

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/169/2017

ATAS/840/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 septembre 2018**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à CHÂTELAINÉ, représentée par  
Docteur B \_\_\_\_\_

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (la recourante ou l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1969, suisse depuis 2010, divorcée, mère de deux enfants née en 1993 et 1995, titulaire de diplômes d'éducatrice de la petite enfance obtenus l'un au Pérou, l'autre en Equateur (reconnus en Suisse par décision du 4 septembre 2006 de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie) a travaillé du 27 août 2012 au 9 août 2013, à un taux de 50%, pour le secteur de la petite enfance de C\_\_\_\_\_.
2. Le 17 novembre 2006, l'assurée a été victime d'un accident de scooter et a présenté une disjonction de la symphyse pubienne et un traumatisme cranien léger (rapport des HUG du 30 novembre 2006). Le cas a été pris en charge par la Vaudoise générale, compagnie d'assurances SA, assureur-accident.
3. Une IRM lombaire du 28 février 2013 a conclu à une petite protrusion discale postéro-médiane au niveau L5-S1, sans conflit discoradiculaire, ni sténose du canal mise en évidence.
4. L'assurée a été en incapacité de travail depuis le 7 juin 2013, attestée par ses médecins traitants (du 7 au 9 juin par le docteur B\_\_\_\_\_, FMH médecine-générale, du 10 juin au 14 juillet par l'hôpital de zone de Nyon et du 1<sup>er</sup> juillet 2013 au 28 février 2014 par le Dr B\_\_\_\_\_). La Zurich assurance, assureur perte de gain maladie, a pris le cas en charge.
5. Le 10 juin 2013, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (hystérectomie abdominale, appendicectomie et correction d'une incontinence urinaire) à l'hôpital de zone de Nyon (selon rapport de celui-ci du 10 juin 2013).
6. Le 4 septembre 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 5 juin 2013 en raison de problèmes urinaires apparus après l'opération et cervicobrachialgies depuis trois semaines.
7. Une IRM cervicale du 6 septembre 2013 a conclu à l'absence d'anomalie disco-vertébrale majeure ; pas de conflit disco-radiculaire ni sténose canalaire.
8. Le 11 septembre 2013, la doctresse D\_\_\_\_\_, FMH en neurologie, électroneuromyographie, echo-Doppler carotido-Vertébral, a indiqué que l'assurée présentait de nombreuses plaintes localisées sur le côté hémi-corporel droit, tantôt des douleurs au genou, à la hanche, à la cheville ou encore au niveau du talon à droite et encore récemment des cervicobrachialgies droites avec aussi une impression de faiblesse du membre supérieur droit ; Il n'y avait pas d'autre signes évoquant une lésion pariétale ou thalamique gauche, toutefois, une IRM cérébrale était prévue pour exclure toute éventualité ; à l'ENMG présence d'une atteinte discrète focale au carpe uniquement sensitive myélinique, n'expliquant pas les symptômes ; les plaintes dépassaient aussi un syndrome radiculaire et ne lui semblaient pas en relation avec une somatisation ; un avis psychiatrique était souhaitable ; du Lyrica ou Saroten retard restait à introduire.

9. Une IRM cérébrale du 26 septembre 2013 a conclu à l'absence d'anomalie parenchymateuse ni prise de contraste suspecte ; minime ectasie de la carotide interne droite en position carotido-cave pour laquelle un simple contrôle à un an par angio-IRM était suffisant.
10. Le 13 octobre 2013, le Dr B\_\_\_\_\_, a attesté d'un état d'épuisement avec douleurs invalidantes de l'hémicorps droit, état dépressif patent et complication urinaire suite à l'hystérectomie avec colosuspension.
11. Un CT-SCAN du 20 novembre 2013 a conclu à une normalité des structures digestives notamment pas de dilatation évoquant un éventuel iléus grêle ; formation bien limitée pelvienne gauche prenant faiblement le contraste en périphérie à la phase tardive dans un contexte post-hystérectomie évoquant en premier lieu une collection post-opératoire (Hématome) qui était plus volumineuse selon les renseignements recueillis auprès de la patiente, à corrélérer à un examen spécialisé si indiqué.
12. Du 18 novembre au 2 décembre 2013, l'assurée a séjourné à la clinique genevoise de Montana, sur demande du 7 octobre 2013 du Dr B\_\_\_\_\_ (pour douleurs de l'hémicorps droit avec cervicalgies, lombalgies et état dépressif et d'épuisement). Les diagnostics de troubles urogénitaux post-colposuspension ont été posés ; elle a bénéficié de séances de physiothérapie (rapport de la clinique genevoise de Montana du 5 décembre 2013).
13. Le 4 décembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en mentionnant une hystérectomie totale plus appendicectomie.
14. Le 21 février 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail complète de l'assurée dans le domaine de la petite enfance sans port de charges de plus de 5 kg.
15. Le 25 février 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI qu'il suivait régulièrement l'assurée en raison de cervicalgies et lombalgies droites chroniques, traduisant essentiellement une surcharge physique et qui étaient de bon pronostic vu la normalité des examens radiologiques ; la situation médicale s'était décompensée en juin 2013, avec l'apparition des problèmes mictionnels et un état dépressif ; actuellement, la situation s'était à peu près rétablie sur le plan psychique ; les douleurs cervico-lombaires étaient contrôlées par un traitement d'acupuncture, et les difficultés mictionnelles s'amélioraient, bien qu'il fallait encore à l'assurée cinq à dix minutes pour vider complètement sa vessie ; dans cette situation, l'assurée allait reprendre son travail pour le 1<sup>er</sup> mars prochain, avec une limitation de charges ; il n'y avait donc pas lieu, pour l'instant, de demander une rente ou une réadaptation.
16. Un rapport d'évaluation de l'OAI du 25 mars 2014, faisant suite à un entretien du même jour avec l'assurée, a conclu à la mise sur pied d'une aide pour la constitution d'un dossier de candidature adéquat.

