

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2790/2009

ATAS/485/2010

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6
du 6 mai 2010

En la cause

Madame N_____, domiciliée à CHÂTELAINE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente;

EN FAIT

1. Mme N_____ (ci-après : l'assurée), née O_____ en 1967 à Casablanca, de nationalité suisse, mariée à trois reprises, divorcée, est mère de deux enfants nés en 1993 et 1995. Jusqu'en 1988, l'assurée a été domiciliée au Maroc.
2. L'assurée a exercé une activité d'ouvrière, de serveuse et de vendeuse à Zürich et à Genève.
3. Le 8 août 2008, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité.

Elle a indiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) qu'en bonne santé elle exercerait une activité lucrative de serveuse à 100 %.

4. Par communication du 16 janvier 2009, l'OCAI a refusé toute mesure de réadaptation dès lors qu'aucune réponse des médecins-traitants de l'assurée ne leur était parvenue.
5. Le 16 janvier 2009, la Dresse A_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, du Centre de psychologie clinique CPC, a rendu un rapport médical. Elle a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11), en aggravation depuis environ deux ans et trouble de la personnalité (F60.31), traits, cas limite.

Le traitement avait débuté le 10 janvier 2008 et l'incapacité de travail était totale depuis cette date. Les expressions symptomatiques suivantes se manifestaient chez la patiente : "Migraines matinales et avant son sommeil le soir; sommeil perturbé et peu réparateur; angoissée ++; humeur triste; diminution d'énergie et de l'élan vital; plaisir libidinal absent; fatigable; charge pondérale variable; sentiment de rigidité et d'épuisement spécifiquement au cours des matinées tout le long de la semaine; difficultés significatives de se concentrer - limites mnésiques - attention flottante; termes de décompensation en expressions explosives face à ses enfants et face à autrui; irritable; se plaint de ses douleurs à la nuque, et au bas de son dos, ainsi que de ses difficultés psychologiques; impatiente, voire impulsive; discrètes idées noires; émotionnellement labile; incertitude relative à ses sentiments avec ses divers partenaires, instable dans ses relations, se plaint d'être chaque fois abandonnée, malgré les faits que c'est elle qui en grande partie provoque et conditionne les séparations d'avec ses partenaires".

6. Le 2 avril 2008, le SMR a proposé d'organiser un examen psychiatrique.
7. Le 25 mai 2008, le Dr B_____, psychiatre FMH au SMR, a rendu un rapport médical à la suite de l'examen de l'assurée du 14 mai 2009. L'assurée s'était mariée une première fois à dix-sept ans et avait divorcé neuf mois après, puis remariée en

1987 elle avait divorcé en 1989, puis mariée une troisième fois en 1990 elle avait divorcé en 1992 et enfin remariée à son premier mari en 1993, elle avait divorcé en 1994. Une enfant était née de cette union en 1993 puis un garçon en 1995 lequel présentait des difficultés psychologiques. Elle était suivie une fois par semaine par la Dresse A_____ avec prescription médicamenteuse. Elle se plaignait d'une dépression fluctuante de l'humeur avec, à raison de 70 % du temps, des moments où elle s'isolait ainsi que de douleurs de la nuque et du coccyx. Elle s'occupait de toutes les tâches ménagères. Il n'y avait aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail mais seulement une dysthymie (F34.1). Il n'avait pas retrouvé les éléments sémiologiques d'un tableau dépressif épisode actuel moyen et l'assurée avait certifié une bonne santé avec consultation pour elle-même seulement le 10 janvier 2008. Il n'y avait donc pas de récurrence dans l'anamnèse de l'assurée. Il n'avait pas non plus retrouvé les éléments principaux du tableau sémiologique du trouble de personnalité émotionnellement labile. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 %.

8. Le 29 mai 2009, la Dresse C_____ du SMR a conclu à une exigibilité de 100 % dans toute activité.
9. Par projet de décision du 5 juin 2009, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.
10. Par décision du 10 juillet 2009, il a confirmé son refus.
11. Par acte du 4 août 2009, complété le 28 septembre 2009, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision en faisant valoir qu'elle ne se sentait pas prête à travailler, qu'elle n'arrivait pas à se concentrer, qu'elle était fatiguée, qu'elle ne supportait rien et qu'elle devait parfois rester couchée.
12. Le 6 octobre 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
13. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse A_____ a rendu le 27 octobre 2009 un rapport médical, lequel était cosigné par M. P_____, psychothérapeute.

