

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1200/2016

ATAS/1/2017

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 9 janvier 2017**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Séverine LUGEON-  
HUGUENIN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1971, originaire de Somalie, mère de quatre enfants nés en 1994, 1996, 2009 et 2011, est entrée en Suisse en 1993. Elle a suivi l'école secondaire en Somalie et, en Suisse a exercé une activité de femme de ménage chez B\_\_\_\_\_, centre d'accueil et de formation pour femmes migrantes, depuis février 2002 ; elle est assurée à ce titre selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents) auprès de la Bâloise assurance.
2. Le 9 mars 2012, l'assurée a été victime d'un accident. B\_\_\_\_\_ a rempli le 19 mars 2012 une déclaration d'accident mentionnant que l'assurée avait chuté alors qu'elle transportait des poubelles, occasionnant des douleurs à la cheville, au genou gauche et au poignet droit. La Bâloise assurance a pris le cas en charge.
3. Le 28 mars 2012, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin praticien, a attesté d'une incapacité de travail totale du 29 mars au 5 avril 2012.
4. Une IRM du genou gauche du 15 novembre 2012 a conclu à une déchirure horizontale de « grade II à III » du versant supérieur de la corne antérieure du ménisque externe. Contusion de l'aileron rotulien externe avec bursite d'accompagnement courant le long du versant profond de la bandelette ilio-tibiale.
5. Un rapport médical LAA de la dresse C\_\_\_\_\_, du 16 janvier 2013, mentionne une déchirure du ménisque externe gauche II à III, ainsi qu'une contusion de l'aileron rotulien externe.
6. L'assurée a été en incapacité de travail totale du 16 au 25 novembre 2012 (Dresse C\_\_\_\_\_), du 26 novembre au 10 décembre 2012 (Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie), du 17 décembre 2012 au 1<sup>er</sup> janvier 2013 (dresse C\_\_\_\_\_) et du 20 février au 31 mai 2013 (Dresse C\_\_\_\_\_).
7. Le 25 février 2013, des radiographies de la colonne dorso-lombaire et du bassin ont conclu à l'absence d'anomalie.
8. Le 29 mars 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, de l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a attesté dans un rapport LAA d'une lésion méniscale interne, corne antérieure et d'une amélioration traitée par infiltration.
9. Selon un entretien du 22 mai 2013 entre la Bâloise assurance et l'assurée, une intervention était prévue le 16 juillet 2013 aux HUG et l'incapacité de travail était justifiée, même si on pouvait s'étonner de sa longueur.
10. Le 30 mai 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, du département de chirurgie des HUG, a constaté un syndrome fémoro-patellaire net avec rétraction des chaînes postérieures ; il prescrivait de la physiothérapie.

11. Le 20 juin 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté, dans un rapport LAA, d'un diagnostic de gonalgies gauche et lombalgies consécutives et d'une incapacité de travail à 100 %.
12. Le 3 juillet 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé que l'IRM montrait une légère lésion de la corne du ménisque interne, selon lui sans indication chirurgicale ; la physiothérapie avait légèrement amélioré la situation ; il fallait que l'assurée soit vue par un rééducateur.
13. Le 26 août 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
14. Une IRM du 11 septembre 2013 a conclu à :
  - dégénérescence discale L4-L5 avec protrusion discale de localisation surtout foraminale gauche sans contrainte radiculaire ;
  - pas de tassement vertébral ;
  - discrète sclérose des facettes articulaires postérieures ;
  - le diamètre antéro-postérieur du canal lombaire est dans les limites de la norme ;
  - cône médullaire de topographie normale et de signal homogène sur toutes les séquences.
15. La Dresse C\_\_\_\_\_ a rempli le 13 septembre 2013 un rapport médical LAA attestant d'un suivi depuis le 28 mars 2012.

