

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3991/2013

ATAS/1290/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 décembre 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CORSIER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____1961, d'origine brésilienne, naturalisée suisse le 4 octobre 2006, a suivi des études universitaires à Rio de Janeiro (gestion d'entreprise et finances, philosophie). Elle a également obtenu un diplôme de comptabilité du Collège Piratininga et un diplôme en hautes études en littérature de l'Alliance française de Paris. L'assurée a été engagée depuis le 1^{er} mars 2000 par l'Hospice général en qualité de gestionnaire des données administratives et financières, puis au service d'action sociale en qualité d'assistance administrative. Son salaire mensuel s'élevait à CHF 7'251.70 depuis le 1^{er} janvier 2008.
2. L'assurée a déposé le 15 février 2008 une demande de reclassement auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), en raison de douleurs neuropathiques centrales et chroniques du cerveau.
3. L'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins ayant traité l'assurée. Le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué dans un rapport du 28 novembre 2007 que l'assurée présentait un état d'épuisement avec un rejet au niveau du travail. Il était nécessaire de l'éloigner de son lieu de travail afin de la remettre sur pied physiquement et psychologiquement.
4. Le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical en date du 1^{er} avril 2008. Il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F.32-11 selon la CIM-10) entraînant une incapacité de travail de 100 % depuis le 18 décembre 2007, ainsi que des névralgies depuis de nombreuses années, sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait des troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, de l'anxiété et de l'anxiété l'empêchant d'effectuer les tâches habituelles. Une reprise de travail à 50 % dès juin-juillet 2008 devait être évaluée. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. Une place de travail calme était nécessaire.
5. Dans un rapport du 21 avril 2008, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué un état anxio-dépressif depuis 2002. L'incapacité de travail est de 100 % depuis 2005. La patiente présente un épuisement et des troubles de concentration.
6. Dans un courrier du 24 avril 2008 le docteur E_____, médecine générale FMH, médecin conseil de l'Hospice général, a informé le service de santé de l'employeur qu'au vu de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée, un stage d'observation en milieu professionnel pourrait être tenté, à 50 %, pour déterminer quelle serait à terme sa capacité de travail réelle.

7. Par avis du 7 mai 2008, le SMR relève qu'au vu des documents, il semble s'agir d'un burn out et retient une capacité de travail nulle depuis le 12 novembre 2007 dans l'activité habituelle, et de 100 % dans une activité adaptée dès ce jour. Le 19 mai 2008, le SMR a précisé que l'activité habituelle est exigible, mais dans un cadre différent. Au vu de la fragilité de l'assurée, une reprise progressive est souhaitable (60 % au départ, avec augmentation progressive).
8. Le 5 juin 2008, le Dr E_____ indique que le stage auquel il pensait devrait être effectué dans le domaine habituel de l'intéressée, soit le secrétariat, avec une évaluation à intervalles réguliers des prestations professionnelles.
9. Par courrier du 30 juin 2008, l'assurée a démissionné de son poste de travail, invoquant la non-conformité de l'environnement envisagé (espace ouvert) avec ce que le médecin préconisait. En outre, son état de santé se dégradait.
10. Une aide au placement a été octroyée le 28 juillet 2008.
11. Par décision du 24 septembre 2008, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité, considérant que depuis le 24 juillet 2008, elle était apte selon le SMR à exercer son activité habituelle de collaboratrice administrative dans un cadre professionnel différent. Des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement n'étaient pas indiquées dans sa situation. L'OAI ajoutait : « si à l'échéance du délai d'attente d'une année, votre incapacité de gain persiste, nous vous prions de nous en informer par écrit en nous indiquant les nom et adresse de votre médecin traitant et, le cas échéant, de votre employeur ». Cette décision n'a pas été contestée.
12. En date du 21 septembre 2009, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OAI.
13. Le 4 novembre 2009, le Dr F_____ relève une petite lésion dans le pons du côté gauche, ainsi qu'une luxation méniscale de l'articulation temporo-mandibulaire objectivée à l'IRM.
14. Dans son rapport du 8 décembre 2009, reçu par l'OAI le 18 décembre 2009, le docteur G_____, médecine interne, a diagnostiqué d'importantes céphalées et algies faciales prédominant à gauche, des crises douloureuses invalidantes au niveau des membres inférieurs pouvant correspondre à un syndrome algique des jambes sans repos et un état dépressif et anxieux entraînant une incapacité de travail à 100 % dès le 23 février 2009, date à laquelle il avait examiné la patiente.
15. La doctoresse H_____, médecine physique et rhumatologie, a mentionné dans son rapport du 28 février 2010, les diagnostics de comitialité anamnétique, céphalées d'allure migraineuse de longue date, d'algies cervicales en relation avec des troubles statiques et dégénératifs cervicaux, de cyphose dorsale, d'insomnie sévère,

