

EN FAIT

1. Madame J_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en janvier 1957, de nationalité portugaise s'est mariée en 1976 et a donné naissance à trois enfants: un fils décédé à la naissance en 1976 et deux filles, nées en 1980 et 1983. L'assurée est arrivée en Suisse en 1993.
2. L'assurée a suivi l'école obligatoire au Portugal. Elle a travaillé depuis avril 1994 en qualité d'employée de maison, chargée du nettoyage des logements, des salles de classe et de l'entretien du linge des élèves du Collège X_____. L'horaire de travail était de 40 à 45 heures par semaine, pour un salaire de CHF 3'400.-/ mois en 2004.
3. L'assurée a été en arrêt de travail à 100% depuis le 3 janvier 2005 et elle a été licenciée avec effet au 30 novembre 2005.
4. Elle a déposé le 12 avril 2006 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (l'OAI ou l'intimé), en raison d'une aponévrosite plantaire gauche rebelle et d'une compression du nerf du muscle abducteur du cinquième orteil, opéré le 23 mars 2006. Selon le Dr L_____, rhumatologue, l'assurée souffrait de tatalgie du pied gauche depuis l'automne 2003, une échographie ayant confirmé une tendinopathie nodulaire du fascia plantaire, traitée par ondes de choc et semelles, en mars 2004, puis par infiltration en décembre 2004, sans résultat. Le Dr M_____, chirurgien, a confirmé l'indication opératoire en suspectant une compression du nerf plantaire et l'opération a eu lieu le 23 mars 2006. La patiente avait moins de douleurs, mais de la peine à rester debout plus d'une heure. Elle était capable de travailler à 100% dans toute activité assise (rapport du 1^{er} juin 2006).
5. Le Dr N_____, généraliste et médecin-traitant, a mentionné dans la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des dépressions récidivantes, des migraines et un asthme allergique (rapport du 11 mai 2006).
6. Le SMR a conclu le 27 novembre 2006 que l'assurée disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sauf durant la période post-opératoire du 22 mars 2006 au 7 août 2006.
7. Par projet du 28 novembre 2006, l'OAI a envisagé de refuser un reclassement, le degré d'invalidité étant de 0,6%.

Sur ce, l'assurée a demandé une aide au placement le 20 décembre 2006 et a produit une attestation du Dr L_____ qui attestait que sa patiente souffrait d'une affection ostéo-articulaire qui entraînait des limitations de sa capacité de travail en position debout prolongée ou nécessitant une marche prolongée.

8. Par décision du 17 janvier 2007, l'OAI a refusé un reclassement mais a organisé une démarche de placement de l'assurée.
9. Selon le procès-verbal d'entretien du 16 février 2007, l'assurée bénéficiait d'indemnités de chômage depuis août 2006, s'estimait apte à travailler à 100% en tenant compte des restrictions (alterner les positions et position debout limitée).
10. A l'issue de la démarche de placement, l'assurée a été engagée à 100% dès le 1^{er} septembre 2007 pour une durée indéterminée par l'entreprise Y_____ SA au poste de manutentionnaire.
11. La Nationale Suisse, assurance perte de gain de l'employeur, a procédé le 4 mars 2010 à une communication à l'OAI, au titre de la détection précoce. L'assurée, employée à 100% en qualité d'ouvrière à la fabrication dans l'entreprise Y_____ SA, était incapable de travailler depuis le 23 juin 2009, en raison d'une arthropathie sterno-claviculaire gauche et elle a repris le travail à 50% en juillet ou en août 2009.
12. Depuis le printemps 2009, l'assurée souffrait de douleurs de l'épaule gauche irradiant vers la région sterno-claviculaire. L'infiltration pratiquée en août 2009 avait permis une amélioration significative des douleurs pendant quelques mois seulement (avis du Dr L_____ du 1^{er} mars 2010). L'IRM pratiquée en juillet 2009 confirmait la présence de signes dégénératifs manubrio-claviculaires gauches avec amincissement relatif et régulier du revêtement cartilagineux et stress mécanique osseux caractérisé par un œdème sous-chondral des deux berges osseuses jouxtant l'interligne articulaire. L'IRM de février 2010 du poignet gauche indiquait un élément modéré de tenosynovite du cubital postérieur et de la première gaine des extenseurs du poignet, une ébauche d'arthrose STT et de rhizarthrose.
13. L'assurée a déposé le 14 avril 2010 une demande de prestations d'invalidité, afin d'obtenir des mesures de réadaptation professionnelle.
14. Son salaire à 100% auprès de la chocolaterie était fixé à CHF 3'300.-/mois x 13, en 2008 et à CHF 3'400.-/mois x 13, en 2009, l'horaire de travail étant de 42h./semaine selon le rapport de l'employeur du 4 mai 2010.
15. Il ressort des rapports médicaux recueillis par l'OAI que :
 - a) l'assurée souffrait d'une arthrose sterno-claviculaire gauche depuis un an, impliquant des douleurs et empêchant le port de charges avec le bras gauche, l'assurée conservant une capacité de travail dans une activité sans usage de force ni mouvements répétés avec l'épaule gauche (avis du Dr O_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 26 avril 2010);

