

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3546/2012

ATAS/604/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 17 juin 2013**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame U\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN

recourante

contre

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

intimé

---

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.**

---

**EN FAIT**

1. Mme U \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1969, originaire du Rwanda, a vécu au Burundi et est entrée en Suisse en juillet 1993. Elle est séparée depuis 2008 de son époux et est mère de deux enfants nés en 1998 et 2000.
2. Selon le curriculum vitae de l'assurée, celle-ci a travaillé de 1993 à 1995 comme employée de maison dans diverses familles puis effectué un stage de français et couture pour l'association X \_\_\_\_\_ de 1996 à 2001, travaillé comme vendeuse chez Y \_\_\_\_\_ en 2002-2003 et suivi un stage de vendeuse chez Z \_\_\_\_\_ en 2004.
3. Selon l'extrait de compte individuel de l'assurée auprès de la Caisse cantonale genevoise de compensation, cette dernière a perçu des indemnités de chômage dès 2001 et en 2003, 2004 et 2005, avec un emploi au Service des prestations cantonales de mai 2002 à mai 2003.
4. Dès 2002, l'assurée a souffert de douleurs et blocages lombaires.
5. En 2004, l'assurée a obtenu un certificat de coupe et couture de l'école Frei à Genève.
6. Le 20 septembre 2005, le Dr A \_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, a relevé qu'il n'y avait pas à l'imagerie (scanner lombaire de 2002 et IRM colonne lombaire de 2003) d'argument pour un syndrome radiculaire L4 et que les douleurs étaient probablement multifonctionnelles.
7. Une IRM lombaire du 28 octobre 2008 a conclu à "hormis une discrète discopathie L4-L5, cette IRM lombaire est normale. Il n'y a notamment pas d'argument pour une hernie, un canal lombaire étroit ou un conflit radiculaire".
8. Le 6 novembre 2008, le Dr A \_\_\_\_\_ a relevé que l'IRM lombaire du 28 octobre 2008 montrait une discopathie L4-L5 mais que les douleurs étaient majorées par des troubles psychiques.
9. Le 21 novembre 2008, l'assurée a été admise dans l'unité ambulatoire secteur Pâquis des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) pour une consultation individuelle en raison d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen.

10. Le Dr B\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, consultation secteur Pâquis, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 17 décembre 2008 au 31 août 2010 sous réserve d'une incapacité de travail à 50 % en novembre 2009.
11. Le 23 septembre 2009, le Dr C\_\_\_\_\_, FMH gastro-entérologie, a attesté d'une métaplasie intestinale de l'œsophage chez l'assurée.
12. La Dresse D\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de l'assurée à 50 % en octobre 2009 et à 100 % en novembre 2009.
13. Le 8 décembre 2009, le Service des urgences des HUG a attesté d'une consultation pour lombalgie basse M 54.J, l'assurée s'étant bloqué le dos.
14. Le 5 novembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de douleurs résistantes au dos, de la colonne vertébrale et d'une atteinte psychologique.
15. Par communication du 5 octobre 2011, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a renoncé à des mesures d'insertion précoce ou de réadaptation professionnelle.
16. Le 17 novembre 2011, la Dresse D\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a posé les diagnostics de "dysthymie F34.1 CIM 10, lombalgies chroniques : discopathie L4-L5, hernie discale médiane comprimant le fourreau dural et syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4".

Elle avait suivi l'assurée de juillet à septembre 1996 (pour des douleurs abdominales, lombalgies, douleurs du flanc et de l'épaule droite) et depuis février 2009. L'assurée était déprimée, fatiguée avec des troubles de la mémoire, des vertiges, céphalées. Elle présentait des lombalgies constantes ainsi qu'un reflux gastro-oesophagien chronique, une hernie hiatale, une hypersensibilité à certains pollens, une atopie et un prurit généralisé. On ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

17. Le 22 novembre 2011, le Dr E\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il pose les diagnostics d'épisode dépressif moyen, syndrome douloureux somatoforme persistant, privation de relation affective pendant l'enfance, départ du foyer pendant l'enfance, changements dans les relations familiales pendant l'enfance, événements entraînant une perte de l'estime de soi pendant l'enfance, difficultés liées à de possibles sévices physiques

infligés à un enfant, expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance et autres difficultés liées à une enfance malheureuse.