améliorée en 2006 avec prise de Lyrica accompagnée d'un état de grande fatigue diurne, de perte d'élan vital et état global de mal-être en présence d'un état dépressif récurrent, d'une perturbation en 2005 du traitement de l'information visuelle, d'algies scapulo-brachiales de survenue progressive sans facteur déclenchant connu accompagnées de paresthésies aux quatre membres et crampes aux jambes, raideur matinale, troubles digestifs, palpitations, le tout évoquant à posteriori le diagnostic de polyinsertionite. Elle n'était plus capable d'effectuer son métier de comptable assistante. La patiente était en arrêt de travail depuis 2009 par son médecin traitant.

16. Dans un rapport du 9 août 2010 à l'attention du docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, le professeur I_____, médecin-chef du service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie buccale des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'examen clinique a pu objectiver une luxation méniscale antérieure réductible des deux articulations temporo-mandibulaires ainsi qu'un syndrome myo-facial et a proposé une prise en charge mixte orthodontico-chirurgicale.
17. Au vu de la complexité du cas, le SMR Suisse romande a proposé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie, neurologie et psychiatrie) auprès du CEMed à Nyon.
18. Dans leur rapport du 28 décembre 2011, les experts du CEMed n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Ils ont considéré que du point de vue médical, l'épisode dépressif de 2007 avait été responsable d'une incapacité de travail à 100 % du 12 novembre 2007 au 11 juin 2008, puis à 50 % du 12 juin 2008 au 30 septembre 2008 et que dès le 1^{er} octobre 2008, la capacité de travail est entière.
19. Par projet de décision du 10 février 2012, l'OAI a informé l'assurée du refus de toutes prestations.
20. L'assurée, par courrier du 8 mars 2012, s'y est opposée, exposant que lors de l'expertise la question maxillo-faciale a été passée sous silence malgré le fait qu'elle l'a mentionnée à l'un des experts. Le Dr F_____ allait établir un rapport concernant la situation actuelle.
21. Dans un rapport daté du 16 mars 2012 à l'attention de l'OAI, le Dr F_____ a indiqué que la patiente souffre d'une affection douloureuse chronique invalidante qui va en totale contradiction avec les conclusions de l'expertise. En effet, durant les deux années de suivi clinique, médical et neurologique, il a pu constater à plusieurs reprises un état algique important qui a abouti à l'automne 2010 à une baisse de l'état général significative, alors que la compliance est optimale et que la patiente fait tous les efforts pour tenter de limiter les répercussions de ces douleurs et montre une résilience exemplaire dans les moments les plus difficiles. Selon le praticien, les experts n'ont pas su appréhender l'ampleur du problème douloureux

chez cette patiente. Par ailleurs, dans ce type d'affection médicale si spécifique, un recours à un expert de la sphère dento-maxillo-faciale s'avère notamment indispensable.