- b) l'assurée souffrait d'un état anxio-dépressif, de douleurs à l'épaule gauche, d'un syndrome d'apnée du sommeil et d'allergies multiples, avec une exacerbation de l'état anxio-dépressif, traité par Fluctine®, comprenant de la fatigue, en plus des douleurs à l'épaule gauche, et impliquant une capacité de travail réduite à 50%, avec une diminution de rendement de 20%, l'assurée étant limitée dans sa capacité de concentration et de résistance, en raison de l'état dépressif (avis du Dr N _____, généraliste, du 3 mai 2010);
- c) l'assurée souffrait de douleurs mécaniques du membre supérieur gauche comprenant une arthropathie de surcharge de l'articulation acromio-claviculaire et sterno-claviculaire gauche, une épicondylite à prédominance gauche, une ténosynovite du cubital postérieur au poignet ainsi que d'une rhizarthrose. Le pronostic était réservé chez une patiente qui souffrait de douleurs ostéo-articulaires multiples et récidivantes, en relation avec une baisse du seuil de douleur, dans un contexte psychosocial difficile. Les douleurs des membres supérieurs étaient entretenues par des mouvements répétitifs des épaules et des bras pour déplacer les plateaux de chocolats et faire des mouvements répétitifs avec les poignets. La prise d'antalgique, la physiothérapie et des infiltrations permettaient des soulagements transitoires, mais à court terme et permettaient le maintien d'une capacité de travail à 50%, pour l'instant. Il était souhaitable que l'assurée puisse changer d'activité professionnelle pour une activité de manutention légère sans mouvement répétitif des membres supérieurs avec possibilité d'alterner les positions assise et debout (avis du Dr L _____ du 20 mai 2010);
- d) l'assurée souffrait d'un trouble dépressif majeur récurrent depuis mars 2008, d'abord traité depuis 1997 par le Département de psychiatrie des HUG, avec une hospitalisation dans un CTB, lors d'un premier épisode dépressif mélancoliforme en 1997-1998. L'assurée était sous traitement antidépresseur constant depuis lors, du fait des fluctuations de son humeur, avec de probables états mixtes répétitifs, mêlant symptômes hypomaniaques et dépressifs. En mars 2008, suite à une maladie cancéreuse grave de son mari, l'assurée a présenté une rechute dépressive sévère en réaction, à laquelle s'ajoutaient une aggravation des symptômes rhumatismaux et un climat familial conflictuel. Aux syndromes dépressifs connus s'ajoutait une composante anxieuse. Les symptômes étaient : asthénie, anxiété, angoisse, aboulie, rumination morbide, anhédonie, troubles du sommeil et brachialgie. L'assurée se présentait en minimisant ces troubles, se défendant contre l'angoisse par la dérision, ce qui était une défense hypomaniaque. L'assurée était traitée par un suivi psychothérapeutique avec séance tous les quinze jours, un traitement de Fluoxetine remplacé par de l'Efexor. L'incapacité était prioritairement causée par la maladie rhumatismale et les fluctuations de l'humeur se surajoutaient et péjoraient l'incapacité. L'assurée était capable de travailler à 50% depuis juillet 2009 (avis du Dr R _____, psychiatre, du 21 mai 2010).

16. Selon le rapport d'évaluation du service de réadaptation du 28 mai 2010, l'assurée n'entrevoit pas d'autres pistes professionnelles, ayant déjà eu de la difficulté à retrouver un emploi, compte tenu de son atteinte antérieure et de son âge, qu'elle parvenait à maintenir à 50%, pour ne pas être licenciée. Elle ne se sentait pas capable de suivre un cours, en raison de problèmes de mémoire, et du fait qu'elle devait rester à disposition de son mari, atteint d'un cancer. En conclusion, une adaptation du poste de travail n'était pas envisageable, en raison de la multiplicité des activités dans le poste de travail de l'assurée et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, la poursuite d'une activité à 50% constituant, pour le moment, la mesure la plus adaptée pour maintenir une capacité de travail sur le long terme.
17. Le SMR a suggéré une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, confiée au Dr P _____ et à la Dre Q _____.
18. Le rapport d'expertise médicale rhumatologique et psychiatrique du 16 septembre 2010 des Drs P _____ et Q _____ est fondé sur le dossier médical, l'examen de l'assurée du 6 septembre 2010, les documents radiologiques et un entretien téléphonique avec le psychiatre-traitant le jour de l'examen. L'anamnèse est détaillée et relate le premier épisode dépressif datant de mai 1998, ainsi que la stabilité psychique décrite par l'assurée jusqu'à l'opération de son mari en 2008, l'assurée mentionnant alors la survenance de cauchemars, partiellement soulagés par la prise de Temesta®, une prise en charge auprès du Dr R _____ datant de cette époque. S'agissant des plaintes de l'assurée, du point de vue rhumatologique, il s'agissait de douleurs mécaniques, d'algies lors d'efforts de l'épaule se propageant jusqu'à la musculature paraclaviculaire pour se terminer à l'articulation sterno-claviculaire de ce côté, ayant tendance à se prolonger à tout le membre, jusqu'au poignet et à la base du pouce du côté gauche, aggravées lors des efforts mettant à contribution le membre supérieur gauche et lors de port de charges. Les gonalgies et les douleurs aux membres inférieurs survenaient de manière mécanique, aux efforts, après une certaine durée de position debout prolongée et lors de marches sans instabilité ni lâchage. Du point de vue psychiatrique, lorsqu'elle était questionnée spécifiquement, l'expertisée répondait qu'elle souffrait d'angoisses et d'une tristesse permanentes, mais spontanément, elle parlait essentiellement de son mari. Un examen clinique somatique complet a été effectué. L'entretien avec le psychiatre a duré 1h.40 et l'assurée, souriante et gaie, pleurait lorsqu'elle abordait les événements difficiles de son existence (mort d'un frère, tentatives de sa fille et de sa belle-sœur, décès du premier enfant, maladies d'un frère et de son mari).

