

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1705/2014

ATAS/1089/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 octobre 2014

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1974, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI pour adultes) le 31 mai 2011.

Elle était mariée depuis le 28 août 2009, sans enfants. Elle était coiffeuse à 100%, indépendante depuis 2001. Elle percevait des indemnités perte de gains pour cause de maladie depuis le 26 janvier 2011 de la SWICA. A la date du dépôt de sa demande AI, l'incapacité de travail était de 50%. Elle souffrait de polyarthrite chronique. Elle endurait des douleurs chroniques au poignet, aux articulations des doigts (surtout à la main droite), au coude, épaule et genou, quelquefois aussi aux hanches. Elle présentait des inflammations des muscles des bras (surtout des avant-bras) et des tendons des mains. Elle était suivie par le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, depuis janvier 2001.

2. Par rapport du 17 juin 2011, le Dr B_____ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de polyarthrite psoriasique depuis automne 2010, et, sans effet sur la capacité de travail, de psoriasis cutané. L'anamnèse indiquait des arthralgies invalidantes évoluant depuis deux ans, nettement aggravées depuis l'automne 2010, touchant surtout les deux mains, les deux coudes et les épaules, nécessitant la consommation continue d'AINS. Des lésions dermatologiques de longue date touchaient surtout le visage et le cuir chevelu. Un traitement de salazopyrine, 3 mg par jour apportait un soulagement partiel. Les douleurs s'accompagnaient d'une grande fatigue. Le pronostic consistait à pouvoir espérer trouver un traitement adéquat. La médication se composait de salazopyrine 3g par jour, Dafalgan 3 g par jour, Brufen 2 x 600 mg par jour, Cymbalta 60 mg. La patiente était en incapacité de travail à 50% depuis le 26 janvier 2011. Les efforts des membres supérieurs étaient impossibles car trop douloureux. La patiente avait trop de douleurs après deux ou trois clientes. L'activité exercée n'était exigible qu'à 50%, le rendement n'étant pas réduit. L'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Au titre de limitations fonctionnelles, le praticien mentionnait : travailler avec les bras au-dessus de la tête, à genou, soulever ou porter, que cela soit près ou loin du corps, ainsi que monter sur un échafaudage.
3. Par correspondance du 24 juin 2011, SWICA a transmis son dossier à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

Parmi les pièces, se trouvaient notamment :

- un rapport de CARE MANAGEMENT « IJ » établi le 9 juin 2011. Il en ressortait que l'assurée notait une légère amélioration des douleurs au niveau des doigts. L'apparition des douleurs au niveau des membres inférieurs l'affectait. Son moral s'était péjoré. Elle avait pleuré durant tout l'entretien. Elle travaillait à 100% comme coiffeuse indépendante dans un salon avec une collègue. Elle travaillait tous les après-midis. Elle se disait prête à explorer d'autres voies professionnelles qui pouvaient s'adapter à sa maladie. Elle

expliquait parler couramment l'espagnol et avoir de bonnes notions d'italien et d'anglais. La possibilité d'une reconversion dans la vente ou dans le domaine de la traduction avait été évoquée. L'assurée ne se voyait pas continuer dans un métier de coiffeuse en raison des douleurs qui allaient en s'aggravant. Elle travaillait dans le domaine depuis l'âge de seize ans. Elle avait déjà eu un contact avec l'office d'orientation professionnelle de Genève. Il était proposé d'orienter l'assurée vers un organisme tel que le CEBIG (Centre de bilan à Genève), voire vers COREF pour établir un bilan professionnel, de contacter l'AI pour voir où en était le dossier relatif aux mesures, d'organiser avec l'assurée les démarches du bilan, de tâcher de maintenir le taux de travail de 50% et de continuer le versement des indemnités journalières, l'incapacité de travail de 50% étant justifiée.