A la suite de la reprise de travail en avril 2012, les problèmes s'étaient aggravés avec l'apparition de lombalgies consécutives à la marche déséquilibrée. Elle constatait une gonalgie gauche avec épanchement sur lésion méniscale et arthrose fémoro-tibiale interne. Lombalgie sur hyperlordose. Sd dépressif réactionnel suite aux douleurs et à l'incapacité de travail. La reprise comme femme de ménage paraissait compromise.
16. Le 16 septembre 2013, B\_\_\_\_\_ a attesté d'un emploi comme femme de ménage depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2004 jusqu'au 30 novembre 2013, avec un dernier jour de travail effectif le 19 février 2013, à raison de seize heures par semaine, soit au taux de 40 % pour un revenu de CHF 2'026.85 par mois.
17. Selon un certificat médical du 16 septembre 2013, B\_\_\_\_\_ a attesté d'un engagement à 30 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004, puis à 40 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009.
18. Selon un entretien du 31 octobre 2013 entre la Bâloise assurance et l'assurée, le Dr E\_\_\_\_\_ aurait refusé de la voir lors de la consultation fixée au 26 septembre 2013 ; elle se plaignait de douleurs dans l'ensemble du côté gauche ; il convenait de faire une expertise.
19. Le 19 novembre 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté de gonalgie gauche et de lombalgie sur discopathie ; l'assurée avait développé un syndrome dépressif majeur et sa capacité de travail était nulle.

20. Le 8 janvier 2014, la doctoresse G\_\_\_\_\_, rhumatologue, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis le 17 octobre 2013, d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme depuis 2012, de douleurs musculaires d'usure et de gonalgies gauches persistantes.
21. Le 30 janvier 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, a rendu un rapport à la demande de la Bâloise assurance et après avoir examiné l'assurée le 21 janvier 2014. Celle-ci avait chuté contre une plaque métallique bordant le trottoir ; elle se plaignait d'instabilité de la cheville gauche, de douleurs persistantes au genou gauche, de la tibio-astragaliennne gauche, de douleurs en position debout, au dos, à la hanche gauche et aux deux genoux. Il a posé les diagnostics de :
- status post contusion du genou G ;
  - status post entorse de cheville G ;
  - tendinite trochantérienne à G ;
  - discarthrose L4-L5 ;
  - excès pondéral, limite obésité.

Actuellement, elle était capable d'exercer l'activité de femme de ménage quatre heures par jour avec rendement complet en ce qui concernait les suites de l'accident ; une diminution de cette capacité pourrait être le fait d'éléments non traumatiques (dépression ? surcharge ?? facteurs non somatiques ???).

Une activité assise ou légère était exigible huit heures par jour. Une grande part de l'incapacité de travail était liée (en dehors de facteurs non somatiques) au déconditionnement de l'assurée. Une adaptation et accoutumance permettrait une reprise des activités physiques (qu'elle n'avait pas stoppées pour s'occuper de ses quatre enfants par ailleurs).

Il suspectait une majoration des symptômes physiques pour des raisons indéterminées.

22. Par décision du 10 mars 2014, la Bâloise assurance a mis fin au versement des prestations dès le 21 janvier 2014, en se fondant sur l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2014.
23. Le 7 août 2014, la doctoresse I\_\_\_\_\_ du SMR, a proposé de demander un rapport médical au psychiatre-traitant, la doctoresse J\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie.
24. Le 25 août 2014, la Dresse J\_\_\_\_\_ a rempli un rapport AI mentionnant un épuisement dépressif sévère depuis 2012 et un probable PTSD, ainsi qu'un suivi depuis le 14 avril 2014. L'incapacité de travail était totale depuis le 9 mars 2012 selon la Dresse C\_\_\_\_\_. L'assurée présentait des difficultés socio-économiques, un conflit conjugal, une probable PTSD dans un contexte de conflit armé dans son pays d'origine et de pertes dans sa famille.
25. Le 1<sup>er</sup> décembre 2014, la doctoresse K\_\_\_\_\_, du SMR, a proposé une expertise psychiatrique.

---

26. A la demande de l'OAI, la Dresse L\_\_\_\_\_ a rendu le 7 octobre 2015 une expertise psychiatrique.

L'assurée se plaignait d'angoisses dues à la guerre en Somalie, de maux de tête, de nuque, de dos, sur tout le côté gauche, aux genoux et à la cheville. L'experte a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de :

- troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive F43.22 ;
- antécédents d'expérience de guerre, comprenant un viol Z65.5 et Y05 ;
- difficultés dans la relation avec le conjoint Z63.0.