Les médecins ont retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'arthro ténosynovites chroniques sterno-claviculaire et du membre supérieur gauche; arthrose du carpe et rhizarthrose de la main gauche; mais aucun sur le plan psychiatrique. Étaient sans répercussion sur la capacité de travail des rachialgies, gonalgies et podalgies; une personnalité dépendante, actuellement non

décompensée ainsi qu'un status post-antécédent d'atteinte dépressive en 1998, actuellement en rémission.

Du point de vue somatique, l'examen ne montrait aucune limitation fonctionnelle manifeste, avec des douleurs à la palpation sterno-claviculaire gauche allant jusqu'au bout du membre supérieur gauche. La force de préhension était légèrement diminuée à gauche. L'expert a retenu un handicap fonctionnel modeste, tout en précisant que la situation reflétait un état particulièrement défavorable car l'assurée évitait toute sollicitation importante de son membre supérieur gauche. Ainsi, toute activité lourde ou sollicitant de manière excessive le membre supérieur gauche était susceptible de décompenser les arthroses synovites localisées comme en témoignait l'évolution de la pathologie et l'incapacité de travail partielle qui perdurait depuis plus d'un an. Ainsi, même si l'activité d'ouvrière en chocolaterie n'était pas formellement contre-indiquée, il était à craindre que tout effort important exacerbe les douleurs, de sorte qu'une diminution de rendement de 50% était à prévoir dans l'activité actuelle. Sur la durée, une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs et prolongés du membre supérieur gauche, semblait nettement préférable, avec une capacité de travail entière. Une adaptation du poste de travail et des outils utilisés était souhaitable sur le plan ergonomique, afin de limiter un éventuel risque de récurrence douloureuse.

Du point de vue psychiatrique, l'expert a relevé que l'assurée était fragilisée face aux événements difficiles de son existence, mais refusait d'aborder ces sujets avec son psychiatre dans le but d'accepter ces pertes, ce qui confirmait d'une part qu'elle ne trouvait pas sa position si inconfortable et d'autre part que cette souffrance n'était pas intolérable. L'évaluation des critères de dépression au sens des classifications internationales ne montrait actuellement pas de signe dépressif, mais le status correspondait à celui d'une personnalité dépendante, l'assurée entretenant des attentes importantes quant aux personnes de son entourage, mais sans décompensation. Face à l'exigibilité professionnelle, la souffrance et la tristesse de l'assurée n'étaient pas contestées, mais il s'agissait d'observations d'ordre psychosocial. Le trouble de la personnalité n'était pas décompensé et aucune atteinte psychiatrique à la santé ne motivait une réduction de l'exigibilité professionnelle. L'expert a relevé que ses conclusions n'étaient pas incompatibles avec celles du Dr R_____, qui retenait que l'incapacité de travail de 50% était en priorité causée par la maladie rhumatismale, ce qui appuyait le fait qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail de 50% sur le plan psychiatrique.

19. Le SMR a conclu le 7 février 2011 que l'incapacité de travail à 50% depuis le 1^{er} juillet 2009 était justifiée, mais que l'assurée disposait d'une capacité totale de travail depuis lors, dans une activité adaptée, sans port de charges de plus de 10 kg, sans mouvements répétitifs et prolongés du membre supérieur gauche, capacité que l'OAI devait faire traduire en termes de métier, par son service de réadaptation.

20. Par projet du 4 avril 2011, l'OAI envisage de refuser toute prestation, le degré d'invalidité étant de 0%.
21. Représentée par ASSISTA TCS, l'assurée a formulé des observations, faisant notamment valoir qu'une IRM lombaire du 14 avril 2011 a montré un rétrécissement du canal lombaire en L4-L5 aggravé par une discopathie protrusive et hypertrophie modérée des facettes articulaires postérieures, impliquant une aggravation de l'état de santé ne lui permettant pas d'envisager une activité professionnelle de plus de 50%. Elle a produit les avis médicaux des Drs R_____, O_____ et L_____, selon lesquels le trouble dépressif jouait un rôle important dans l'incapacité de travail de 50%, qui perdurait encore, malgré un traitement régulier et une médication appropriée, l'intrication des symptômes physiques et psychiques constituant l'incapacité (rapport du Dr R_____ du 12 avril 2011); elle souffrait d'une arthrose sterno-claviculaire et d'une cervicarthrose étagée, une évolution vers des douleurs chroniques étant à craindre (rapport du Dr O_____ du 27 avril 2011). L'assurée souffrait d'atteintes dégénératives articulaires évolutives récurrentes depuis plusieurs années (arthropathie sterno-claviculaire gauche chronique, tendinopathies récurrentes au niveau des coudes et de l'épaule, poussées de rhizarthrose et tendinite de De Quervain) ainsi que des lombalgies épisodiques sur périarthrite de la hanche gauche associée à un canal lombaire étroit avec protrusion discale en L4-L5, l'évolution de l'état de santé étant caractérisée par des poussées aiguës récurrentes, l'assurée tentant de maintenir une capacité de travail de 50% dans une activité contraignante. L'assurée souffrait depuis plus de deux mois de lombalgies importantes résistant au traitement conservateur, en plus des douleurs habituelles aux membres supérieurs. La capacité réduite de travail était probablement liée au problème articulaire principalement au niveau de l'épaule et le pronostic était sombre au vu des atteintes dégénératives multiples et de la fréquence des crises douloureuses, qui ne lui permettaient pas de dépasser 50% d'activité qui restait la limite supportable, cette capacité demeurant possible grâce aux traitements médicaux réguliers (avis du Dr L_____ du 10 mai 2011).
22. Par décision du 8 décembre 2011, l'OAI a confirmé son projet et refusé à l'assurée toute prestation, le taux d'invalidité étant nul. Le revenu sans invalidité a été fixé à CHF 43'810.-, soit le salaire perçu en 2008 actualisé en 2010. Le salaire avec invalidité de CHF 47'212.- a été fondé sur les ESS 2008, TA 1, femme, niveau 4, indexé à 2010, avec une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles.
23. Par pli du 25 janvier 2012, l'avocate de l'assurée a formé recours et sollicité un délai pour compléter son écriture.
24. Par pli du 9 mars 2012, l'assurée, représentée par son avocate, a complété son recours. Malgré l'expertise et le rapport du SMR du 7 février 2011, la capacité de travail n'a pas été traduite en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation.

