

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4009/2013

ATAS/722/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 juin 2014

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
JEANNERET Yvan

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante) née le _____ 1974 a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adulte le 26 janvier 2012. Elle était mariée depuis le 11 février 2006 et mère de 4 enfants nés respectivement le _____ 2000, le _____ 2001, le _____ 2003 et le _____ 2007. Elle était femme au foyer depuis janvier 2000 et n'avait aucune activité professionnelle. Elle avait fait une formation de coiffeuse pendant 5 mois en 1998 en Erythrée. Elle souffrait de maux de tête, de migraines, de diabète, d'allergies et de problèmes d'estomac. Elle était suivie, depuis 2007, par le Docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, depuis 2006 par la Doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne-endocrinologie, depuis 2010 par la Doctoresse D_____, spécialiste FMH en neurologie, et par le Docteur E_____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie.
2. Par courrier du 6 février 2012 le Dr E_____ a retourné le formulaire à l'OAI indiquant qu'il avait vu Madame A_____ le 30 août 2011 en raison d'un léger rhume des foins, qui ne motivait pas une demande de rente AI.
3. Par rapport médical du 14 février 2012, le Dr B_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec syndrome somatoforme douloureux récurrent, des migraines et céphalées de tension, des cervicalgies, un syndrome d'épuisement récurrent, un diabète type II fluctuant, insulino-dépendant par moments. Les diagnostics existaient en tous les cas depuis 2007 date à laquelle il avait fait la connaissance de la patiente. Le pronostic était assez délicat et, vu les multiples tentatives de prises en charge et de traitements appliqués jusqu'à ce jour, il était très réservé en particulier quant à la possibilité d'une capacité de travail. Le praticien relevait qu'il serait probablement judicieux d'investiguer le contexte socio-culturel en proposant par exemple une évaluation sur le plan ethno-psychologique dans le cas d'une consultation très spécialisée, telle que la policlinique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) la proposait. La patiente avait une incapacité totale à maintenir une activité rythmée, même à un pourcentage réduit. Le rendement était réduit. Il n'était pas exclu de pouvoir réintégrer la patiente dans un circuit professionnel à la condition de trouver une solution adaptée à ses problèmes. Une reprise de l'activité professionnelle respectivement une amélioration de la capacité de travail pouvait être attendue mais pas dans l'immédiat. La capacité de travail dans une activité adaptée devait être réévaluée dans un proche avenir. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles directes, mais dans le contexte de troubles somatoformes douloureux il était très difficile d'évaluer la situation de façon objectivable. L'état de santé n'était pas stabilisé. Les remarques et les propositions étaient largement partagées entre les médecins impliqués dans la prise en charge de cette patiente. 57 pages de rapports médicaux étaient joints à l'envoi, principalement des rapports du Service de neurologie des HUG.

4. Dans son rapport du 16 février 2012, la Dresse D_____ n'a mentionné aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. La patiente présentait, depuis 2007, un diabète insulino-traité de type II, sans influence sur la capacité de travail. Au titre de pronostic, la praticienne mentionnait qu'aucune amélioration n'avait été observée les deux dernières années. Elle n'avait pas revu la patiente depuis juin 2011. Sept pages de rapports médicaux du Service de neurologie des HUG étaient jointes.
5. Par rapport médical du 13 février 2012, la Dresse C_____ a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de céphalées de tension et migraines, depuis 2009 environ. Il n'y avait pas d'incapacité de travail liée au diagnostic médical dans l'activité habituelle. Un travail avec horaires réguliers, sans travail de nuit, pouvait convenir. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle observée en rapport avec le diagnostic médical de diabète type II.
6. Par avis médical du 12 avril 2012, le Service médical régional AI a préconisé une expertise rhumato-psychiatrique chez les Drs F_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Compte tenu du fait que les atteintes endocrinologiques et neurologiques ne pouvaient pas être considérées comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, il était nécessaire, pour faire la part des choses sur les atteintes psychiatriques et rhumatologiques (troubles de l'adaptation, trouble somatoforme douloureux, syndrome d'épuisement récurrent) de demander cet avis médical.
7. Le 15 novembre 2012, le Dr G_____ a rendu son rapport. Il n'existait aucune limitation en relation avec les troubles constatés sur le plan psychique et mental ni même sur le plan social. La capacité de travail était pleine et entière. Une activité de huit heures par jour était exigible sur le plan psychiatrique. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Seule la présence de douleurs chroniques pouvait amener une baisse de rendement de l'ordre de 10 %. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et, selon le praticien, déjà en cours.
8. Le 28 novembre 2012 la Dresse F_____ a rendu son rapport. Elle avait sollicité des compléments d'information auprès de différents intervenants.