L'assurée n'était pas atteinte d'une maladie psychiatrique à même de justifier médicalement une incapacité de travail durable. Bien qu'une reprise professionnelle risquait d'être difficile à mettre en place actuellement en raison de la présence de quatre enfants à charge, dont deux encore en relativement bas âge, cette reprise serait certainement salutaire chez une femme engluée dans ses difficultés conjugales qui ne lui permettaient pas de s'épanouir socialement. Ainsi, il n'y avait aucune restriction psychiatrique à l'exercice d'une activité à plein temps, ni à une prise en charge en mesures d'ordre professionnel auprès de l'AI (vers l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques). De plus, la souffrance psychiatrique observée étant directement mise en corrélation avec l'arrêt de l'activité professionnelle, la reprise d'une vie active pourrait ventiler la distance relationnelle avec le mari et permettre un enrichissement des contacts sociaux.

27. Le 22 octobre 2015, le docteur M\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu une incapacité de travail totale du 9 mars 2013 au 21 janvier 2014 et une incapacité de travail à 50 % dès le 22 janvier 2014 ; le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 9 mars 2013 ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : limitation à la montée et descente des escaliers et pentes rapides et limitation pour la marche en terrain irrégulier.

28. Le 3 novembre 2015, l'OAI a considéré que l'assurée avait un statut de personne mixte à 40 % et a fixé un degré d'invalidité de 0 % fondé sur un revenu sans invalidité de CHF 24'478.- et un revenu d'invalidité de CHF 18'646.- (basé sur l'ESS 2012, femme, niveau 1, à 40 %, avec une déduction de 10 %).

29. Le 5 novembre 2015, le Dr M\_\_\_\_\_, du SMR, a retenu une incapacité de travail totale du 16 novembre 2012 au 2 janvier 2014 et de 50 % dès le 22 janvier 2014 ; la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % dès le 16 novembre 2012.

30. Le 12 novembre 2015, l'OAI a confirmé un statut de personne mixte à 40 % et fixé le degré d'invalidité à 9,32 %, soit un revenu sans invalidité, en 2012, de CHF 24'147.- et un revenu d'invalidité de CHF 18'519.- (ESS 2012, femme, niveau 1, à 40 %, avec 10 % de déduction).

31. Par projet de décision du 20 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que le degré d'invalidité était de 9 %.

32. Par décision du 2 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
33. Le 11 avril 2016, la Dresse J\_\_\_\_\_ a attesté d'un syndrome dépressif réactionnel, d'intensité sévère, conséquent aux douleurs ostéo-articulaires et lombalgies chroniques et à la perte de son emploi, en mars 2012 (chute accidentelle dans l'escalier, avec des conséquences invalidantes sur sa santé physique et mentale, conduisant à un arrêt de travail prolongé et par la suite à la perte de son travail). Il s'agissait d'une patiente avec une anamnèse d'un vécu traumatique (notion de viol, séquestration, danger de mort, nombreuses pertes des différents membres de sa famille, des proches, etc.), en lien avec la guerre en Somalie, son pays d'origine et qui, malgré des séquelles d'un probable syndrome de stress post-traumatique, avait pu évoluer relativement bien jusqu'à son accident de travail. On pouvait considérer cette chute accidentelle comme traumatique et suffisamment importante pour réactiver une symptomatologie anciennement traumatisante, car il s'agissait en effet pour l'assurée d'une perte totale de repères socio-économiques, repères déjà difficilement mis en place par elle avant l'accident. Depuis cet accident, qui avait entraîné une perte d'emploi et un important isolement social, on constatait chez l'assurée une fragilité psychique importante qui s'accompagnait d'un comportement peu souple, voire rigide et souvent non adapté qui faisait penser à une possible modification durable de sa personnalité, avec des mécanismes de défense d'une structure psychotique (projection, clivage, identification projective, etc.), conduisant à un isolement social important et une souffrance invalidante. L'état psychique actuel de l'assurée prédisait un pronostic réservé par rapport à une réadaptation professionnelle qui lui était proposée.
34. Le 20 avril 2016, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 2 mars 2016 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en faisant valoir qu'elle travaillait vingt heures par semaine, soit à 50 % et qu'elle était totalement incapable de travailler, comme l'attestait la Dresse J\_\_\_\_\_ ; elle sollicitait l'audition de la Dresse J\_\_\_\_\_ et une comparution personnelle des parties ; elle allait communiquer d'autres informations médicales.
35. Le 25 mai 2016, l'assurée a complété son recours en sollicitant la mise sur pied d'une enquête ménagère, son statut étant mixte et en alléguant qu'elle était totalement incapable de travailler.
36. Le 27 juin 2016, le docteur N\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que les seules limitations fonctionnelles somatiques pouvant être retenues concernaient le ménisque inférieur gauche.
37. Le 28 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que le statut de l'assurée était bien celui d'une personne mixte à 40 %, selon les indications fournies par l'employeur, que les suites de l'entorse du genou gauche étaient terminées au 21 janvier 2014, que les problèmes lombaires n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail, tout comme les troubles psychiques, qu'une enquête ménagère n'était pas nécessaire car la capacité de travail de l'assurée était