De plus, vu que son état de santé s'était aggravé suite à l'expertise du 16 septembre 2010, l'assurée n'était plus capable de travailler à plus de 50%. Elle a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et a produit une attestation du Dr L_____ du 21 février 2012, qui manifestait son étonnement face à la décision de l'OAI. Depuis 2004, la progression des atteintes dégénératives évolutives était de plus en plus handicapante. Malgré la limitation de son temps de travail à 50%, l'assurée présentait de multiples douleurs ostéo-articulaires avec décompensations régulières justifiant de nombreux traitements. Elle l'avait consulté 18 fois durant l'année 2011. L'aggravation des lombalgies avait mis en évidence un rétrécissement du canal lombaire au niveau L4-L5 aggravé par une discopathie protrusive et hypertrophie des facettes articulaires. L'assurée avait ensuite présenté une décompensation d'une périarthrite de la hanche droite nécessitant de nouvelles infiltrations. Durant l'automne 2011, elle avait présenté de multiples décompensations de douleurs cervicales, de l'épaule gauche ainsi que de lombalgies et elle souffrait, depuis début 2012, de douleurs au genou gauche en relation avec une gonarthrose symptomatique. Il s'agissait d'une assurée courageuse et volontaire, tenant absolument à continuer son travail à 50% au prix de souffrances et de nombreux traitements, l'après-midi étant dédié au temps de récupération de sa fatigue et de ses douleurs. Il était donc illusoire de croire qu'elle puisse dépasser une capacité de travail de 50%, même dans une activité adaptée.

25. Par pli du 10 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. D'une part, la contradiction entre les conclusions de l'expertise et celles du médecin-traitant de la recourante ne permettait pas en soi de remettre en question les conclusions de l'expertise, effectuée sur la base d'une analyse complète de la situation médicale - objective et subjective. D'autre part, aucune preuve d'une aggravation notable de l'état de santé n'était apportée par le rapport du Dr L_____, les éléments médicaux cités dans son courrier ayant été pris en compte par les experts.
26. Par pli du 11 mai 2012, l'avocate de l'assurée a sollicité la comparaison personnelle de sa cliente, ainsi que l'audition de son psychiatre.
27. L'audience appointée le 12 juin 2012 a dû être annulée car tous les juristes de l'OAI étaient en formation. Celle du 26 juin aussi, car l'assurée partait en vacances du 25 juin au 26 juillet 2012 et celle du 28 août également car l'assurée traversait une période particulièrement difficile avec des idées noires et de fortes angoisses, son conseil estimant alors qu'en présence d'un rapport médical détaillé du psychiatre de l'assurée, l'audition de cette dernière n'était plus nécessaire.
28. Entretemps, l'assurée a produit un rapport du Dr R_____, psychiatre traitant, du 18 juillet 2012, commentant l'expertise du 10 septembre 2010. S'agissant du status clinique, le terme "thymie fortement labile" pouvait être remis en question, car l'assurée mettait en place des défenses masquant les aspects dépressifs qui ne se manifestaient que lorsque les défenses se fragilisaient, cette évolution se retrouvant

à chacune des consultations. Une fois l'aspect dépressif dévoilé, les ruminations, l'aboulie, l'asthénie étaient mises en évidence. Aucun diagnostic, sauf une personnalité dépendante compensée, n'était posé par l'expert, alors que le Dr R_____ confirmait le diagnostic de trouble affectif majeur récurrent, qui était repris dans la CIM 10 comme un trouble dépressif récurrent F33. Alors que l'anxiété avait été relevée par l'expert, il ne retenait pas de trouble anxieux, bien que la patiente présente de l'angoisse, des ruminations anxieuses quant à l'avenir et des cauchemars constants. S'agissant du diagnostic du trouble dépressif, il pouvait être contesté, mais il fallait avoir à l'esprit qu'il était actuellement recouvert par d'autres symptômes et traité par des médicaments, l'expertisée mettant en place par ailleurs des défenses qui pouvaient biaiser l'observation. S'agissant de l'appréciation de l'expert concernant la "tendance à amplifier la gravité" de ses difficultés, il ne s'agissait pas d'une stratégie consciente de la patiente pour influencer une décision en vue de l'obtention d'une rente, mais d'un mode d'expression imprégné par l'anxiété. De même, on ne pouvait pas affirmer que la souffrance de l'assurée n'était pas intolérable parce qu'elle refusait d'accepter les pertes vécues, car celles-ci étaient évoquées en consultation et car le refus durant l'expertise était un mode de protection d'une confrontation douloureuse avec ces événements, sans que l'on puisse juger que cela n'était pas inconfortable. S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité dépendante, le qualificatif de "non-décompensé" était inadéquat et ne relevait pas de la CIM. D'ailleurs, les troubles anxieux étaient souvent associés à cette pathologie et l'expert reconnaissait d'ailleurs, entre les lignes, l'existence d'une souffrance en lien avec la crainte de l'abandon. Le médecin était également en désaccord avec l'expert sur la capacité de l'assurée d'élaborer ces troubles, car une pathologie installée depuis l'âge adulte nécessitait un traitement soutenu et de longue durée. Dans le cas de l'assurée, il était peu probable que les traits pathologiques de personnalité soient corrigés, l'objectif du traitement étant d'atténuer les symptômes. Il s'agissait bien de troubles psychiatriques avérés et sévères, et non pas d'ordre psychosocial.