La Dresse D_____ retenait les diagnostics de céphalées à composante mixte, donc également migraineuse. Les traitements de fond jusqu'à présent étaient inefficaces ou mal supportés. La patiente prenait de la Novalgine et avait tendance à en abuser. Un traitement de Cymballa venait de débuter. La Dresse estimait la capacité de travail à 40% pour un travail léger, en position assise, sans port de charges, sans exposition à la lumière violente et aux ambiances bruyantes.

Le maître socio-professionnel, M. H_____ des établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), indiquait que l'expertisée était ponctuelle, attentive, faisait preuve d'une grande volonté, même s'il constatait, chaque matin, son visage souffrant, fatigué, les yeux cernés. Le travail était de bonne qualité. Le rendement

était bon. Le responsable qui supervisait l'activité ne pouvait pas remettre un bilan de stage, car la patiente était engagée sous condition qu'elle obtienne un mandat de l'OAI.

L'experte avait revu l'expertisée trois semaines après le début de son activité professionnelle. Elle lui avait paru toujours très cernée, souffrante, mais énergique et tenace. Elle ne s'était absentée que trois matinées en trois semaines pour cause de fatigue, qu'elle reliait à son anémie ferriprive. Le travail l'intéressait. Elle avait du plaisir à s'y rendre.

En conclusion, l'experte ne retenait pas de motif ostéo-articulaire incapacitant.

Il n'existait aucune limitation, qualitative ou quantitative, en relation avec les troubles constatés sur le plan physique, au poste qu'elle occupait au moment de l'expertise en ateliers protégés. La patiente pouvait exercer son activité sans adopter d'attitude physique particulière de protection. Sur le plan ostéo-articulaire, elle pouvait travailler 8 heures par jour. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Il était difficile de répondre à la question de savoir si la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent pouvait être améliorée puisque la patiente avait très peu travaillé en économie libre. Le poste qu'elle occupait aux EPI était adapté. « Toute autre activité devrait être possible » sur le plan ostéo-articulaire à des postes de manutention légère à moyenne. Il n'y avait pas de restriction du gestuel ni de position. Une activité adaptée à l'invalidité pouvait être exercée à 100%, sans diminution de rendement. Sur le plan neurologique, l'experte n'était pas à même de se déterminer. Elle transmettait l'estimation de la capacité de travail retenue par la Dresse D_____ ainsi que les propos de M. H_____, maître socio-professionnel. Les deux avis allaient dans le sens d'une capacité partielle de travail de 40 % pour l'instant. L'amélioration de la capacité de travail était directement en lien avec un traitement plus étroitement conduit des céphalées ce qui permettrait d'éviter les abus d'antalgiques conduisant presque systématiquement à des périodes d'incapacité de travail.