17. Le 30 avril 2014, la doctoresse E\_\_\_\_\_ du SMR a retenu une incapacité de travail de l'assurée du 10 juin au 10 juillet 2013, non durable.
18. Le 2 mai 2014, l'OAI a relevé que l'assurée avait signalé une péjoration de son état de santé, que des MIP n'étaient pas appropriées et que l'instruction médicale devait être poursuivie.
19. Par communication du 8 mai 2014, l'OAI a renoncé à des mesures de réadaptation professionnelles.
20. L'assurée a été en incapacité de travail du 12 au 18 mai 2014, attestée par l'hôpital de zone de Nyon.
21. Le 30 juin 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé aggravé, avec une nouvelle intervention (problème urinaire) ; l'assurée était à nouveau apte au travail.
22. Le 26 août 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH OB-GYN, a attesté d'une intervention le 12 mai 2014 (section de la bandelette de TVT-Abbrevo en sous-urétral et cysto-urétroscopie) ; l'intervalle entre les deux opérations avait dû être assez difficile pour l'assurée en raison de difficultés mictionnelles, freinant la reprise d'une activité mais actuellement le problème semblait amélioré.
23. Le 4 mars 2015, le docteur G\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie-psychologie, a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail totale du point de vue psychiatrique.
24. Le 27 juillet 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions du 30 avril 2014.
25. Le 28 juillet 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI en requérant une réadaptation ; l'assurée présentait, suite à un accident de scooter de 2006, une instabilité sacro-iliaque qui nécessitait un changement professionnel.
26. Par projet du 3 août 2015, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée en constatant qu'elle avait été en incapacité de travail à :
  - 100% du 7 juin 2013 au 10 juillet 2013 ;
  - 0% du 11 juillet 2013 au 11 avril 2014 ;
  - 100% du 12 avril 2014 au 31 mai 2014 ;
  - 0% dès le 1<sup>er</sup> juin 2014.

Il ne s'agissait pas d'une incapacité de travail de longue durée (une année) ; le droit à des prestations financières n'était dès lors pas ouvert ; de plus, des mesures professionnelles n'étaient pas à l'ordre du jour puisque la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité professionnelle.