de 50 % dans l'activité de femme de ménage, de sorte que, pour atteindre un degré d'invalidité de 40 %, l'empêchement ménager devait être au moins égal à 67 %, ce qui était invraisemblable, étant précisé que le degré d'invalidité était de 0 % et non pas de 9 % dans la sphère professionnelle.

38. Le 12 août 2016, l'assurée a renoncé à répliquer.
39. Le 5 septembre 2016, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « J'ai eu un accident le 9 mars 2012. Je ne sais plus exactement mais je crois que j'ai pu reprendre le travail juste après. De temps en temps, j'ai envie de travailler et de temps en temps je ne fais rien. Je ne travaille pas pour un peu tout, c'est-à-dire que j'ai des douleurs qui se sont étendues dans tout le corps et surtout du côté droit. J'ai beaucoup de problèmes. Je vis avec mes quatre enfants. Les deux aînés s'occupent de moi. Ma fille aînée va commencer l'université le 19 septembre. Mon fils aîné ne fait rien. C'est eux qui s'occupent également des deux plus petits. Déjà quand je travaillais j'ai souvent dû prendre congé non pas pour des douleurs mais pour des problèmes anciens. Mon médecin m'a souvent mise en arrêt de travail. Je suis toujours suivie par la Dresse J\_\_\_\_\_ que je vois de temps en temps. Je suis également suivie par la Dresse O\_\_\_\_\_. Je ne me rappelle plus avoir été soumise à une expertise auprès de la Dresse L\_\_\_\_\_ en octobre 2015. J'ai travaillé à un taux supérieur à 50 % chez B\_\_\_\_\_. Je ne me rappelle plus exactement mais j'ai dû travailler dix heures par jours pendant deux jours et cinq ou six heures pendant deux autres jours. Je travaillais tous les jours sauf le vendredi. J'effectuais certaines heures hors contrat. Ces heures étaient payées mais non déclarées. Mon salaire était payé en une fois et comprenait les heures non déclarées. Je vous transmettrai les fiches de salaire. S'agissant de mes journées, je me lève parfois le matin pour m'occuper des enfants et je fais parfois à manger et les courses. S'agissant du ménage ce sont mes aînés qui s'en occupent entièrement. Je ne sors jamais me promener. Mon médecin m'a dit que je devais avoir un nerf qui était coincé du côté droit, ce qui entraîne des douleurs dans tout le côté droit. Je ne peux pas vraiment me prononcer sur ma capacité de travail, mais je relève que je n'arrive déjà pas à m'occuper de mes enfants chez moi alors qu'est-ce que je peux dire d'un travail à l'extérieur ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Nous contestons l'expertise psychiatrique de la Dresse L\_\_\_\_\_ et nous demandons soit l'audition de la Dresse J\_\_\_\_\_ soit une expertise psychiatrique ».

La représentante de l'OAI a déclaré : « Je relève que la date fixée par le SMR au 16 novembre 2012 comme correspondant à l'aptitude à la réadaptation pose question. Cette date n'est toutefois pas déterminante dans notre cas. Nous maintenons notre position et estimons que l'expertise de la Dresse L\_\_\_\_\_ est probante ».