- Un rapport du Dr B_____ du 19 avril 2011 en réponse à un questionnaire de SWICA du 31 mars 2011.
- 4. Par communication du 24 octobre 2011, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient actuellement pas indiquées.
- 5. Le 10 janvier 2012, l'assurée a produit copie de son bilan d'exploitation pour 2010 ainsi que son compte d'exploitation pour 2009.
- 6. Par rapport médical du 20 février 2012, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, à savoir la persistance de polyarthralgies à l'effort depuis l'automne 2010. La capacité de travail était de 50% en qualité de coiffeuse mais de 100% dans une autre activité adaptée telle que le travail de bureau. La compliance était optimale. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement en cours consistait en de l'Irfen, à raison de deux à trois fois 600 mg. La patiente avait commencé une psychothérapie. Un recyclage professionnel pouvait être envisagé.
- 7. Par courrier du 16 mai 2012, SWICA a transmis à l'OAI copie d'une expertise rhumatologique du 27 janvier 2012, mandatée par leurs soins auprès du centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed). Elle avait été effectuée par le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Selon les conclusions de l'expert, il fallait admettre que l'activité de coiffeuse n'était pas la plus adéquate. Elle se pratiquait en position debout, prolongée, parfois en hyper extension lombaire, parfois en hypercyphose avec les bras éloignés du corps en position prolongée également, les doigts et les poignets en force (brushing, ciseaux). On pouvait considérer cette profession comme non-exigible à ce stade. En revanche, une activité légère en position assise mais autorisant de fréquents changements de position (toutes les heures) était exigible, à plein temps sans limitation de rendement. Cette capacité de travail sur le marché de l'emploi était immédiate après la réadaptation qui pouvait être entreprise dès que possible.
- 8. Par avis du 20 novembre 2012, la doctoresse D_____, médecin au service médical régional suisse-romande (ci-après : SMR) de l'AI a conclu à ce qu'une expertise

pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique soit ordonnée. L'expertise du Dr C_____, concluant à une hyperlaxité ligamentaire, n'était pas vraiment probante. Elle n'expliquait que partiellement les polyarthralgies chroniques et ne précisait pas le caractère invalidant ou non de la pathologie. Un trouble somatoforme douloureux incapacitant devait être exclu.

9. La plateforme SuisseMED@P-Team a désigné le CEMed pour procéder à l'expertise médicale bi-disciplinaire.
10. Par communication du 19 juillet 2013, Mme A_____ a été informée des modalités de l'expertise. Un délai de 10 jours lui a été octroyé pour ses éventuelles observations.
11. Par correspondance du 31 juillet 2013, SWICA a indiqué à Mme A_____ que, suite à sa déclaration d'accident sur 12 mai 2013 et compte tenu du rapport du Dr B_____, le médecin consultant de l'assurance considérait que son incapacité de travail, débutée le 18 novembre 2012, consistait vraisemblablement dans des suites de la maladie qui avait débuté le 26 janvier 2011. L'assurance constatait que le 24 janvier 2013, Mme A_____ avait épuisé son droit à l'indemnité journalière perte de gains. A cette date, l'assurance lui avait octroyé 730 jours de prestations, conformément aux clauses contractuelles ainsi qu'à leur correspondance du 9 octobre 2012.
12. Il ressort d'une note de travail de l'OAI du 25 novembre 2013, que l'assurée était aidée par l'hospice général depuis août 2013, qu'elle avait eu un enfant en mars 2013 et que selon les informations en possession de l'hospice général, elle avait vendu son salon de coiffure en octobre 2013. L'assurée devait encore faire parvenir à l'hospice un document prouvant la cessation d'activité.
13. Selon le rapport d'expertise du CEMed du 27 décembre 2013, l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. Elle souffrait de polyarthralgies d'origine indéterminée et d'un trouble de l'adaptation avec réactions dépressives prolongées (F43.21). Il n'était pas exclu que l'assurée ait présenté, pendant quelques mois, des tendinites aux deux poignets, pathologie fréquentes chez les coiffeuses mais cette affection était actuellement absente. Les incapacités de travail justifiées médicalement dans son activité habituelle étaient de 100% de janvier 2011 à avril 2011 au maximum. Dès cette date, l'assurée était apte à 100% à travailler. La recourante était sans activité lucrative depuis janvier 2011. Il n'y avait toutefois jamais eu de tentative de reprise d'activité étant rappelé que l'intéressée a accouché en avril 2013. Il n'y avait pas de troubles suffisamment sévères qui atteignaient un seuil clinique pour justifier une incapacité de travail significative. Le syndrome douloureux chronique pouvait s'apparenter à un trouble somatoforme, mais qui était sans comorbidité psychiatrique grave. Il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires. Un traitement psychotrope avec une action

antalgique et antidépressive était indiqué. La prise en charge par le Dr B_____, qui avait également une approche psychosociale, était adéquate. Le pronostic était réservé à deux égards : une maladie rhumatismale inflammatoire pouvait survenir n'importe quand vu le contexte de psoriasis cutané, et l'assurée avait une personnalité fragile prédisposant au phénomène de chronicisation des douleurs. La comorbidité psychiatrique, à savoir le trouble de l'humeur restait léger. Il n'existait ni processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ni affections corporelles chroniques, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni échec de traitement ambulatoire ou stationnaire conforme aux règles de l'art, ni existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit.