27. Le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail du 21 juillet au 30 septembre 2015.

28. Le 17 septembre 2015, la Vaudoise assurances, a indiqué à l'OAI que l'assurée avait annoncé une rechute de son accident du 17 novembre 2006, avec une incapacité de travail totale depuis le 21 juillet 2015.
29. Le 18 septembre 2015, l'assurée a déclaré à la Vaudoise assurances une rechute ; en jouant au football elle avait tiré dans une balle, ce qui avait produit une torsion de l'aile iliaque droite et déclenché des douleurs.
30. Le 21 septembre 2015, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI du 3 août 2015 en relevant que suite aux douleurs constantes présentes depuis son accident de 2006, elle avait diminué son taux de travail à 80%, puis à 50%, que dès mars 2015 elle avait fait des remplacements en crèche, qu'elle avait souffert de l'aile iliaque droite et des articulations sacro iliaque, présenté des insomnies et des douleurs au bras droit et qu'elle sollicitait une réinsertion professionnelle.
31. Le 28 septembre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a écrit à la Vaudoise assurances qu'il estimait que la décompensation douloureuse était liée à l'instabilité sacro-iliaque due à l'accident.
32. Par décision du 26 octobre 2015, la Vaudoise assurances a refusé la prise en charge du traitement de 2015, faute de causalité probable entre les douleurs apparues le 17 juillet 2015 et l'accident du 17 novembre 2006.
33. Le 28 octobre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que le travail n'avait pas pu être repris pour de longues périodes en raison de lombo-sciatalgies persistantes, suites de l'accident de 2006 ; l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle ; des infiltrations avaient dû être stoppées en raison de complications rares.
34. Le 29 octobre 2015, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle était dans un état de faiblesse extrême, suite à une complication due aux infiltrations.
35. Le 26 novembre 2015, le docteur H\_\_\_\_\_, FMH gastroentérologie et médecine générale interne, a indiqué qu'il existait un fort soupçon de rectocèle pouvant contribuer à une constipation terminale et qu'une éventuelle intervention était discutée.
36. Le 1<sup>er</sup> décembre 2015, la doctoresse I\_\_\_\_\_, FMH chirurgie générale et digestive, a rappelé que l'assurée avait présenté trois laparoscopies pour kyste récidivant de l'ovaire (en 1989-1992 et 1996), avec un syndrome pelvien douloureux et qui avait été réopéré en juin 2013 par le Dr F\_\_\_\_\_ à Nyon ; d'une hystérectomie par Pfannenstiel, puis salpingectomie gauche, conservation de l'ovaire gauche et appendicectomie en passant. Dans le même temps, une correction d'incontinence urinaire avait été faite par mise en place d'une bandelette de TVT par voie vaginale. Elle avait été reprise en mai 2014 pour une section de la bandelette TVT-Abbrevio, en raison de difficultés mictionnelles très importantes.

L'assurée se plaignait de troubles de la défécation. Des investigations étaient en cours.

- 
37. Le 6 décembre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a précisé à la Dresse I\_\_\_\_\_ que l'assurée avait réagi à une infiltration de corticoïde par un blocage de la fonction surrénalienne.
38. Le 10 décembre 2015, l'assurée a signalé à l'OAI qu'elle rencontrait beaucoup de problèmes gynécologiques.
39. Le 17 décembre 2015, la Dresse I\_\_\_\_\_ a effectué une défécographie concluant à un périnée descendant avec fermeture de l'angle ano-rectal, une importante rectocèle antérieure ne se vidant que très partiellement, une absence de décollement pré-sacré et la présence d'une elytrocèle grêle associée. L'assurée, devant une incontinence urinaire évidente lors de son examen proctologique, avait été envoyée pour un bilan urodynamique qui aurait lieu début février 2016 chez le Dr J\_\_\_\_\_.
- Une éventuelle prise en charge chirurgicale était à examiner.
40. Le 4 janvier 2016, la docteure K\_\_\_\_\_, FMH gynécologie obstétrique, a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis janvier 2013 et de traitements hospitaliers en 2012, 2013 et 2014.
41. Le 17 janvier 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée dans l'activité habituelle et d'un problème digestif justifiant une intervention chirurgicale.
42. Le 9 février 2016, le SMR a estimé qu'une évaluation gynécologique ne se justifiait pas.
43. A la demande de l'OAI, la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) a rendu le 16 août 2016 un rapport d'expertise (docteur L\_\_\_\_\_, médecine interne générale, docteur M\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie et la docteure N\_\_\_\_\_, rhumatologue).

L'assurée se plaignait de difficultés à porter des charges, à se relever de la position assise, de douleurs fessières irradiant à la région lombaire, au membre inférieur droit ainsi que dans la région du trapèze et cervicale droite, des fourmillements de la main gauche, des douleurs pubiennes et de tout le côté droit, des sensations de lâchage du membre inférieur droit, une impression de faiblesse, des troubles du sommeil, de la concentration, de la fatigue et des vertiges. Les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de rachialgies chroniques non spécifiques (J 30.4) ; état douloureux chronique diffus dans l'hémicorps droit (R 52.9) ; status après cure de tunnel carpien bilatérale ; status après dysjonction traumatique de la symphyse pubienne et entorse sacro-iliaque en 2007 ; status après hystérectomie et colposuspension ; rectocèle (N 81.6) ; troubles statiques des pieds (R 29.8)

Sur le plan uro-génital, les plaintes qui avaient justifié la demande initiale de prestations AI étaient aujourd'hui décrites comme résolues. Les médecins attestaient que l'ablation de la bandelette TVT, responsable de difficultés mictionnelles majeures, avait résolu ce problème. L'assurée n'avait plus aucune

plainte de ce côté. Il restait certes la sensation désagréable du rectocèle, pour laquelle une ré-éducation du plancher pelvien était en cours et qui n'était pas susceptible de justifier une incapacité de travail, hormis temporaire si une intervention était réalisée.