22. Par décision du 13 juillet 2012, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée, motif pris que le courrier du Dr F_____ n'apportait aucun élément nouveau et que son appréciation différait de celle des experts sans qu'aucun élément probant ne permette de remettre en question l'avis des experts du CEMed.
23. Par acte du 10 septembre 2012, l'assurée a interjeté recours, motif pris que l'examen clinique de l'articulation temporale gauche par le médecin neurologue a été extrêmement bref, que l'handicap lié au massif crânien a été minimisé, que l'examen facial n'a pas été complété. Sur le plan psychiatrique, elle contestait le diagnostic retenu par l'expert, estimant avoir droit à une expertise par un spécialiste en psychiatrie de son choix. La recourante considérait que l'expertise neurologique était incomplète et que l'instruction effectuée par l'intimé comportait des anomalies, l'intimé n'ayant notamment pas pris connaissance du résultat de l'IRM du 3 avril 2012 qui sera envoyée par le Dr F_____.
24. Par courrier du 10 septembre 2012, le Dr F_____ a communiqué à la chambre de céans deux rapports d'IRM pratiqués en date des 29 octobre 2009 et 3 avril 2012, cette dernière mettant en évidence, outre les constatations déjà faites en 2009, une irrégularité de la surface articulaire de l'ATM gauche, une luxation des ménisques, ainsi qu'une translation antérieure exagérée du condyle mandibulaire gauche par rapport au droit, aspects qui n'étaient pas présents en 2009. Selon le Dr F_____, l'ensemble de ces altérations constitue une maladie du système de la mastication, en particulier de l'articulation temporo-mandibulaire avec luxation du condyle et du disque. Il explique que l'expertise réalisée est incomplète, qu'à l'examen clinique l'ATM n'a pas été auscultée, de même que les douleurs n'ont pas été observées. Cette pathologie articulaire s'avère évolutive entre 2009 et 2012, les troubles de la mastication sont majeurs, comme il l'avait déjà mentionné dans son courrier du 16 mars 2012, et qu'ils ont des répercussions délétères sur l'alimentation de la patiente. Selon le Dr F_____, cet aspect devra désormais être analysé avec toute l'attention requise.
25. Par arrêt du 7 novembre 2012 (ATAS/1347/2012), entré en force, la chambre de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a considéré que les éléments médicaux figurant au dossier étaient insuffisants pour tirer des conclusions définitives quant à la capacité de travail de la recourante.
26. L'OAI a mandaté le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale, pour expertise. Dans son rapport du 15 août 2013, l'expert a diagnostiqué une luxation méniscale gauche réductive, un remaniement du condyle mandibulaire

gauche et une rétromandibulie. Selon l'expert, ce diagnostic est susceptible d'entraîner d'importantes répercussions fonctionnelles au niveau de la mastication et de l'alimentation, mais il n'a pas noté chez la patiente de limitation fonctionnelle. Elle présente essentiellement une symptomatologie algique, mais il existe une discrédance entre les découvertes cliniques et para-cliniques et l'importance de la symptomatologie décrite par la patiente. Ce type de problème peut entraîner une incapacité de travail, bien que dans la majorité des cas, tel n'est pas le cas. Une symptomatologie algique peut avoir au long cours d'importants effets sur l'état général et psychologique, pouvant aller jusqu'à une grave dépression qui, elle, aura de toute évidence une importante répercussion sur la capacité de travail. Cette dernière pathologie sortant du cadre de la spécialité de l'expert, il se réfère aux avis des différents spécialistes déjà consultés. Du point de vue maxillo-facial, il n'y a pas d'incapacité de travail, l'exigibilité est de 100 %. L'expert relève que les traitements n'ont pas permis une amélioration de la symptomatologie douloureuse, mais une arthrocentèse des ATM pourrait être tentée. Le cortège des symptômes décrits évoque plus une origine neurogène que fonctionnelle. Le pronostic ne lui semble pas favorable. Pour le surplus, il renvoie à l'avis des spécialistes.

27. Le 20 septembre 2013, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de refus de prestations, auquel l'assurée s'est opposée, contestant la valeur probante de l'expertise et l'impartialité de l'expert.
28. Par décision du 15 novembre 2013, l'OAI a refusé l'octroi de prestations d'invalidité à l'assurée. Se fondant sur les rapports médicaux et l'expertise du Dr J_____, l'OAI a constaté qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail de longue durée.
29. L'assurée a interjeté recours le 10 décembre 2013. Elle relève que l'expertise du Dr J_____ ne couvre pas l'étendue du syndrome dont elle souffre et demande un complément d'expertise. Elle explique que des demandes ont été faites par le Dr F_____ auprès de deux spécialistes à Paris, l'évaluation devant avoir lieu en mai.
30. Par réponse du 15 janvier 2014, l'OAI conclut au rejet du recours.
31. Par courrier du 6 février 2014, la recourante conclut à ce qu'elle puisse se prévaloir de son droit de déposer une évaluation faite par les spécialistes à Paris. Le 28 février 2014, elle a produit un certificat médical du Dr F_____ certifiant qu'elle souffre d'une affection médicale chronique constituée de périodes d'exacerbation, comportant des douleurs insomniantes, des troubles de la mastication et de l'alimentation, une imitation de l'expression orale et une diminution de sa mobilité.
32. Lors de l'audience de comparution personnelle du 21 mai 2014, la recourante a déclaré que la situation médicale n'était pas claire, raison pour laquelle le Dr F_____ a demandé une évaluation auprès de deux professeurs à Paris. Elle conteste la valeur probante de l'expertise du CEMed qui n'a pas considéré le