En conclusion, le trouble de la personnalité, le trouble anxieux qui lui était associé et le trouble dépressif récurrent aujourd'hui en partie traité et contenu par les défenses psychologiques avaient, selon le Dr R_____, des répercussions directes sur la capacité de travail de l'assurée : fatigabilité, trouble de la concentration, aboulie, anxiété et rumination constante altéraient les compétences et la constance professionnelle de l'assurée. Tout en reconnaissant que le trouble de la personnalité nécessitait un encadrement particulier au travail, ce qui impliquait qu'il admettait la réalité de l'influence de ce trouble, l'expert la minimisait dans une appréciation édulcorée. Ce trouble avait des conséquences sur la capacité de travail de l'assurée qui montrait sa volonté sincère de maintenir un poste à 50%, alors que ses efforts pour ne pas être envahie par le découragement, l'angoisse et ses douleurs, étaient coûteux en énergie psychique, ce qui expliquait cette limite à 50%,

au-delà de laquelle elle ne pourrait que s'épuiser et tomber dans une incapacité totale.

29. La Dresse S_____, du SMR, a rétorqué le 2 août 2012 que les commentaires du Dr R_____, en tant que psychiatre traitant, ne faisaient valoir ni aggravation, ni nouvelle atteinte, de sorte que les conclusions précédentes étaient valables. Le SMR connaissait les classifications internationales tout comme les experts mais le psychiatre traitant ne connaissait pas le terme de décompensation d'une personnalité ou d'un trouble de la personnalité.
30. Interrogé par la Cour sur la fréquence des consultations, la médication et l'incapacité de travail sur le plan psychique uniquement, le Dr R_____ a précisé le 18 septembre 2012 que les consultations avaient lieu tous les quinze jours durant ces six derniers mois, sans aucune absence, que la médication était Remeron® 30mg/j et Temesta® 15mg en cas d'insomnies, sans dosage sanguin, l'assurée présentant une compliance optimale, sa présence régulière aux consultations et le travail psychologique effectué dans les séances en étant la meilleure preuve. Il était difficile de chiffrer la part psychologique et psychiatrique dans l'incapacité de travail. Depuis son rapport de mai 2010, son appréciation a évolué et il pensait aujourd'hui que l'élément dépressif était plus important qu'il ne le pensait deux ans auparavant, souvent masqué par une défense psychologique. Il était permanent depuis plus de deux ans, voire depuis la première décompensation en 1998, résistant aux médicaments car intégré dans la personnalité. S'il fallait vraiment le mesurer, il formulerait la part incapacitante de l'élément dépressif à 40% avec un pronostic sévère.
31. Les parties ont été informées le 20 décembre 2012 que la suite de la procédure était réservée et la Cour a ensuite estimé qu'une expertise bidisciplinaire était indispensable, au vu des divergences entre les avis somatiques et psychiatriques du SMR d'une part et des Drs L_____ et R_____ d'autre part, les objections de ces derniers quant à une capacité de travail entière de l'assurée dans une activité adaptée étant suffisamment documentée pour que la Cour ne soit pas en mesure de se déterminer.
32. Les 24 janvier et 4 février 2013, les parties ont indiqué qu'elles n'avaient pas de motif de récusation ni questions complémentaires à poser aux experts.
33. Par ordonnance du 18 février 2013, la Cour de céans a mandaté les Drs T_____, rhumatologue, et U_____, psychiatre, pour procéder à une expertise bidisciplinaire de l'assurée. L'expertise remise le 9 juillet 2013 est fondée sur l'étude du dossier, un examen clinique rhumatologique et deux examens cliniques psychiatriques, d'une durée totale de deux heures, suivi d'un contact avec la nouvelle psychiatre-traitante, la Dresse V_____. Le rapport contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, mentionne les plaintes et les données de

la patiente, ainsi que les constatations objectives, tant du point de vue psychiatrique que rhumatologique et décrit les examens radiologiques. Les experts ont retenu les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et d'anxiété généralisée (F41.1) ainsi que de troubles dégénératifs de l'articulation sterno-claviculaire gauche, de coxarthrose débutante bilatérale, de périarthrite de la hanche droite et de rizarthrose gauche débutante, chez une assurée droitière. Après avoir procédé à une discussion du cas, les experts ont répondu de façon consensuelle aux questions posées. La recourante souffrait de troubles psychiques depuis 1978 et, au moment de l'expertise, l'incapacité de travail était de 50% dans toute activité en raison d'un trouble dépressif suffisamment prononcé et d'un trouble anxieux devenu chronique. S'il était difficile de dater le début de cette incapacité de travail, les experts retenaient finalement la date de septembre 2012, correspondant au courrier du Dr R_____, faisant état d'un changement dans son appréciation concernant la gravité de l'état psychique. En raison des mouvements répétés avec le membre supérieur gauche, la capacité de travail était de 50% dès le 1^{er} juillet 2009 dans l'activité actuelle d'aide à la fabrication dans une chocolaterie mais, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 100% dans une activité légère respectant les limitations retenues. En conclusion, la survenance de l'incapacité de travail durable datait du 1^{er} juillet 2009 du point de vue rhumatologique et du 1^{er} septembre 2012 du point de vue psychiatrique. Dans l'activité actuelle, l'incapacité de travail était de 50% depuis juillet 2009, globalement, et sans changement. Dans une activité légère adaptée aux limitations fonctionnelles (port de charge, activité et mouvements répétés avec les membres supérieurs, surtout à gauche et en élévation, position debout prolongée et gestes fins répétés de la main gauche), la capacité de travail était entière mais, depuis septembre 2012, elle était limitée dans toute activité à 50%, en raison des limitations d'ordre psychique, qui étaient générales, et indépendantes du contexte professionnel. La diminution de rendement était comprise dans la diminution de la capacité de travail. Les chances de succès de réadaptation étaient faibles, en raison de l'âge de l'assurée, de l'absence de formation professionnelle et du fait que les limitations fonctionnelles interférant déjà avec l'activité actuelle seraient encore plus prononcées en cas de procédure de réadaptation professionnelle.