Sur le plan ostéoarticulaire, l'examen montrait de discrètes contractures musculaires para rachidiennes lombaires et une discrète limitation des amplitudes en flexion du tronc, sans signe radiculaire. La mobilisation du bassin, des sacro-iliaques et des hanches était indolore. Les examens paracliniques avaient confirmé la présence de discrets troubles dégénératifs cervicaux, mais aucune anomalie de cet ordre au niveau lombaire, ni aucune anomalie du signal en regard de la symphyse pubienne et des articulations sacro-iliaques. La largeur de la symphyse était normale.

Ces examens, tant cliniques que paracliniques, n'étaient pas concordants avec une dysjonction de la symphyse pubienne, conclusion qui avait déjà été retenue par d'autres examinateurs.

Les constatations radiologiques étaient d'une grande banalité et, sans nier l'authenticité de rachialgies non spécifiques, elles ne pouvaient suffire à expliquer l'intensité et la diffusion des plaintes douloureuses. Elles contrastaient avec la gestuelle spontanée, parfaitement fluide, et avec de multiples activités déployées par l'assurée dans sa vie quotidienne.

La diffusion des douleurs de l'hémicorps droit, avec la notion de lâchages, ne pouvait pas être objectivement justifiée.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse biographique avait retrouvé des événements hautement traumatisants et l'assurée avait manifesté à plusieurs reprises au cours des différents entretiens une émotivité importante, toutefois largement dominée. Les entretiens s'étaient ensuite déroulés de façon tout à fait simple et authentique. Quelques éléments de type stress post-traumatique avaient pu survenir dans son parcours, mais leurs traces n'étaient plus aujourd'hui réellement apparentes. L'assurée avait été perçue par l'expert psychiatre, comme par les autres experts, comme une femme dynamique, battante, volontaire, ayant démontré par son parcours sa capacité de s'engager et d'aboutir à ses objectifs. Rien ne permettait de suspecter chez elle un diagnostic de registre dépressif, lequel n'avait jamais d'ailleurs été évoqué autrement que par le médecin traitant. Il n'était pas non plus question d'un trouble de la personnalité, chez cette personne capable de s'impliquer et de s'insérer dans des activités associatives ou politiques. Finalement, il n'était retenu sur le plan psychiatrique aucun diagnostic et a fortiori la capacité de travail était entière.

Les experts renaient consensuellement le diagnostic d'état douloureux chronique diffus, en relevant que si l'on devait examiner un tel diagnostic, de plaintes douloureuses sans substrat organique bien identifié, à la lumière des critères récents

---

de la jurisprudence, les indicateurs étaient parfaitement concordants pour ne pas lui accorder une valeur incapacitante.

Aucune mesure AI n'était justifiée. L'évaluation psychiatrique a conclu, au vu des limitations de l'assurée à une aide à la réinsertion.

44. Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, la doctoresse O\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la capacité de travail de l'assurée était, sur la base de l'expertise, de 100% dans toute activité.
45. Par décision du 17 décembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations, faute d'atteinte à la santé durablement incapacitante, les incapacités de travail totales reconnues étant du 7 juin au 10 juillet 2013 et du 12 avril au 31 mai 2014.
46. Le 10 janvier 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'expertise semblait ne pas tenir compte de la problématique urinaire et digestive, justifiant l'arrêt de travail depuis juillet 2015.
47. Le 16 janvier 2017, l'OAI a transmis ce courrier à la chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, laquelle a enregistré un recours.
48. Le 27 janvier 2017, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 17 décembre 2016 en concluant à son annulation et à l'octroi de prestations d'invalidité, dont une rente d'invalidité.
49. Le 27 février 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'expertise de la CRR était probante.
50. Le 23 mars 2017, l'assurée a répliqué en relevant qu'elle souffrait depuis 2013 d'importants problèmes de santé physique et psychiques qui la limitaient dans la vie privée, et dans toute activité professionnelle ; elle avait été en incapacité de travail du 10 juin 2013 au 1<sup>er</sup> mars 2014 puis dès le 12 avril 2014, selon les Drs B\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et la clinique genevoise de Montana ; en particulier, la CRR avait minimisé le problème uro-génital et celui du rectocèle et retenu aucun diagnostic psychiatrique alors qu'elle souffrait d'une profonde dépression ; l'OAI avait d'ailleurs relevé le 25 mars 2014 un moral lourd et le 30 avril 2014 un état dépressif réactionnel en lien avec des facteurs psychosociaux ; le psychiatre avait préconisé une aide à la réinsertion que l'OAI n'avait pas retenue.