9. Par avis médical du 1^{er} mai 2013, le SMR a estimé nécessaire de solliciter une expertise neurologique à confier au Dr I_____, spécialiste FMH en neurologie.
10. Le 23 août 2013, le Dr I_____ a rendu son rapport. L'expertise avait été effectuée le 16 août 2013. La patiente ne présentait pas d'atteinte neurologique organique ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Elle rapportait des céphalées qui n'étaient pas associées à des modifications physiques détectables, parfois avec une légère composante migraineuse, mais qui paraissaient essentiellement tensionnelles. La patiente justifiait le principe d'une incapacité de travail uniquement sur un absentéisme prévisible ce qui ne pouvait pas être considéré comme un motif d'incapacité de travail. Sur le plan neurologique, il n'y avait aucune limitation particulière dans l'activité ancienne de coiffeuse, ni dans l'activité actuelle de la suture électronique. La capacité de travail exigible dans son activité habituelle était de 100 %, sans nécessité d'adaptation particulière au plan neurologique. Les

céphalées tensionnelles paraissaient difficiles à traiter selon les divers essais déjà proposés par la Dresse D_____. Cette difficulté de traitement s'inscrivait dans un processus téléologique où, subjectivement pour la patiente, la possibilité de retravailler paraissait dépendre uniquement de la présence ou de l'absence des maux de tête. Si des épisodes migraineux clairs pouvaient raisonnablement être à l'origine de quelques phénomènes d'absentéisme, ils pouvaient aussi être traités, à priori, par un traitement anti-migraineux de fond avec traitement des crises migraineuses dont il n'y avait aucune raison d'envisager l'échec de principe. L'expert ne voyait pas de raisons pour lesquelles les céphalées tensionnelles seraient, en elles-mêmes, une cause d'incapacité de travail ou d'absentéisme. La capacité de travail restait entière, même en présence de céphalées tensionnelles.

Malgré l'apparente bonne motivation de la patiente, son aspect triste, découragé ainsi que son contexte socio-culturel étaient des aspects clairement négatifs par rapport aux pronostics d'une reprise d'activité professionnelle. L'expert chiffrait à 50 % les chances de pouvoir obtenir une reprise d'activité, au moins partielle, chez cette patiente jeune. L'expert relevait enfin qu'il y avait eu quelques contradictions dans les différents rapports des « médecins traitants » si l'on suivait la chronologie des rapports, alors qu'il n'y avait pas de changement des symptomatologies. On devait plutôt relever une certaine incertitude des « médecins traitants » face à la nécessité de chiffrer une capacité, ou incapacité, professionnelle ainsi que leur ambivalence entre un souci d'évaluation clinique adéquate et le souhait de protéger leur patiente. Il rappelait que tant l'expert psychiatre que rhumatologue n'avaient pas relevé de motif d'incapacité de travail dans leur spécialité.

11. Par courrier du 5 septembre 2013 la Dresse D_____ s'est adressée directement à l'OAI. Les céphalées étaient toujours persistantes, inchangées, quotidiennes, permanentes, avec un impact important sur la vie quotidienne. La patiente travaillait à temps partiel aux EPI, ateliers protégés. Elle semblait très motivée par ce travail mais les céphalées avaient entraîné un absentéisme relativement important les derniers mois. Une activité professionnelle dans le milieu du travail normal ne semblait pas envisageable pour la médecin. Il lui semblait intéressant d'obtenir l'évaluation, très probablement effectuée, par ses employeurs. Leur avis serait intéressant notamment sur la capacité de travail et les limitations chez la patiente. Le 20 juin 2013, celle-ci avait été admise aux urgences des HUG en raison d'un état fébrile, d'une exacerbation des céphalées et de lésions cutanées. La méningite avait pu être exclue tout comme l'hémorragie sous-arachnoïdienne. Une probable virose était retenue. Tous les traitements avaient été interrompus en raison de la suspicion d'allergies.
12. Par rapport du 10 septembre 2013, le SMR a retenu l'aspect probant des expertises.
13. Le 20 septembre 2013, un projet de décision a été soumis à l'intéressée. Elle était atteinte dans sa santé depuis 2008 (début du délai d'attente d'un an). Des renseignements recueillis au dossier, il ressortait qu'elle n'avait jamais exercé d'activité professionnelle. Le statut d'assurée retenu était celui de ménagère. Après

l'examen de son dossier médical par le SMR, notamment de l'expertise effectuée le 16 août 2013, celui-ci estimait qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé durable au sens de l'AI et lui reconnaissait une pleine capacité dans toute activité. Une enquête au domicile, pour déterminer ses empêchements dans la sphère ménagère, n'avait pas lieu d'être car elle ne serait pas susceptible de modifier son droit à la rente. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car elles n'étaient pas de nature à améliorer sa capacité de gains.