34. L'expert psychiatre a répondu ainsi aux questions complémentaires posées par la Cour de céans. Il n'était pas établi, au vu des rapports contradictoires du Dr R_____ et des constatations de l'expertise de la Dresse Q_____ de septembre 2010 que le trouble dépressif ait été en soi incapacitant jusqu'en septembre 2012. Il n'y avait donc pas, entre juillet 2009 et septembre 2012, d'incapacité de travail démontrée pour motif psychiatrique dans une activité qui aurait été adaptée à l'état physique. Ainsi, l'incapacité de travail était de 50% depuis juillet 2009 dans l'activité habituelle, pour motif somatique. Dès septembre

2012, l'incapacité de travail de 50% était généralisée à toute activité, même adaptée du point de vue physique, et cela en raison des troubles psychiques.

35. Par pli du 9 septembre 2013, l'OAI a conclu au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, dans la mesure où la détérioration de l'état de santé avait été constatée récemment, en juillet 2013. Il convenait donc d'instruire plus avant le caractère durable de cette dégradation. La décision de refus datant du 8 décembre 2011, elle était bien fondée et devait être confirmée. L'avis du SMR du 2 septembre 2013 était joint. La Dresse S_____ relevait que, bien que l'expertise bidisciplinaire des Drs Q_____ et P_____ était convaincante, la Cour avait décidé d'ordonner une expertise judiciaire. Après avoir procédé à des commentaires généraux sur cette expertise, elle relevait l'aggravation de l'état de santé depuis septembre 2012 qu'il convenait d'instruire pour voir si elle était durable.
36. Par pli du 9 septembre 2013, l'assurée a fait valoir que son incapacité de travail dans toute activité devait être fixée à 50% dès juillet 2009. En effet, pour des raisons psychiques, elle n'avait pas la possibilité d'entreprendre une réadaptation professionnelle. Si par impossible la Cour retenait la possibilité d'exercer une activité adaptée rétroactive pour la période de juillet 2009 à septembre 2012, il convenait encore de traduire en termes de métier cette activité dite adaptée et tenir compte d'une déduction globale de 25% sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'âge, des années de service, du taux d'occupation et de la seule activité légère possible.
37. Le 30 octobre 2013, l'assurée a encore transmis à la Cour un rapport d'IRM cervical illustrant des discopathies dégénératives modérées C5-C4 et C6-C7, qui a été soumise à la Dresse T_____, afin de savoir si cette IRM modifiait ses conclusions. Par pli du 12 novembre 2013, la Dresse T_____ a précisé que les discopathies dégénératives ressortant de l'IRM étaient compatibles avec l'âge et n'étaient pas toujours associées à des symptômes. Si elle avait eu l'IRM à disposition lors de l'expertise, tant les diagnostics que les limitations fonctionnelles et la capacité de travail auraient été inchangés.
38. Dans le délai fixé pour se déterminer sur ce nouvel élément, les parties ont persisté par plis des 19 novembre et 3 décembre 2013.
39. Sur ce, la cause 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. 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 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, 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 (ATFA non publié 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 l'assurée à des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.
6. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

7. 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; ATFA non publié 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

8. 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).

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).

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).

9. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou

encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

d. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

10. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable.

11. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la

contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (ATF non publié 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1).

L'extension de l'objet de la contestation ne peut pas conduire à inclure dans le litige une question qui a déjà été jugée par une décision entrée en force et à remettre celle-ci en cause, au-delà d'un examen sous l'angle des conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (ATF non publié 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.3).

12. En l'espèce, l'expertise des Dr T _____ et U _____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Leur rapport se fonde sur deux examens médicaux de l'assurée et une anamnèse précise, il est établi en pleine connaissance de l'ensemble du dossier, les questions litigieuses importantes ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, les conclusions des experts sont bien motivées, claires et étayées et ils ont précisé celles-ci à la demande de la Cour de céans. D'ailleurs, ni la recourante, ni l'intimé ne remettent en cause la valeur probante et les conclusions de l'expertise. Il est ainsi établi que l'assurée est incapable de travailler à 50% depuis le 1^{er} juillet 2009 dans son activité habituelle, mais dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charge, activité et mouvements répétés avec les membres supérieurs, surtout à gauche et des deux côtés en élévation, position debout prolongée et gestes fins répétés de la main gauche). Dès septembre 2012, elle est incapable de travailler à 50% dans toute activité en raison de la sévérité des troubles dépressifs et anxieux et elle n'a pas la capacité d'entreprendre des mesures de

réadaptation professionnelle, en raison de son état psychique et de ses limitations fonctionnelles.