Le recourante a produit un rapport de la doctoresse P\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie psychothérapie du 14 mars 2017, selon lequel elle suivait l'assurée depuis le 27 février 2017, suite au décès de son médecin-psychiatre, pour évacuer le choc dû à ce décès ; l'assurée présentait un état dépressif majeur et était totalement incapable de travailler ; le trouble psychique était susceptible d'amélioration mais il était probable qu'un autre diagnostic, masqué actuellement, apparaisse.

51. Le 7 avril 2017, la doctoresse Q\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'avis de la Dresse P\_\_\_\_\_ n'était pas susceptible de modifier les conclusions du 1<sup>er</sup> janvier 2016.
52. Le 13 avril 2017, l'OAI a dupliqué en maintenant sa position.

53. Le 5 mai 2017, l'assurée a observé que l'avis du SMR ne pouvait être suivi car celui-ci ne l'avait pas examinée et que le volet psychiatrique de l'expertise de la CRR contenait certaines contradictions relatives à l'apparition des symptômes d'un état dépressif, sans que la mesure préconisée par l'expert ne soit reprise dans les conclusions globales de l'expertise.

54. A la demande de la chambre de chambre de céans, les Drs P\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont donné des renseignements complémentaires.

- Dans un avis du 18 juillet 2017, complété le 12 septembre 2017, la Dresse P\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait un état dépressif majeur, actuellement en rémission, avec une incapacité de travail de 100% mais qu'elle pourrait reprendre actuellement un travail graduellement, d'abord à 50% dans une activité compatible avec ses plaintes physiques, que son état de santé s'était aggravé depuis août 2016 par l'apparition d'un état dépressif majeur et le décès subit de son père, lequel avait entraîné un réveil des symptômes de stress post-traumatique.

- Dans un avis du 11 août 2017, la Dresse I\_\_\_\_\_ a attesté de deux consultations les 16 janvier et 17 décembre 2015, d'un diagnostic de rectocèle antérieure, incontinence urinaire d'effort, difficultés à l'excrétion et d'un arrêt de travail en novembre et décembre 2015 ; elle était d'accord avec l'appréciation de la CRR sur le plan uro-génital ainsi qu'avec l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2017.

- Dans un avis du 23 août 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté d'un suivi du 21 mai 2013 au 12 juin 2014 ; le premier diagnostic était un syndrome pelvien douloureux sur uterus myomateux et adénomyosique, ainsi que sur un status adhérentiel pelvien, post deux laparoscopies pour kystes ovarien. Ceci avait conduit à la première intervention le 10 juin 2013 : hystérectomie abdominale, salpingectomie gauche avec conservation de l'ovaire gauche, appendicectomie en passant, et correction d'une incontinence urinaire par mise en place d'une bandelette sous-urétrale de type TVT-Abbrevo, par voie vaginale. Ce dernier geste s'était compliqué par un problème de difficultés mictionnelles, devenant progressivement invalidant, sur rétrécissement de la bandelette, provoquant un syndrome obstructif de l'urètre. Ceci avait pu être corrigé par la section de cette bandelette, geste réalisé le 12 mai 2014. Les suites de cette deuxième opération avaient été simples, la patiente avait retrouvé une miction normale, sans incontinence ; pendant l'intervalle de onze mois entre ces deux opérations, l'assurée était devenue de plus en plus gênée par ces difficultés mictionnelles, et certainement qu'une incapacité de travail en avait découlé (douleurs, temps prolongé sur les toilettes).

Depuis juin 2014, une incapacité de travail n'était plus justifiée et il était donc d'accord avec l'appréciation de la CRR.

Les douleurs de la sy pubienne lorsqu'elle se levait de la station assise au sol ou au lever de poids supérieurs à 5 kg, à la lecture de tous les rapports d'experts, ne

lui paraissaient pas feintes, bien réelles, son envie de travailler également. Les douleurs de la sy pubienne, tout comme des coccydynies, étaient parfois persistantes à long terme, même sans substrat anatomo-pathologique marqué. Ce type de douleur survenait assez souvent, après des accouchements, traumatiques ou non, et une approche thérapeutique par ostéopathie était parfois bénéfique ; l'ancienne activité, en tant que telle, ne lui paraissait pas adaptée ; une activité adaptée à son problème ostéo-articulaire douloureux devait être exigible ; il fallait que cette activité tienne compte de sa formation professionnelle d'éducatrice de la petite enfance, en lui permettant d'éviter les situations qui engendraient ses douleurs, donc éventuellement un travail avec des enfants un peu plus âgés, au-delà de 3-5 ans, comme suggéré par l'un de ses collègues d'expertise ; cette activité adaptée devait pouvoir être débütée le plus rapidement possible.