14. Le 21 octobre 2013, l'assurée a fait valoir ses observations.

Elle souffrait de plusieurs affections médicales notamment de migraines fréquentes, violentes et imprévisibles qui entraînaient chez elle une perte de concentration, des douleurs récurrentes ainsi qu'un état de fatigue extrême. En cas de crises, elle ressentait le besoin de s'isoler jusqu'à ce que la douleur s'estompe et avait également la nausée. Cette situation pouvait durer plusieurs jours. Cela ressortait des différents rapports et certificats établis par le Service de neurologie des HUG, par la Dresse D_____ ainsi que par le Dr B_____ entre 2008 et 2013. Malgré sa bonne volonté l'état de santé de l'intéressée ne lui permettait toujours pas d'exercer une activité libre sur le marché du travail. Cela ressortait notamment du rapport du Dr B_____ du 14 février 2012. Cela avait d'ailleurs récemment été confirmé par la Dresse D_____ le 5 septembre 2013. L'EPI proposait une structure qui permettait une certaine souplesse dans les horaires de travail et était moins exigeante professionnellement que sur un marché du travail ordinaire. Malgré cette situation plutôt souple l'état de santé de Mme A_____ ne lui permettait pas de se rendre régulièrement sur son lieu de travail et donc d'exercer un métier. Il se justifiait d'entendre les collaborateurs des EPI. Par ailleurs, seul le rapport du Dr I_____ avait été retenu par l'OAI. Les nuances faites dans les autres expertises n'étaient pas relevées dans le projet de décision litigieuse. C'était à tort que les avis des médecins traitants avaient été écartés. Enfin, la patiente avait dû être hospitalisée à nouveau, du 22 au 25 septembre 2013. L'atteinte à sa santé était durable, tout comme son incapacité à exercer une activité régulière.

15. Par décision du 20 septembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations invalidité de Madame A_____.

16. Par recours du 12 décembre 2013, Madame A_____ a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 11 novembre 2013, à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle avait droit au versement d'une rente AI, sous suite de frais et dépens. Elle a préalablement conclu à l'audition de la Dresse D_____, du Dr B_____, des collaborateurs des EPI et à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée visant à déterminer la capacité de travail de l'assurée, le caractère durable ou non de l'atteinte à sa santé ainsi que le degré d'empêchement dans les travaux habituels.

Elle souffrait depuis près de sept ans de différentes atteintes à sa santé, en particulier de céphalées très sévères. Cette situation ne s'était jamais améliorée.

Elle endurait d'ailleurs d'un état dépressif sévère depuis plusieurs mois. Le 25 novembre 2013, il avait encore été procédé à une évaluation à la consultation de la douleur aux HUG. Ceux-ci concluaient à un état dépressif sévère, ce qui avait justifié l'hospitalisation de la recourante. Contrairement à ce que retenait l'OAI, l'atteinte était durable. Les expertises étaient critiquables. Elles faisaient référence aux avis des autres médecins mais seules les affirmations allant dans le sens d'une capacité de travail entière étaient retenues. Les avis des médecins traitants, qui la suivaient depuis plusieurs années, avaient été écartés au profit d'une expertise effectuée en une matinée par un médecin qui ne connaissait pas la patiente. La décision dont était recours n'avait fait que reprendre le projet de décision sans même tenir compte des observations faites entretemps par la patiente. Le SMR n'avait jamais rencontré l'assurée. L'OAI différenciait les activités professionnelles sur le marché primaire de l'emploi et celles, comme l'activité de la recourante auprès des EPI. Seules celles de la première catégorie pouvaient, selon l'OAI, être considérées comme des activités lucratives au sens de la loi. Cette distinction ne pouvait pas être retenue. Certes l'activité de la recourante lui permettait une certaine souplesse dans ses horaires de travail et les exigences professionnelles étaient moins élevées que sur le marché primaire de l'emploi. Malgré son état de santé qui ne lui permettait pas d'exercer une activité régulière sur le marché primaire, elle faisait de son mieux pour tout de même exercer une activité professionnelle. Le fait de travailler lui permettait de sortir de chez elle, d'avoir des contacts et un certain rythme dans son quotidien.

