernie cervicale et de l'arthrose, que depuis 2011 son état de santé psychique s'était aggravé, qu'elle avait été engagée comme secrétaire à 100 %, après un an à 80 % puis comme assistante de direction à 85 %, que ses enfants avaient quitté le domicile l'un en 2007 et l'autre en janvier 2011, qu'elle n'avait pas eu l'intention d'augmenter son temps de travail après son divorce car elle recevait une pension de 1'000 fr., que le stage, comme secrétaire (en classe 9), avait été arrêté brusquement en décembre 2010 et que son état de santé s'était aggravé ensuite, qu'elle était endettée à hauteur de 80'000 fr., qu'aujourd'hui elle travaillerait à 100 % si sa santé le lui permettait et qu'elle ne se souvenait pas d'avoir parlé à l'enquêtrice de son taux de travail.

La représentante de l'OAI a déclaré :

"Il est possible que les pièces médicales qui aient été soumises au SMR ne comportaient pas l'avis du Dr B_____ du 9 avril 2011. S'agissant du calcul du degré d'invalidité le gestionnaire n'a pas expliqué pourquoi il n'a pas retenu de déduction globale. J'estime que dans le cas de la recourante une déduction globale maximale de 10 % pourrait être appliquée au vu des limitations fonctionnelles et d'une activité partielle seule possible. L'OAI maintient sa position quant au statut mixte de la recourante. En l'état je ne peux pas répondre sur la jurisprudence citée

par la recourante concernant le statut d'actif qui peut être maintenu nonobstant une activité de travail à temps partiel".

48. Le 23 juin 2012, le Dr B_____ a donné à la demande de la Cour de céans des renseignements complémentaires.

Il suivait l'assurée depuis le 6 mai 2006 et l'avait vue la dernière fois le 21 juin 2012; le diagnostic était celui du trouble de l'anxiété généralisée sévère (F41.1, selon la classification internationale des maladies de l'OMS, CIM-10), personnalité anxieuse et évitante (F60.6), dépendance contrôlée aux BZD (F13.22), ancienne dépendance aux opiacés (F11.20), vomissements psychogènes (F50.5), nouvel épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) début 2011, au décours. Syndrome douloureux diffus chronique de type fibromyalgie (F45.4).

Le traitement consiste en un TPPI avec des séances de psychothérapie hebdomadaires et une médication psychotrope de paroxétine et tritico. Médication antalgique en réserve (Tilur, Tramal).

Elle suivait un traitement psychothérapeutique et médicamenteux et était toujours compliant.

La capacité de travail était nulle au début du suivi et avait pu augmenter à 50% dans un environnement protégé puis était à nouveau nulle dès janvier 2011; il résultait des diagnostics des limitations fonctionnelles importantes (troubles cognitifs, vulnérabilité au stress, difficultés à sortir, effondrements dépressif et douleurs physiques).

Le pronostic était sombre; il observait enfin que le Dr J_____, médecin-conseil à la CIA, considérait que l'assurée devait bénéficier d'une rente CIA de 100%.

49. Le 9 juillet 2012, la Doctoresse D_____ du SMR a rendu un avis médical considérant que le dossier devait être instruit au minimum par une expertise rhumato-psychiatrique au SMR.
50. Le 11 juillet 2012, l'OAI a conclu à l'ordonnance d'une expertise rhumato-psychiatrique pour la période postérieure à l'octroi d'indemnités journalières.
51. Les 16 juillet et 8 août 2012, l'assurée a indiqué qu'elle était d'accord avec le renvoi du dossier à l'intimé et la tenue d'une expertise rhumato-psychiatrique en dehors du SMR et qu'elle maintenait son grief quant au statut mixte retenu par l'OAI.
52. 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 9 octobre 2009 (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. 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, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. 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).
4. 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).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

c) 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).

d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) 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. cc).

h) 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

5. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

6. En l'espèce, les parties sont d'avis qu'il se justifie de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'une expertise rhumato-psychiatrique soit ordonnée, sous réserve, pour la recourante, qu'elle soit confiée à des experts indépendants du SMR.

Au vu des avis médicaux au dossier, en particulier celui du Dr B_____ du 23 juin 2012, il se justifie en effet d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé afin que celui-ci complète l'instruction du dossier par la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire en dehors du SMR et rende une nouvelle décision.

S'agissant du grief de la recourante à l'encontre du statut mixte qui lui a été reconnu par l'intimé, il ne se justifie pas, vu l'issue de la présente procédure, soit l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi de la cause à l'intimé, de trancher cet aspect du recours, ce d'autant que cette question pourrait requérir une instruction de la part de la Cour de céans retardant le renvoi de la cause à l'OAI puisque, pour la résoudre, il convient de tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, les qualifications professionnelles de l'assurée, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c), et que, selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

7. Vu l'issue du litige, une indemnité de 2'500 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé, et un émolument de 200 fr. mis à la charge de celui-ci.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 6 décembre 2011 de l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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