13. Il convient donc en premier lieu de calculer le taux d'invalidité de la recourante dès juillet 2010, à l'issue du délai de carence d'un an dès le mois de juillet 2009, afin de déterminer son droit à une rente dès le 1^{er} octobre 2010, à l'échéance de la période de 6 mois dès le dépôt de la demande le 14 avril 2010. Le salaire de l'assurée, à plein temps, était de CHF 3'400.- x 13 en 2009 selon l'attestation de l'employeur du 4 mai 2010. Après l'atteinte à la santé et la réduction de l'horaire de travail de 42 h. à 22,5 h., son salaire a été fixé à CHF 3'060.- x 13 dès le mois d'octobre 2009. On ne peut pour autant en déduire que sans atteinte à la santé, en continuant à travailler à 100%, l'assurée aurait alors vu son salaire fixé à CHF 5'700.- (CHF 3'060.-/. 22,5 h. x 42 h.). Ainsi le revenu de 2009 avant l'invalidité (CHF 3'400.- x 13 = CHF 44'200.-), réévalué à 2010 s'élève à CHF 45'128.-. L'OAI s'est fondé sur l'ESS, TA1, global, niveau 4 pour fixer le salaire avec invalidité. En 2010, pour 41,6 heures d'activité, ce salaire s'élevait à CHF 52'728.-. La recourante fait valoir qu'avant de fixer le salaire d'invalidité, l'OAI aurait dû déterminer quelle était l'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les experts ont retenu que l'activité habituelle n'était pas exigible à plus de 50% en raison des limitations fonctionnelles, en particulier les mouvements répétés avec le membre gauche, les gestes fins répétés avec la main gauche. A ces limitations concernant son activité habituelle s'ajoutent les mouvements répétés des deux membres supérieurs en élévation, le port de charges et la station debout prolongée.

Le Tribunal fédéral confirme souvent que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations d'épargne classiques du rachis (pas de port de charges supérieur à 10 kg de façon répétitive, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc de façon répétitive ou contre résistance, pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, diminution du périmètre de marche à 20 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, possibilité d'alterner les positions assise/debout au minimum deux fois par heure, pas d'activité en terrain instable, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité en hauteur, pas d'exposition à des machines ou outils provoquant des vibrations dans le cas de l'arrêt cité 9C_279/2008), ce qui permet à l'OAI de se fonder sur l'ESS, TA1 global, niveau 4. Dans le cas d'espèce toutefois, la recourante – outre les limites concernant le port de charge et la station debout prolongée - est non seulement limitée en élévation et en répétition avec les deux membres supérieurs, mais elle est plus gravement limitée avec son membre supérieur gauche, pour les mouvements amples, de force et les gestes fins, de sorte que même si elle est droitrière, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'un nombre suffisant d'activités ressortant de l'ESS précité soient compatibles avec ses limitations. En effet, sans formation et sans expérience, l'assurée n'a accès qu'à des métiers manuels, simples et répétitifs et la Cour ne saurait retenir sans un examen approfondi par le service de la réadaptation

que l'assurée est en mesure de travailler à plus de 50% dans l'industrie légère, puisque tel n'est pas le cas dans une fabrique de chocolat.

Au surplus, compte tenu de l'âge de l'assurée, de la seule activité légère possible, des importantes limitations et du nombre d'années d'activité dans la chocolaterie, il se justifiera de plus, pour autant qu'une activité mieux adaptée que celle actuellement exercée existe, de retenir un abattement supplémentaire de 25% sur le salaire d'invalidé.

Finalement, il est établi par l'expert psychiatre que l'assurée n'a plus les ressources psychiques pour changer d'activité, le cas échéant se soumettre à des mesures de réadaptation. D'ailleurs, dans la mesure où l'assurée parvient difficilement et courageusement à assumer son emploi à 50%, il n'est pas envisageable de la soumettre, pour le 50% restant, à un stage d'observation, sauf limité à quelques demi-journées éparses sur plusieurs semaines. Cela étant dit, l'expertise n'établit pas qu'en 2010 déjà, l'état psychique de l'assurée l'aurait empêchée de changer d'activité, de sorte que la Cour ne peut pas retenir que l'assurée était alors déjà invalide à 50%. Pour l'ensemble de ces motifs, la cause devra être renvoyée à l'OAI afin qu'il détermine quelles activités étaient objectivement et raisonnablement exigibles de l'assurée en 2010, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par les experts, puis fixe le cas échéant le salaire dans ces branches-là, afin de calculer le taux d'invalidité et le droit à la rente dès le 1^{er} octobre 2010, après abattement de 25%.

14. En second lieu, si la dégradation de l'état de santé psychique a été confirmée lors de l'expertise du 9 juillet 2013, elle remonte cependant en tout cas à septembre 2012 selon les experts, voire à une date antérieure. En effet, le Dr R_____ a mentionné en septembre 2012 qu'il avait dû revoir son appréciation de la sévérité de l'état dépressif de sa patiente, sans mentionner toutefois une aggravation qui daterait de septembre 2012. En mai 2012, le Dr R_____, qui suivait l'assurée depuis une année entière, estimait que l'incapacité était prioritairement causée par la maladie rhumatismale. En avril 2011, il relevait que l'expertise n'avait pas pris en compte la maladie psychiatrique dont il avait fait état dans son rapport du 21 mai 2010, sans mentionner d'aggravation. En juillet 2012, il a clairement exposé, de façon documentée, les motifs pour lesquels le trouble dépressif et l'anxiété impliquaient une incapacité de travail de 50%. Il est ainsi fort probable que, si la Cour de céans avait interrogé le Dr R_____ en mai 2012, au début de la procédure, ce psychiatre aurait donné les mêmes réponses que celles qu'il a faites en septembre 2012. Or, c'est sur la base du courrier du Dr R_____ du 18 septembre 2012 que l'expert judiciaire détermine que l'état dépressif est incapacitant dès cette date. On comprend cependant des explications de l'expert qu'à défaut de rapport médical plus circonstancié antérieur à celui de septembre 2012 (le cas échéant juillet 2012), il ne peut pas retenir avec certitude que l'état psychique était incapacitant avant cette date. Si l'on peut regretter que l'expert