Les médecins ne s'étaient pas prononcés sur la capacité d'accomplir les travaux habituels. Les conclusions de l'OAI à ce titre manquaient de motivation et semblaient hâtives. Le Dr I_____ ne s'était pas non plus prononcé sur cette problématique. Le Dr B_____ avait pour sa part noté une incapacité totale à maintenir une activité rythmée même à un pourcentage réduit. Une expertise médicale devait être ordonnée afin de déterminer le degré d'empêchement de la recourante dans les travaux habituels.

17. Par réponse du 21 janvier 2014 l'OAI a conclu au rejet du recours. Les trois rapports d'expertise étaient probants et concordants. La recourante n'apportait aucun élément susceptible de remettre en cause lesdits documents médicaux. Le statut de ménagère était fondé sur les déclarations de l'assurée notamment dans sa demande de prestations. Dans les faits celle-ci n'avait d'ailleurs jamais exercé d'activité assimilable à une activité sur le marché primaire de l'emploi. L'enquête ménagère était inutile. Tous les experts avaient exclu l'existence d'une atteinte à la santé ayant une répercussion sur la capacité de travail. La recourante était parfaitement à même d'exercer une activité lucrative dans le marché primaire de l'emploi. La Dresse F_____ rapportait le descriptif des tâches ménagères. Il en ressortait que la recourante les assumait en grande partie, notamment les plus lourdes. L'époux de celle-ci l'aidait pour le repassage, les courses et la confection des repas.

18. Par réplique du 14 février 2014, la recourante a insisté sur le fait que les expertises devaient être écartées. « Différents médecins avaient émis des opinions divergentes, de sorte que les conclusions de l'expertise contenaient des contradictions ». Dans le cadre de l'examen neurologique, le rapport mentionnait que Madame A_____ avait dû s'absenter de façon brusque, en raison du besoin exprimé d'aller vomir. Le rapport ne tenait pas compte de cet évènement. L'expertise n'avait donc vraisemblablement pas fait l'objet d'une étude circonstanciée, se basant sur des examens complets en prenant compte les plaintes de la patiente. Celle-ci avait dû une nouvelle fois être hospitalisée au sein de l'unité de psychiatrie hospitalière pour adultes des HUG du 26 au 29 novembre 2013 puis avait été admise à la Clinique de Beau-Séjour du 13 au 31 janvier 2014 au Service de médecine interne de réhabilitation. Cette hospitalisation était liée à des céphalées chroniques qui la faisaient souffrir ainsi qu'à une symptomatologie dépressive qui semblait être notamment due à ses maux de tête sévères et répétés. L'expertise ne tenait pas compte de ces informations.
19. Par courrier du 10 mars 2014, la recourante a transmis la lettre de sortie du 4 février 2014 du Département de médecine interne de réhabilitation et de gériatrie ainsi qu'une nouvelle attestation du 1^{er} mars 2014 de la Dresse D_____.
20. Par duplique du 26 mars 2014, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Les critiques émises à l'encontre de l'expertise du Dr I_____ n'emportaient pas conviction. S'agissant du temps consacré à l'entretien, la durée d'un examen n'était pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical. C'était à tort que la recourante soutenait que l'expert n'aurait pas pris en compte les avis des médecins traitants. Le Dr I_____ avait à sa disposition l'intégralité du dossier médical. Dans le chapitre « résumé du dossier » de son rapport il faisait référence aux divers et nombreux rapports des médecins traitants. Il avait expressément répondu à la question de savoir comment il se positionnait par rapport aux avis des médecins traitants.
21. Par courrier du 1^{er} avril 2014, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