14. Par décision du 17 février 2014, la SWICA, se référant au rapport d'expertise du CEMed à Nyon du 27 décembre 2013, a informé l'assurée qu'elle mettait fin à ses prestations d'assurance à compter du 19 février 2014.
15. Le 19 février 2014, la Dresse D_____ a retenu, sur le plan rhumatologique, que l'assurée se plaignait principalement de douleurs aux doigts, des interphalangiennes proximales et distales des deux mains, sans tuméfaction ni raideur matinale ni douleurs nocturnes. L'examen clinique était normal de même que les examens complémentaires à la recherche d'un rhumatisme inflammatoire. Il existait plusieurs signes d'hyperlaxités ligamentaires, à savoir recurvatum des coudes et des genoux et également des phénomènes d'hyperextension au niveau des métacarpophalangiennes des doigts. Absence des points de fibromyalgie et des signes de non-organicité de Waddell. L'assurée présentait également un psoriasis au niveau du visage et du cuir chevelu. Cette affection pouvait s'accompagner d'arthrite inflammatoire mais actuellement l'examen clinique et les examens paracliniques n'avaient pas retrouvé d'éléments en faveur d'une maladie rhumatismale inflammatoire.

Sur le plan psychique, la symptomatologie retrouvait une inquiétude et une humeur dépressive. Les symptômes étaient fluctuants dans le temps et avaient une intensité légère ce qui faisait retenir le diagnostic de troubles de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée. En ce qui concernait le syndrome douloureux chronique, qui pouvait s'apparenter à un trouble somatoforme, il ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique grave. Elle proposait de s'aligner sur les conclusions de cette expertise pluridisciplinaire. L'assurée avait présenté une incapacité de travail temporaire, en lien avec une polyarthralgie et un trouble de l'adaptation. Elle présentait un syndrome douloureux chronique sans signe de gravité selon la jurisprudence.

16. Le 31 mars 2014, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée. La rente invalidité et les mesures professionnelles étaient refusées.
17. Par courrier du 28 avril 2014, l'assurée a expliqué avoir fait de nouvelles analyses sanguines et une radiographie en vue d'un traitement complémentaire de

méthothréxate. Son médecin estimait qu'elle pouvait présenter une spondylarthrite ou un rhumatisme psoriasique. L'assurée venait de commencer le traitement. Les douleurs quotidiennes étaient très importantes. Parfois la douleur était supportable et elle pouvait gérer son quotidien. Certains autres jours, la douleurs l'empêchait de se mouvoir normalement et la contraignait à rester alitée. L'apparition de la maladie avait déclenché une dépression. Elle était en traitement avec la doctoresse F_____. Elle ne pouvait plus exercer sa profession de coiffeuse. Elle sollicitait la révision de la décision. Ses médecins-traitants étaient à disposition.

18. Le 14 mai 2014, l'OAI a accordé un délai au 23 mai 2014 à l'assurée pour apporter des éléments médicaux probants, à défaut de quoi une décision sujette à recours lui serait notifiée.
19. Le 22 mai 2014, l'assurée a sollicité une prolongation du délai.
20. Le 26 mai 2014, l'OAI a prononcé une décision de refus de rente d'invalidité et refus de mesures professionnelles à l'encontre de l'assurée.
21. Le 5 juin 2014, le Dr B_____ a transmis à l'OAI une attestation médicale. L'assurée était suivie depuis l'automne 2010 pour un syndrome douloureux persistant concernant des arthralgies multiples et des douleurs musculo-tendineuses. La symptomatologie persistait encore actuellement, prédominant sous forme de douleurs des deux fesses, des deux genoux, des deux coudes, irradiant souvent dans les cuisses, compliquée d'une raideur matinale durant environ une heure. Ces douleurs limitaient beaucoup les activités de l'assurée et la rendaient incapable de poursuivre son activité professionnelle de coiffeuse. L'hypothèse diagnostique retenue était un rhumatisme psoriasique dans le cadre d'une maladie psoriasique cutanée. Un traitement de méthothréxate avait été initié le 16 avril et n'avait pas encore apporté un résultat positif. Ce traitement avait été proposé deux ans auparavant mais il avait été repoussé en raison du projet de grossesse, puis de la grossesse de la patiente.
22. Par courrier du 13 juin 2014, Mme A_____ a fait opposition à la décision de l'OAI. Elle demandait que la décision soit revue et que l'OAI prenne contact avec le médecin pour plus d'informations si nécessaire.
23. Copie d'un certificat du docteur G_____, spécialiste FMH en pneumologie, datée du 28 février 2014, adressée au Dr B_____ a été versée au dossier. Le diagnostic consistait en une tuberculose latente. Sous comorbidité était mentionné un syndrome rhumatismal mal défini d'étiologie inconnue. Un traitement immunosuppresseur par méthothréxate pouvait favoriser une réactivation de la tuberculose. En fonction de la décision d'introduction de ce traitement, il proposait une antibiothérapie de rifampicine, 600 mg une fois par jour pendant quatre mois. Comme effets indésirables, la rifampicine pouvait déclencher une hépatite médicamenteuse, diminuer l'efficacité du contraceptif oral et colorer les verres de contact et les urines.