40. Le 25 octobre 2016, la recourante a indiqué qu'après vérification auprès de son ancien employeur, elle travaillait bien à 40 % ; une IRM récente avait montré un anévrisme de l'artère ophtalmique droite ; le médecin devait rendre un rapport à ce sujet ; elle requérait l'audition de la Dresse J\_\_\_\_\_ ; enfin, elle soulignait qu'une enquête ménagère aurait dû être effectuée par l'OAI.
41. Le 31 octobre 2016, la chambre de céans a fixé un délai à la recourante au 21 novembre 2016 pour transmettre le rapport médical annoncé.
42. Le 24 novembre 2016, la recourante a transmis une attestation de la Dresse C\_\_\_\_\_, du centre médical Teomera, indiquant que l'examen ophtalmologique du côté droit montrait une restriction nette du champ visuel, soit une pathologie devant nécessiter l'avis d'un ophtalmologue et d'un neurochirurgien.
43. Le 1<sup>er</sup> décembre 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise judiciaire au Docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rue de Q\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, 1206 Genève, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
44. Le 20 décembre 2016, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du 14 décembre 2016 selon lequel l'expertise de la Dresse L\_\_\_\_\_ était probante mais qu'il n'y avait pas de raison de s'opposer à l'expertise judiciaire et aucune question complémentaire n'était demandée.
45. La recourante n'a pas formé d'observations.

### **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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente invalidité.
4. 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<sup>er</sup> janvier 2008).

5. 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).

6. 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).
7. 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). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour

effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

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).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge 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).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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; SVR 2008 IV n. 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\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

13. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).
14. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
15. 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 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 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).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, 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'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (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).

b. Le Tribunal fédéral, dans sa jurisprudence la plus récente, a considéré que dans certaines circonstances bien définies, il pouvait être tenu compte de la diminution de la capacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels en raison des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité (ATF 134 V 9; voir également SVR 2006 IV n° 42 p. 151).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure les efforts fournis dans l'un et l'autre domaine d'activité s'influencent mutuellement, il convient de tenir compte des paramètres différents qui caractérisent les deux situations. En vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité, la personne assurée est tenue d'exercer une activité lucrative adaptée qui mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.2 et les références); en d'autres mots, il lui appartient de privilégier les types d'activité qui sollicitent le moins possible son organisme. En revanche, un tel choix n'est guère possible dans le domaine ménager, puisque la conduite du ménage repose sur un canevas de tâches prédéfinies à l'accomplissement desquelles il ne peut être renoncé. La personne assurée a toutefois la possibilité d'atténuer les effets de son atteinte à la santé, dans la mesure où elle dispose d'une plus grande liberté dans la répartition de son travail et peut solliciter dans un rapport raisonnable l'aide de ses proches. L'éventualité que les deux domaines d'activités puissent s'influencer réciproquement apparaîtra cependant d'autant plus faible que leurs profils d'exigences seront complémentaires. L'influence négative engendrée par le défaut - total ou partiel - de complémentarité des deux domaines d'activité doit être manifeste et inévitable pour qu'elle puisse être prise en compte. On ne saurait admettre l'existence d'effets réciproques dommageables lorsque ceux-ci peuvent être évités par le choix d'une activité lucrative adaptée et normalement exigible (ATF 134 V 9 consid. 7.3.1).

L'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité ne peut être prise en considération qu'à certaines conditions spéciales. Ainsi, le Tribunal fédéral a dégagé les principes suivants. La prise en considération d'effets réciproques dommageables ne peut avoir lieu que s'il ressort du dossier que la documentation pertinente (rapports médicaux et enquêtes ménagères) a été établie en méconnaissance de la situation prévalant dans l'un et l'autre champ d'activité et uniquement s'il existe des indices concrets plaidant en faveur d'une diminution de la capacité d'exercer une activité en raison des efforts consentis dans l'autre activité. De plus, les efforts consentis en exerçant une activité lucrative ne peuvent être pris en compte lorsqu'il convient d'apprécier la capacité à accomplir les travaux habituels que si la personne assurée exploite pleinement et concrètement sa capacité résiduelle de travail après la survenance de l'invalidité. A l'inverse, les efforts fournis dans l'accomplissement des travaux habituels ne peuvent être pris en compte lorsqu'il convient d'apprécier la capacité à exercer une activité lucrative que dans l'hypothèse où la personne assurée consacre une partie de son temps à des tâches d'assistance familiale (en faveur de ses enfants ou de parents nécessitant des soins). L'appréciation doit se faire en fonction de l'importance décroissante qu'il convient d'accorder à chaque domaine d'activité. Si la répartition des champs d'activité est équilibrée, il convient d'examiner celui où les efforts se font le plus fortement ressentir. Une double prise en considération n'est en revanche pas possible, les efforts ne pouvant se répercuter de manière cumulative dans chaque domaine d'activité. En outre, la diminution de l'aptitude à exercer une activité lucrative ou à accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité doit être manifeste et dépasser la mesure normale. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets réciproques considérables doit toujours être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier (ATF 134 V 9 consid. 7.3.2 à 7.3.7; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_632/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.1.2).