-
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 11 novembre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente invalidité.
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 (art. 7 LPGA). (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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).
9. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité

de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

10. 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).

a. 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).

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

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

c. 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).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
12. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa

durée (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1).

A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment Horst DILLING / Werner MOMBOUR / Martin SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125

V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

14. En l'espèce, la recourante émet plusieurs griefs à l'encontre de la décision litigieuse.
15. Elle considère que l'OAI n'a, à tort, pas retenu le caractère durable de l'atteinte à la santé de la recourante.
16. La question déterminante consiste à savoir si les atteintes à la santé de la recourante sont invalidantes ou non. Lors du dépôt de la demande AI, seuls les Drs B_____ et C_____ ont fait état de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de l'intéressée. Deux expertises ont été effectuées, rhumatologique et psychiatrique. Toutes deux ont abouti aux conclusions qu'il existait plusieurs atteintes à la santé, durables, mais que celles-ci n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.

Ainsi la Dresse F_____ a retenu différents diagnostics, aucun n'influant toutefois sur la capacité de travail de l'expertisée. Les cervicalgies épisodiques dans le cadre de céphalées chroniques, des lombalgies, une uncarthrose modérée en C4-C5 ainsi qu'une discopathie C6-C7 ont été retenus tout comme des céphalées chroniques de composante mixte, tensionnelles et migraineuses avec décompensation lors d'abus d'antalgie.

Etait toutefois joint l'avis de la Dresse D_____ qui, contrairement aux réponses qu'elle avait données le 16 février 2012, indiquait que sa patiente présentait, sur le plan neurologique, une incapacité de travail de 40%. Ce changement d'opinion pouvait être expliqué par le fait que la praticienne n'avait, au moment de remplir le questionnaire en février 2012, plus eu de contacts avec la patiente depuis deux ans.

Tenant compte de l'avis du médecin-traitant, l'OAI a ordonné une troisième expertise, neurologique. L'expert est parvenu à la conclusion que la patiente ne présentait aucune atteinte neurologique incapacitante. Il a retenu des céphalées chroniques avec composante tensionnelle et migraineuse, actuellement sans substrat lésionnel organique associé, mais n'a pas considéré qu'elles avaient une influence sur la capacité de travail de l'intéressée.

17. La recourante remet en cause le bien-fondé des trois expertises compte tenu des avis des médecins traitants. Force est toutefois de relever que les trois expertises répondent aux critères légaux. Toutes trois aboutissent à des résultats convaincants, ont des conclusions sérieusement motivées et ne contiennent pas de contradictions. Aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Elles sont détaillées, prennent en compte l'entier du dossier médical, sont fondées sur les plaintes de la patiente et reprennent tous les diagnostics précédemment évoqués y compris le trouble somatoforme douloureux et la question des migraines qualifiées par les médecins traitants d'invalidantes. Celui-là est abordé dans l'expertise, sans cependant que le médecin ne pose le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants.

Compte tenu du caractère probant des trois expertises, les avis des médecins-traitants, même si les conclusions de ceux-ci divergent de celles des experts, ne permettent pas de remettre en cause le bien-fondé des trois rapports qui répondent aux exigences jurisprudentielles.

18. La recourante met en avant de nouveaux certificats médicaux et fait état d'une hospitalisation entre le 13 et le 31 janvier 2014. Elle reproche à l'intimé de ne pas en avoir tenu compte.

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).