24. Par courrier recommandé du 14 juin 2014, l'assurée a fait opposition à la décision de refus d'invalidité et de mesures professionnelles auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle joignait copie de la correspondance du Dr B_____ ainsi que de la lettre d'opposition qu'elle avait adressée à l'OAI.
25. Par réponse du 7 juillet 2014, l'OAI a relevé que Dr B_____, dans son certificat du 5 juin 2014, rapportait les plaintes subjectives de sa patiente. L'hypothèse diagnostique de rhumatisme psoriasique avait déjà été discutée par les experts du CEMed, pour lesquels ni l'anamnèse, ni l'examen clinique, ni les examens paracliniques ne parlaient pour une maladie rhumatismale inflammatoire. Il s'était plutôt installé progressivement un syndrome douloureux chronique.

Les autres documents médicaux produits par la recourante avaient été soumis au SMR, lequel avait conclu qu'il n'existait pas de nouveaux éléments médicaux objectifs permettant de s'écarter des conclusions précédentes.

L'allégation des douleurs devaient être confirmée par des observations médicales concluantes. L'incapacité de travail de la recourante avait duré moins d'une année (de janvier à avril 2011) ce qui impliquait qu'elle ne remplissait pas les conditions de l'art. 28 LAI.

26. Par réplique du 30 juillet 2014 Mme A_____ a contesté que son incapacité de travail totale n'ait duré que de janvier à avril 2011. Elle souhaitait produire des certificats médicaux mais sollicitait une prolongation du délai.
27. Par courrier du 14 août 2014, la recourante a produit une attestation du Dr B_____ du 8 août 2014. Le médecin certifiait que la patiente était suivie depuis le 12 janvier 2011 en raison d'un syndrome rhumatismal douloureux. Elle avait été en incapacité de travail à 50% dès le 26 janvier 2011 jusqu'au 15 novembre 2012. Depuis cette date, elle était en incapacité de travail totale. Elle n'était pas capable de reprendre un travail dans sa profession habituelle de coiffeuse mais serait capable de reprendre dans une activité adaptée.
28. Par duplique du 25 août 2014, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Le Dr B_____ rappelait un diagnostic déjà connu. Son courrier n'apportait toutefois aucun élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire effectuée par le CEMed.
29. Par courrier du 28 août 2014, les parties ont été informées que la cause était 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{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, la décision litigieuse du 26 mai 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. 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.
5. Le litige porte sur le droit de le recourante aux prestations de l'assurance invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

6. 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).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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).

8. 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement

exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. 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 LPG), 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).

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).

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).

10. 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).
11. 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
13. En l'espèce, la situation médicale de la recourante a fait l'objet d'une première expertise par le CEMed à la demande de SWICA. Estimant que celle-ci n'était pas pertinente, l'OAI a sollicité une seconde expertise, rhumatologique et psychiatrique. Les résultats des deux expertises sont concordants pour les conclusions relatives à la capacité de travailler de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

La seconde et seule expertise sur laquelle se fonde l'intimé répond aux réquisits jurisprudentiels. Elle a été établie par des spécialistes, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts aboutissent à des résultats convaincants.

Le médecin traitant a produit de nombreuses attestations au dossier soit celles des 31 mars 2011, 17 juin 2011, 20 février 2012, 5 juin 2014 et 8 août 2014. Ces attestations mentionnent régulièrement l'incapacité de travailler de la recourante dans sa profession de coiffeuse. La dernière attestation fait mention du fait que l'assurée serait capable de reprendre une activité adaptée.

Le médecin traitant diverge de la position du CEMed sur la durée de l'incapacité de travailler de l'assurée dans sa profession de coiffeuse, et le taux d'incapacité. Il diverge aussi sur la possibilité pour celle-ci de reprendre aujourd'hui son activité de coiffeuse. Aucun indice concret ne permet cependant de remettre en doute le bien-fondé de l'avis des experts. Le Dr B_____ fait notamment mention d'un nouveau traitement qui n'a pu être entrepris auparavant pour des questions d'ordre privé par la recourante. Les effets de ce traitement ne sont pas encore connus mais le médecin semble optimiste, ce d'autant plus qu'il l'avait proposé à sa patiente il y a plusieurs années déjà. Conformément à la jurisprudence, il convient de retenir pleine valeur probante à l'expertise du CEMed. Fondée sur celle-ci la décision de l'OAI est conforme à la LAI.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté le 14 juin 2014 par Madame A_____ contre la décision de l'Office cantonal de l'assurance invalidité du 26 mai 2014.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A_____.
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

La présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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