judiciaire retienne une aggravation postérieure à l'expertise de la Dresse Q_____, puisque, dans le même temps, il relève avec pertinence que cette experte mandatée par l'OAI a ignoré la présence d'un trouble dépressif, tout en retenant les symptômes y relatifs et a écarté d'un revers de la main un trouble anxieux, qui était pourtant relevé, à défaut de date mieux documentée, il convient de retenir avec l'expert que l'assurée était, en tout cas, incapable de travailler à 50%, dans toute activité, en raison d'un trouble psychique depuis le mois de septembre 2012, voire depuis le mois de juillet 2012.

Cela étant dit, lors du rapport d'expertise de juillet 2013, l'assurée présentait donc une incapacité de travail durable depuis 10 à 12 mois. Lorsque la cause a été gardée à juger, en décembre 2013, l'atteinte psychique invalidante n'était donc pas récente, puisqu'elle datait de plus d'une année. En d'autres termes, le 1^{er} septembre 2013 au plus tard, à l'échéance du délai de carence d'un an, l'assurée était invalide à 50%. Il ne se justifie donc pas, contrairement à ce que soutient l'intimé, de lui renvoyer la cause pour examiner si l'incapacité de travail a été durable puisque cela a été établi au cours de la présente procédure.

15. A cet égard, l'objet de la contestation déterminé par la décision du 8 décembre 2011 est le droit à une rente d'invalidité à la date de ladite décision, soit en décembre 2011. Etant donné que la Cour de céans arrive à la conclusion, à la suite de l'instruction à laquelle elle a dû procéder, que la recourante a droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013, il convient d'examiner si les conditions d'une extension de l'objet de la contestation sont réunies.

Dans le présent cas, la question excédant l'objet de la contestation, à savoir le droit à une rente d'invalidité, est en état d'être jugée au vu de l'instruction menée à ce sujet par une expertise judiciaire établissant une telle invalidité. De plus, il existe un état de fait commun entre la question du droit à la rente en 2011 et celle d'un tel droit dès septembre 2013 puisque les mêmes causes sont invoquées dans les deux cas pour légitimer une incapacité de travail. En outre, l'intimé a été invité à se prononcer sur les résultats de l'expertise judiciaire et sur les questions complémentaires posées aux experts. Enfin, la question du droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013 n'a pas fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée, puisque l'intimé a considéré que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail et que cette décision a fait l'objet du recours. Par conséquent, pour des raisons d'économie de procédure et de cohérence, il se justifie d'étendre l'objet du litige au droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013.

16. En définitive, au vu de l'incapacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative, l'invalidité peut être fixée à 50 %. En effet, dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant

et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

Par conséquent, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er septembre 2013.

Cela étant, si l'instruction complémentaire de l'OAI devait aboutir à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2010, l'OAI devra alors faire application de l'art. 88a al. 2 RAI et fixer le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2012, soit trois mois après l'aggravation de l'état psychique remontant à septembre 2012.

17. Il convient enfin de déterminer si les frais de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'intimé.

Lorsque le Tribunal cantonal constate qu'une instruction est nécessaire et ordonne une expertise à la place d'un renvoi de la cause audit assureur, les coûts de l'expertise peuvent être supportés par l'assureur lorsque les résultats de l'instruction en procédure administrative non contentieuse n'ont pas de force probante et qu'un renvoi pourrait être envisagé aux fins d'instruction complémentaire mais qu'il convient d'y renoncer au regard du respect de la loyauté de la procédure (ATF 139 V 225 consid. 4.3 avec référence à l'ATF 137 V 210 consid. 4.4.1 et 4.4.2). Il convient d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

En l'espèce, au vu des importantes divergences entre l'appréciation de la Dresse Q_____ et du Dr R_____, qui faisait état d'éléments objectifs remettant en doute les conclusions de la Dresse Q_____, la Cour a dû ordonner une expertise psychiatrique. Compte tenu de l'appréciation divergente du Dr L_____ et du Dr P_____, la Cour a estimé utile de procéder à une expertise bidisciplinaire, incluant un volet rhumatologique. L'expertise de la Dresse T_____ rejoint les conclusions du Dr P_____. Par contre, l'expertise du Dr U_____ met en évidence les carences de celles de la Dresse Q_____, qui ne retient pas de troubles anxieux, malgré les manifestations cliniques et ne tire aucune conséquence des constatations faites quant à l'état dépressif de l'assurée.

Par conséquent, les coûts de l'expertise judiciaire du Dr U_____ (CHF 3'600.-) sont mis à la charge de l'intimé, à l'exclusion de ceux de la Dresse T_____, qui restent à la charge de l'Etat.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 8 décembre 2011 sera annulée, la recourante ayant droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013 et la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision pour la période antérieure. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, compte tenu du nombre d'écritures et de leur pertinence (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-, en sus des frais d'expertise susmentionnés.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision du 8 décembre 2011, en tant qu'elle refuse toute rente à l'assurée et dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2010.
4. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de CHF 3'000.- en faveur de la recourante.
5. Met à la charge de l'intimée un émolument de CHF 200.-, ainsi que le coût de l'expertise du Dr U_____ de CHF 3'600.-.
6. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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