Les pièces nouvelles font état de céphalées chroniques d'origine multifactorielles (céphalées de tension avec composante migraineuse, cervicalgies, trouble anxio-dépressif) (lettre de sortie des HUG du 4 février 2014). Le certificat de la Dresse D_____ du 1^{er} mars 2014 mentionne les céphalées chroniques. L'état dépressif était secondaire aux douleurs chroniques et n'en était pas la cause, la patiente ne présentant pas d'état dépressif antérieur. Une lettre de sortie du 29 novembre 2013 des HUG mentionne le diagnostic de probable trouble somatoforme, accompagné, notamment au titre d'autres diagnostics, d'un épisode dépressif, sans précision (F32.9).

Ces certificats médicaux sont concordants avec les précédents. Toutes les atteintes à la santé étaient connues au moment des expertises et ont été dûment discutées par les médecins. Ces documents ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des expertises versées au dossier.

19. L'OAI a retenu le statut de ménagère. La recourante se réfère, notamment, à son activité en milieu protégé auprès des EPI pour solliciter l'application de la méthode de calcul applicable aux personnes actives professionnellement et critique les distinctions faites par l'OAI entre marché primaire et secondaire de l'emploi.

Ces distinctions sont toutefois parfaitement fondées. Selon l'art. 16 LPGA, 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. Or, les Etablissements publics pour l'intégration EPI ont pour but l'intégration et la réinsertion professionnelle des personnes handicapées ou en difficulté d'insertion, l'augmentation de leur autonomie et l'amélioration de leur condition de vie en tenant compte de leurs

besoins particuliers (conformément à la Loi sur l'intégration des personnes handicapées du 16 mai 2003 (LIPH - K 1 36). Le salaire perçu auprès des EPI ne remplit pas les conditions de l'art. 16 LPGA.

Concernant le statut de l'intéressée, certains éléments du dossier laissent à penser que sans atteinte à la santé, la recourante travaillerait peut-être. Il ressort du certificat médical de la Dresse D_____ du 21 novembre 2012 que l'assurée a interrompu son activité professionnelle à la naissance de ses enfants. Ceux-ci étant plus grands, elle avait décidé de reprendre une activité professionnelle fin 2012 et s'était inscrite au chômage. Elle avait essayé de travailler deux mois en février et mars 2011 en qualité de coiffeuse indépendante, mais n'avait pas pu continuer en raison de douleurs. En avril 2011, elle avait commencé un stage chez un coiffeur, qu'elle avait dû interrompre après deux mois, alors qu'il était prévu d'une durée de trois. Les douleurs étaient trop importantes et l'absentéisme trop élevé. Selon la praticienne, la patiente était en arrêt de travail depuis 2011. Il ressort de même des propos du maître socio-professionnel, que la recourante a du plaisir à venir travailler et qu'elle fait preuve d'une grande volonté. Toutefois, l'intéressée n'a jamais travaillé. Son compte individuel AVS le confirme. La recourante a déposé sa demande de prestations d'invalidité en précisant qu'elle était sans activité à 100%. La reprise d'une activité professionnelle même à temps partiel n'est pas établie avec une vraisemblance suffisante au sens de la jurisprudence pour pouvoir être retenue. C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu le statut de ménagère.

De surcroît, une pleine capacité de travail a été reconnue à l'intéressée. La question du statut applicable perd de sa pertinence et le refus de rente est fondé.

20. La recourante critique enfin l'absence d'enquête ménagère. En application de l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir des travaux habituels lorsque l'on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative. Tel n'est pas le cas en l'espèce, dès lors que les trois expertises ont reconnu à l'intéressée une pleine capacité de travail. C'est à juste titre que l'OAI n'a pas effectué d'enquête ménagère.
21. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté le 12 décembre 2013 contre la décision de l'Office cantonal de l'assurance invalidité du 11 novembre 2013 ;

Au fond :

2. Le rejette
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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