syndrome dans sa globalité. Chaque spécialiste a examiné la situation de son côté. Elle n'a pas pu reprendre d'activité. Elle a relevé avoir fait une première demande de réadaptation, ce qui a été refusé. Elle reproche à l'intimé d'avoir mal interprété sa demande, il a tout mis sur le compte d'une dépression et d'un burn out, alors qu'elle voulait autre chose. L'aide au placement lui a été accordée, mais chez le même employeur, au même poste et dans la même activité, ce qui ne pouvait pas marcher.

L'intimé a déclaré que la première demande a été faite en détection précoce.

Un délai a été imparti à le recourante pour produire le résultat des examens effectués à Paris.

33. En date des 30 juin 2014 et 15 juillet 2014, la recourante a communiqué divers documents, dont un courrier daté du 25 juin 2014 établi par le professeur K_____, service de médecine physique et de réadaptation aux Hôpitaux de Paris, attestant que le syndrome d'Ehlers-Danlos (SED) est évident, et un rapport du Dr F_____ du 14 juillet 2014, précisant que le SED est une maladie rare affectant les tissus conjonctifs, complexe et progressive pour laquelle il n'existe pas de spécialiste à Genève. L'affection médicale douloureuse et totalement invalidante nécessite de nouvelles investigations et le Dr F_____ demande à ce que cette affection soit reconnue invalidante par l'AI.
34. Invité à se déterminer, l'intimé se réfère à l'avis du SMR, daté du 24 juillet 2013, selon lequel il s'agit d'un nouveau diagnostic, sans évaluation des limitations fonctionnelles, de sorte qu'il n'y a pas de raison de s'écarter des expertises.
35. Le 25 août 2014, la cause a été gardée à juger.
36. Le 29 août 2014, la recourante a informé la chambre de céans que « le docteur K_____ donne suite à la cause » et le 13 novembre 2014, elle souligne qu'un des médecins a demandé l'obtention de son dossier et que des examens plus complexes sont en cours.
37. Cette écriture a été communiquée à l'intimé le 17 novembre 2014.

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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 5 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).
3. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

La chambre de céans relève préalablement que la recourante avait déposé une première demande le 15 février 2008, visant à un reclassement professionnel, qui a été rejetée par l'intimé (décision du 24 septembre 2008). A teneur de ladite décision, le droit à une rente d'invalidité a été également refusé.

Par conséquent, la demande déposée par l'assurée le 3 novembre 2009 doit être examinée sous l'angle de la révision.

4. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).
5. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b

et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

b) Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

c) Selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifié de manière à influencer ses droits.

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. 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 sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).
10. En l'espèce, à l'appui de sa demande, la recourante a fait valoir qu'elle s'était inscrite au chômage le 1^{er} octobre 2008, qu'elle faisait assidûment ses recherches d'emploi, mais qu'une importante incapacité de travail subsistait.

Il résulte des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante a été en incapacité de travail totale depuis le 23 février 2009 (cf. rapport des Drs F_____, G_____, H_____). L'évolution a été défavorable surtout depuis 2008, avec des limitations fonctionnelles depuis 2008, sous forme de capacité de concentration, d'adaptation et de résistance limitées (cf. rapport Dr F_____ du 10 mai 2010 ; rapport de la Dresse H_____ du 13 septembre 2009). Les examens cliniques et l'IRM ont objectivé une luxation méniscale antérieure réductrice des deux articulations temporo-mandibulaires ainsi qu'un syndrome myo-facial, pour lesquelles la recourante est suivie au département de chirurgie maxillo-faciale des HUG. S'ajoute un état anxio-dépressif. La recourante est incapable de travailler en raison de sa poly-pathologie, de l'insuffisance pondérale, du déconditionnement physique, du problème temporo-maxillaire et de son état de détresse. En été 2010, la Dresse H_____ relève que l'état de santé de sa patiente s'est fortement aggravé avec état de dépérissement sur troubles masticatoires faisant craindre pour sa survie.