Il était surpris par l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_, de janvier 2017 : celui-ci mettait en avant une persistance du problème urinaire, affirmant que l'assurée continuait à avoir de grosses difficultés à uriner ; il n'avait personnellement pas revu l'assurée depuis trois ans, et ne pouvait pas objectivement se prononcer à ce sujet ; il se basait sur son examen de 2014 et sur l'avis gynécologique de son confrère, dans l'expertise ; le problème de la rétrocèle était toujours pendant, en cours de traitement, avec peut-être une nouvelle chirurgie à la clef ; à lui seul, il ne lui paraissait pas être urochec cause d'incapacité de travail.

55. Le 29 septembre 2017, la Dresse Q\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel les réponses des Drs I\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ confirmaient l'appréciation de la CRR ; la Dresse P\_\_\_\_\_, considérant une capacité de travail de 50% en augmentation progressivement, sans limitations fonctionnelles retenues, ne pouvait être suivie.
56. Le 13 octobre 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions.
57. Le 14 octobre 2017, la recourante a observé qu'une activité dans sa profession habituelle n'était pas exigible de sorte que l'OAI devait calculer son degré d'invalidité en fonction d'une activité adaptée.
58. Le 27 octobre 2017, le Docteur R\_\_\_\_\_, radiologue, a effectué une défécographie et conclu à un périnée bas mais surtout descendant avec une fermeture de l'angle ano-rectal durant la défécation, la confirmation et la persistance d'une volumineuse rectocèle antérieure sous-lévatorienne et l'apparition d'une élytrocèle en fin d'examen. Pas de décollement. Discret prolapsus muqueux recto-rectal qui s'arrêtait à 3 cm au-dessus de la rectocèle.
59. Le 13 novembre 2017, le Docteur S\_\_\_\_\_, FMH chirurgie proctologie, a requis du Docteur T\_\_\_\_\_ des HUG qu'il se prononce sur une possible intervention chirurgicale du rectocèle.
60. Le 27 novembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « J'ai beaucoup de soucis pour aller aux toilettes, pour éliminer les selles. Je prends beaucoup de temps et c'est douloureux. J'ai effectué une défécho-graphie qui a montré un grand rectocèle. Ma médecin m'a adressée au Dr T\_\_\_\_\_, mais celui-ci a renoncé à m'opérer en raison du risque d'incontinence définitive. Je fais de la physiothérapie et de l'ostéothérapie mais cela m'occasionne parfois des blocages, peut-être en raison des multiples adhérences que j'ai dans le ventre. Je passe beaucoup de temps aux toilettes.

J'estime que je ne peux plus travailler du tout dans une crèche, d'abord en raison du fait que je dois toujours passer beaucoup de temps aux toilettes et que je ne peux pas laisser les enfants seuls, ensuite parce que je ne peux plus m'asseoir par terre. J'ai en effet des douleurs suite à mon accident de scooter de 2006. Je précise qu'après l'opération du Dr F\_\_\_\_\_, j'ai eu des problèmes très importants pour uriner jusqu'à ce que ce médecin me réopère en 2014. Ce problème est maintenant réglé.

J'ai de la peine à porter des charges donc je ne peux par exemple plus porter un bébé dans le cadre de mon travail. J'ai demandé à travailler avec des enfants plus grands de trois à cinq ans, mais même dans ce contexte, j'ai de la peine à exercer mon métier. J'ai souvent des douleurs dans toute la partie droite de mon corps et cela depuis l'accident. Je souhaite retravailler mais dans un autre domaine que la petite enfance. Je me sens capable encore de faire beaucoup de choses. Je suis conseillère municipale à la commune de Vernier. Depuis octobre 2015, je suis à l'Hospice général. Je veux me sortir de cette situation et en particulier je souhaite que mes enfants puissent continuer à étudier.

Je souhaite avant tout une mesure de réinsertion de la part de l'OAI avec éventuellement un stage d'orientation.

Mon psychiatre est décédé subitement début 2017, ce qui m'a occasionné un état dépressif. Celui-ci s'est cependant amélioré. Je suis toujours suivie par la Dresse U\_\_\_\_\_. Je vais mieux mais je suis sujette à des rechutes dépressives par moment lorsque certains événements me font revivre des moments douloureux de mon passé. J'ai en effet été forcée de quitter le Pérou dans des conditions difficiles. J'ai l'impression de ne pas avoir digéré tout ce qui m'est arrivé. Je vois la Dresse U\_\_\_\_\_ une fois par semaine. Je fais aussi de l'acupuncture chez le Dr B\_\_\_\_\_ et de la physiothérapie à l'Hôpital de La Tour.