Leur avis divergeait de celui du SMR du 25 mai 2008. L'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline remontant à l'adolescence ainsi que de dislocation de sa famille par séparation considérée en tant que facteur actif de stress.

Fin mai 2009, l'assurée avait tentée de se suicider, à la suite de quoi elle avait été hospitalisée aux HUG.

Le mode de relation de l'assurée avec un de ses fils devenait ingérable. Celui-ci était violent avec elle. La situation psychopathologique était lourde de sens. Elle était actuellement incapable de travailler à 100%.

14. Le 16 novembre 2009, la Dresse _____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel les éléments mis en avant par le rapport de la Dresse A _____ et de M. P _____ ne permettaient pas d'admettre une atteinte limitante dans l'exercice d'une activité professionnelle.
15. Le 17 novembre 2009, l'intimé a maintenu ses conclusions visant au rejet du recours.
16. Le 22 mars 2010, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties.

La recourante a déclaré : "Actuellement je ne me sens pas bien, je m'estime incapable de travailler tant pour des raisons psychiques que physiques. J'ai l'impression qu'avec le temps mon état va s'améliorer. Cela fait longtemps que je vis cet état. Mon état s'est dégradé il y a deux ans. Je vis actuellement avec deux de mes fils de 14 et 16 ans. Par moments j'arrive à assumer mon ménage à d'autres moments pas du tout. Les enfant m'aident beaucoup. J'ai des douleurs régulièrement à la tête et à la nuque dès que je suis stressée, je prends alors du Témesta. J'ai un traitement médicamenteux de Témesta, d'Effexor et Dafalgan. Quand j'aurais moins de problèmes et de stress je pourrais recommencer à travailler. Mon dernier emploi à Genève était chez X _____. Je suis soutenue par l'Hospice général et un assistant social s'occupe de mon dossier M. Q _____. Depuis 2008 je suis suivie par la Dresse A _____. Actuellement je la vois une fois par semaine. J'effectue ce suivi depuis que j'ai séjourné à l'Hôpital cantonal alors que je voulais mettre fin à mes jours. Je suis aussi suivie par la Dresse D _____ qui est généraliste. Je fais les démarches administratives notamment le recours toute seule. J'envisage, quand j'irais mieux, de pouvoir reprendre un travail mais qui soit léger car j'ai de l'arthrose dans la nuque".

17. Le 20 avril 2010, l'intimé a proposé de soumettre à l'expert un questionnaire d'expertise standard AI en se référant à un avis du SMR du 19 avril 2010.
18. La recourante n'a pas formé d'observations.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur

l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 8 août 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) ainsi que des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 5 juin 2009, qui a été confirmé par la décision du 10 juillet 2009, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 4 août 2009.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

2. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
3. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est

invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 1^{er}).

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

4. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au

niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

6. a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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. 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 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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/bb et cc).

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

8. En l'espèce, compte tenu des avis divergents du SMR et de la Dresse A_____, il se justifie d'instruire la cause par le biais d'une expertise

psychiatrique judiciaire, laquelle sera confiée au Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Au demeurant, il n'y pas lieu de soumettre au Dr E_____ le questionnaire standard de l'OAI dès lors que l'intimé ne prétend pas que la présente mission d'expertise omettrait de poser une ou des questions pertinentes dans le cas d'espèce. La question i sera néanmoins complétée afin que l'expert expose les éventuelles limitations qui empêcheraient ou réduiraient l'exercice d'une activité lucrative.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 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 Madame N_____.
 - c. Examiner Madame N_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Madame N_____ d'un point de vue psychiatrique ?
 - g. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - h. En cas de trouble psychique :
 - Quel est le degré de gravité de celui-ci ?
 - Depuis quelle date est-il présent chez Madame N_____ ?
 - Comment a-t-il évolué ?
 - Quel traitement est-il indiqué ? Madame N_____ suit-elle un traitement adéquat ?
 - Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
 - i. Compte tenu de votre diagnostic, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre

pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? Si non ou si seulement dans une mesure réduite pour quelles raisons et quelles sont les limitations en relation avec les troubles constatés ?

- j. Etes-vous d'accord avec le rapport du SMR du 25 mai 2008 ? notamment avec la conclusion selon laquelle l'assurée présente une dysthymie sans répercussion sur la capacité de travail ? si non pourquoi ? veuillez motiver précisément vos divergences.
 - k. Etes-vous d'accord avec les rapports de la Dresse A_____ des 16 janvier 2009 et 27 octobre 2009 ? si non pourquoi ? veuillez motiver précisément vos divergences.
 - l. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 10 juillet 2009 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
 - m. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
 - n. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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