Dans le cadre de l'expertise ordonnée par l'intimé, la recourante avait été examinée en septembre 2011 par les médecins du CEMed. Dans leur rapport d'expertise du 28 décembre 2011, les experts avaient considéré d'un point de vue strictement neurologique que les plaintes formulées par la recourante ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail significative dans l'activité de comptable assistante, étant donné notamment l'incertitude diagnostique, notamment quant à l'existence d'une pathologie somatique évidente, ainsi que l'absence d'anomalie significative aux examens cliniques et paracliniques. Sur le plan rhumatologique, les lombalgies basses répondent favorablement aux infiltrations et aux manipulations vertébrales, ce qui ne justifie pas d'incapacité de travail. Il en va de même du syndrome douloureux du compartiment antérieur sur un conflit fémoro-patellaire d'origine fonctionnelle des genoux, compte tenu de la profession de l'assurée. Sur le plan psychique, l'expert a retenu un trouble somatoforme indifférencié et relevé que l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles comme assistante comptable, la capacité de travail étant totale.

Suite au renvoi de la cause pour instruction complémentaire sur le plan maxillo-facial, l'intimé a confié une expertise au Dr J_____. Ce dernier a diagnostiqué une luxation méniscale gauche réductrice, un remaniement du condyle mandibulaire gauche et une rétromandibulie. L'expert a fait état d'une discrédance entre les découvertes cliniques et paracliniques et l'importance de la symptomatologie algique décrite par la patiente. Bien que dans certains cas une telle symptomatologie puisse entraîner une incapacité de travail, ce n'est pas la majorité des cas. En l'occurrence, l'expert a estimé que du point de vue maxillo-facial, il n'y a pas d'incapacité de travail, tout en soulignant que le pronostic semblait plutôt mauvais. Le cortège des symptômes décrits évoque plus une origine neurogène que fonctionnelle.

Au cours de la procédure de recours, la recourante a été l'objet d'investigations complémentaires auprès du Prof. K_____, consultation du Syndrome d'Ehlers-Danlos des Hôpitaux de Paris. Il résulte d'un certificat daté du 25 juin 2014 que le syndrome d'Ehlers-Danlos dont souffre la recourante est évident. Certes, il convient de reconnaître, avec l'intimé, que ce certificat est succinct et qu'il ne décrit aucune limitation fonctionnelle. Cela étant, le syndrome d'Ehlers-Danlos tel que diagnostiqué par le Prof. K_____ est classé sous chiffre Q79.6 de la CIM-10. Il s'agit d'une maladie génétique rare, soit une malformation congénitale du système ostéo-articulaire et des muscles, avec de multiples manifestations, notamment respiratoires, bucco-dentaires, neurovégétatives, cognitives (tels qu'une altération de la mémoire de travail, des troubles attentionnels, une difficulté de concentration). Or, force est de constater au regard des rapports médicaux figurant au dossier, que la recourante présente de nombreux troubles, notamment des problèmes maxillo-faciaux, des troubles de la concentration, une limitation de l'expression orale et une algie. Selon le Dr F_____, cette maladie rare affectant les tissus conjonctifs est complexe, douloureuse et progressive et il n'existe pas de spécialiste à Genève. Cette affection nécessite de nouvelles investigations dans le but de prévenir certaines complications et un soutien thérapeutique intense.

La chambre de céans relève que les experts du CEMed avaient conclu à une capacité de travail totale, étant donné l'incertitude diagnostique, notamment quant à l'existence d'une pathologie somatique évidente, ainsi que l'absence d'anomalie significative aux examens cliniques et paracliniques. Dès lors que finalement un diagnostic précis au sens de la CIM-10 a été posé par un spécialiste à Paris, l'on ne peut retenir sans autre les conclusions du CEMed et du Dr J_____, dans la mesure où ils ignoraient le diagnostic posé par le Prof. K_____ et où les diverses atteintes à la santé présentées par la recourante pourraient être liées au syndrome d'Ehlers-Danlos. La situation médicale n'est ainsi pas claire.

Dans ces conditions, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, sous forme d'une expertise complémentaire ou d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Les experts devront se prononcer en particulier sur le diagnostic posé par le Prof. K_____, sur les limitations fonctionnelles et, au terme d'un consilium, déterminer les conséquences de l'atteinte à la santé de la recourante sur sa capacité de travail dans son activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.
12. L'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H LPA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 15 novembre 2013.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. L'émolument, fixé à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé.
5. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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