A la CRR, les médecins, dont le rhumatologue, étaient étonnés que je n'ai pas encore eu de réadaptation. C'est vraiment en raison des problèmes liés à mon côté droit du corps que je ne peux plus exercer comme éducatrice.

Je précise que j'ai des blocages qui entraînent des incapacités de travail de trois semaines minimum, ce qui m'empêche aussi de travailler comme éducatrice.

Je n'ai pas contesté la décision de refus de La Vaudoise du 26 octobre 2015.

Je ne souhaite pas rester à l'assistance sociale, je veux retravailler à tout prix. J'ai même envisagé de devenir indépendante en commercialisant une protection contre la pluie pour les vélos. L'Hospice général m'a dit qu'il ne pouvait pas m'aider pour cela, mais je reste très motivée pour retravailler.

Je suis très handicapée avec le rectocèle que l'on ne peut pas opérer ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Je relève que l'expert psychiatre de la CRR préconisait des mesures de réadaptation ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Dès lors que la CRR a conclu à une capacité de travail totale dans toute activité, aucune mesure de réadaptation ne se justifie ».

61. Le 19 juin 2018, le Dr T\_\_\_\_\_ a écrit au Dr B\_\_\_\_\_ que l'asynchronisme abdomino-pelvien ne pouvait faire l'objet d'aucune chirurgie, pathologie souvent en relation avec un problème psychologique, voire un problème d'abus.
62. A la demande de la chambre de céans, le Dr T\_\_\_\_\_ a indiqué le 6 février 2018 qu'il n'avait prescrit aucune incapacité de travail chez l'assurée ; l'asynchronisme abdomino-pelvien ne suffisait pas à expliquer l'incapacité de travail, due à des problèmes psychologiques.
63. Le 20 mars 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique au docteur V\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg, et leur a communiqué le projet de mission d'expertise. Un délai leur a été imparti pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle récusation de l'expert ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
64. Le 28 mars 2018, la recourante a indiqué qu'elle n'avait ni question complémentaire ni motif de récusation à faire valoir.
65. Le 29 mars 2018, l'OAI a relevé qu'une expertise psychiatrique figurait déjà au dossier de sorte qu'il s'opposait à l'expertise judiciaire mais n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert, ni de question complémentaire.
66. Par ordonnance du 10 avril 2018, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique au Dr V\_\_\_\_\_.
67. Le 12 juin 2018, le Dr V\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise.

L'assurée faisait état de plaintes fonctionnelles et douloureuses, de mauvaise qualité de son sommeil et de plaintes d'ordre social. Il n'y avait pas de plainte psychique. Une forte émotivité était objectivée en entretien. Il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique. Il rejoignait les constatations et conclusions du volet psychiatrique de l'expertise de la CRR.

Une reprise de travail d'abord à 50 % puis à 100 % était raisonnable, compte tenu du déconditionnement survenu depuis bientôt trois ans.

68. Le 2 juillet 2018, le docteur W \_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel l'expert confirmait les conclusions du Dr M \_\_\_\_\_ de la CRR, de sorte qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail.
69. Le 12 juillet 2018, la recourante a observé que son activité professionnelle habituelle n'était plus adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'elle persistait dans les conclusions de son recours.
70. Le 16 juillet 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions, en se référant à l'avis du SMR du 2 juillet 2018.
71. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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).

La 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en

---

vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

7. 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).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, 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).

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.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

8. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131

---

V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

9. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

##### A. Axe « atteinte à la santé »

###### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par

cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

## 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

## 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

#### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

#### II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

##### A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

##### B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un

---

indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

10. La jurisprudence développée au sujet des troubles somatoformes douloureux s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409; 143 V 418)).
11. 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 (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). 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 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.

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).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

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 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même faibles 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 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins

traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer

---

2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

12. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

13. En l'occurrence, dans son ordonnance du 10 avril 2018, la chambre de céans a constaté que l'intimé s'était fondé sur l'expertise de la CRR du 16 août 2016 pour retenir une capacité de travail totale de la recourante et pour refuser à celle-ci tout droit à une rente d'invalidité et que la recourante avait contesté la valeur probante de cette expertise du point de vue somatique, en reprochant aux experts de ne pas