La diminution de l'aptitude à exercer les travaux habituels, résultant des efforts accomplis lors de l'exercice de l'activité lucrative, ne saurait dépasser 15%. Si la répartition des champs d'activité est équilibrée, les efforts supplémentaires résultant du cumul d'activités lucrative et non lucrative est pris en considération dans le champ d'activité où ces efforts se font le plus sentir (cf. ATF 134 V 9; SVR 2006 IV n° 42 p. 151; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_713/2007 du 8 août 2008, consid. 4).

16. En l'espèce, l'expertise de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2015 n'emporte pas la conviction. Elle relate les traumatismes dus à la guerre en Somalie dont a été victime la recourante, les symptômes psychiques apparus en 2010 avec une intention suicidaire, la prise de poids de 20 kg depuis l'arrêt de travail, ainsi que la tristesse accompagnée d'un grand désarroi observés lors de l'examen clinique pour conclure, rapidement et de façon peu convaincante, que la souffrance psychiatrique

observée était directement mise en corrélation avec l'arrêt de l'activité professionnelle, de sorte que la reprise d'une vie active était indiquée.

En outre, la Dresse J\_\_\_\_\_, psychiatre-traitante, a rendu deux avis médicaux les 25 août 2014 et 11 avril 2016 mentionnant, contrairement à l'avis de la Dresse L\_\_\_\_\_, un diagnostic de syndrome dépressif réactionnel, d'intensité sévère, corrélatif aux douleurs et à la perte de l'emploi, d'un probable syndrome de stress post-traumatique et d'une possible modification durable de la personnalité en expliquant que la chute accidentelle avait réactivé une symptomatologie anciennement traumatisante.

Dans ces conditions, une instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique est nécessaire. Celle-ci sera confiée au docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rue de Q\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, 1206 Genève.

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

**Statuant**

I. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rue de Q\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, 1206 Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme A\_\_\_\_\_, en particulier la Dresse J\_\_\_\_\_.
- C. Examiner Mme A\_\_\_\_\_.
- D. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
  - 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
  - 2. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
  - 3. Quelles sont les plaintes de Mme A\_\_\_\_\_ ?
  - 4. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme A\_\_\_\_\_ d'un point de vue psychiatrique (diagnostic et date d'apparition) ?
  - 5. Quelles sont les limitations fonctionnelles relativement à chaque diagnostic ?
  - 6. En cas de trouble psychique :
    - a) Quel est le degré de gravité de celui-ci ?
    - b) Depuis quelle date est-il présent chez Mme A\_\_\_\_\_ ?
    - c) Comment a-t-il évolué ?
    - d) Quel traitement est-il indiqué ? Mme A\_\_\_\_\_ suit-elle un traitement adéquat ?
    - e) Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
  - 7. Compte tenu de vos diagnostics, Mme A\_\_\_\_\_ pourrait-elle exercer une activité lucrative, en particulier depuis mars 2012 ? Si oui :
    - a) Laquelle ?
    - b) A quel taux ?
    - c) Depuis quelle date ?
    - d) Quelle est l'évolution de la capacité de travail de Mme A\_\_\_\_\_ depuis mars 2012 ?

- e) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
  - f) Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
8. a) Etes-vous d'accord avec les avis de la Dresse J\_\_\_\_\_ des 25 août 2014 et 11 avril 2016 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 9 mars 2012 ? Si non, pourquoi ?
- b) Etes-vous d'accord avec l'expertise de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2015 ? En particulier avec l'absence de diagnostic incapacitant et l'estimation d'une capacité de travail totale ? Si non pourquoi ?
9. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
10. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La Présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le