avoir pris en compte son problème uro-génital et de rectocèle. À cet égard, le Dr X\_\_\_\_\_ avait indiqué le 11 août 2017 qu'il était d'accord avec l'appréciation de la CRR selon laquelle le problème uro-génital était réglé et que la sensation désagréable du rectocèle ne justifiait pas une incapacité de travail durable ; quant au Dr F\_\_\_\_\_, il avait indiqué que dès juin 2014 il n'y avait plus, sur le plan uro-génital, d'incapacité de travail, de sorte qu'il rejoignait l'appréciation de la CRR et le problème de rectocèle ne paraissait pas être une cause d'incapacité de travail ; enfin, le Dr T\_\_\_\_\_ avait également estimé le 6 février 2018 que le diagnostic d'asynchronisme abdomino-pelvien n'expliquait pas l'incapacité de travail de la recourante, celle-ci étant plutôt à relier à des problèmes psychologiques. Au vu de ce qui précédait, il y avait lieu de constater que l'expertise de la CRR était, du point de vue somatique, confirmée par les médecins-traitants de la recourante, de sorte qu'aucun élément ne permettait de mettre en doute sa valeur probante. En conséquence, une instruction complémentaire du point de vue somatique ne se justifiait pas.

En revanche, le volet psychiatrique de l'expertise de la CRR, niant tout diagnostic psychiatrique, était sérieusement remis en cause par les constatations et conclusions des Drs B\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. En effet, le premier avait constaté un état d'épuisement et un état dépressif patent chez la recourante (avis des 13 octobre 2013 et 25 février 2014) ; le second avait attesté d'un état dépressif majeur, d'abord totalement incapacitant depuis août 2016, puis incapacitant à hauteur de 50 %, et d'états émotionnels liés à d'anciens syndrômes de stress post-traumatique pouvant fluctuer selon les circonstances (avis des 14 mars, 18 juillet et 12 septembre 2017). Il convenait en conséquence de compléter l'instruction médicale sur cet aspect.

14. L'expertise judiciaire du 12 juin 2018 répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle comprend une anamnèse complète, sur la base de deux entretiens avec la recourante, un status psychiatrique détaillé, une discussion des diagnostics psychiatriques qui pourraient entrer en ligne de compte, soit ceux d'insomnie, de dépression, d'état de stress post-traumatique, de trouble anxieux spécifique, de trouble de la personnalité, de trouble à symptomatologie somatique et de trouble neurocognitif léger, aboutissant à leur exclusion, sur la base d'une argumentation convaincante.

L'expert conclut ainsi à l'absence de diagnostic psychiatrique ; il mentionne des problèmes psychologiques débutant en 2013 ou 2014, avec des symptômes dépressifs, en relevant qu'il est possible que la recourante ait rempli les critères diagnostiques pour un état dépressif majeur en mars 2017, selon le rapport de la Dre P\_\_\_\_\_ du 14 mars 2017, mais que les symptômes ne sont pas précisés dans ledit rapport et qu'il n'est donc pas possible de dire, rétrospectivement, si la recourante a présenté un état dépressif majeur.

Les parties admettent la valeur probante de l'expertise. La recourante estime cependant que, vu la difficulté pour l'expert de se prononcer sur sa capacité de

travail de façon rétroactive, l'incapacité de travail attestée par la Dre P\_\_\_\_\_ devrait être prise en compte.

A cet égard, il convient de constater que l'expert admet que la recourante a présenté une réaction particulièrement intense au décès de son psychiatre, en février 2017 (expertise judiciaire p. 10) ; cependant, il relève que la Dre P\_\_\_\_\_ note une évolution favorable en juillet 2017 puis en septembre 2017, avec une reprise de travail progressive attestée le 12 septembre 2017 (expertise judiciaire p. 14).

Dans ces conditions, même si une incapacité de travail totale de la recourante devait être admise de mars à septembre 2017, voire même à décembre 2017 au vu de la reprise de travail progressive ordonnée par la Dre P\_\_\_\_\_, force est de constater que cette incapacité de travail est postérieure à la décision attaquée, de sorte qu'elle sort de l'objet du litige (ATF 131 V 242) ; de plus elle n'est pas durable et ne pourrait avoir d'incidence sur le droit aux prestations d'invalidité de la recourante.

Enfin, du point de vue somatique, les conclusions de l'expertise de la CRR, probantes, doivent être suivies, de sorte que le diagnostic d'état douloureux chronique diffus sans caractère incapacitant doit être admis.

Au demeurant, il convient de retenir que la recourante ne présente, d'un point de vue somatique et psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant, selon les conclusions de l'expertise de la CRR du 16 août 2016 et de l'expertise judiciaire du 12 juin 2018, sous réserve des incapacités de travail totales admises par l'intimé du 7 juin au 10 juillet 2013 et du 12 avril au 31 mai 2014.

15. Partant, la recourante ne subit aucune perte de gain, de sorte qu'elle n'a droit à aucune prestation d'invalidité.

En conséquence, son recours ne peut qu'être rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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