Le suivi avait débuté le 2 septembre 2010. Le parcours de vie de l'assurée était très difficile. Elle était orpheline de mère et avait été maltraitée par sa belle-mère. Dès l'adolescence elle avait présenté des douleurs au dos. Arrivée en Suisse elle avait été exploitée par la personne qui l'avait reçue. Elle avait été très angoissée par la séropositivité de son époux et avait vécu dans la crainte perpétuelle de contracter le virus. Elle prenait du Cymbalta 60mg/jour. L'incapacité de travail était totale avec une éventuelle reprise possible de 20 à 50 %. Elle présentait un status algique, une mobilité réduite et très aléatoire, une aboulie, une fatigue et des troubles de l'attention et de la mémoire. Elle avait des difficultés de concentration/attention, une capacité d'adaptation et de résistance limitée en raisons de douleurs dorsales.

18. Le 20 février 2012, le Dr A\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé le diagnostic de lombalgie chronique depuis 2001 et indiqué un suivi du 20 septembre 2005 au 4 novembre 2008. Les traitements antalgiques et la physiothérapie n'avaient amené qu'une amélioration transitoire. Il soupçonnait en 2008 un état dépressif associé à un impact sur les douleurs. En 2008, un emploi de vendeuse était possible avec un rendement réduit de 30 % en raison d'une position debout prolongée douloureuse au niveau lombaire.
19. Le 27 avril 2012, le SMR a rendu un rapport médical suite à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée du 20 avril 2012 effectué par les Drs F\_\_\_\_\_, FMH médecine interne et rhumatologique, et G\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie.

L'assurée se plaignait depuis l'âge de 9 ans jusqu'à l'âge de 18 ans de douleurs dorsales hautes, de 1990 à 1991 de douleurs au flanc, dès 2002 de douleurs lombaires avec blocages ainsi que de douleurs du membre supérieur droit avec parfois des douleurs au flanc droit, de douleurs aux chevilles et aux genoux. Aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'était retenu. Les diagnostics suivants étaient posés, sans répercussion sur la capacité de travail : dorsolombalgies dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis et de discrets troubles dégénératifs du rachis lombaire, discret status variqueux des membres inférieurs, syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, en rémission complète, autres difficultés liées à une enfance malheureuse et privation de relation affective pendant l'enfance.

Au vu de ces diagnostics, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue, les troubles statiques du rachis étant modérés et les troubles dégénératifs du rachis discrets. Par ailleurs, le syndrome douloureux somatoforme persistant ne s'accompagnant actuellement d'aucune pathologie psychiatrique incapacitante ou de critères de sévérité selon la jurisprudence, il ne pouvait conduire à la définition d'une incapacité de travail. L'épisode dépressif moyen était en rémission complète et le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant selon les critères du Tribunal fédéral. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle somatique ou psychique et la capacité de travail était entière dans toute activité.

20. Le 24 mai 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'envoi par l'assurée de l'IRM lombaire du 28 octobre 2008 ne changeait pas les conclusions du rapport du 27 avril 2012.
21. Le 31 mai 2012, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR a constaté une capacité de travail totale de l'assurée.
22. Par projet de décision du 15 juin 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Celle-ci présentait un statut mixte de 50 % active et 50 % ménagère mais une enquête ménagère ne se justifiait pas car elle ne serait pas susceptible de modifier le droit à la rente, la capacité à effectuer les travaux ménager correspondant à la capacité de travail.
23. Le 13 juillet 2012, l'assurée, représentée par une avocate, a observé qu'elle contestait le projet de décision de l'OAI.
24. Le 18 septembre 2012, l'OAI a rejeté la requête d'assistance juridique de l'assurée.
25. Par décision du 25 octobre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que l'assurée n'avait apporté aucun élément pour contester le projet de décision.
26. Le 26 novembre 2012, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 25 octobre 2012 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle avait travaillé comme employée de maison de 1993 à 1995 puis vendu des vêtements chez Y\_\_\_\_\_ de 2002 à 2003 et effectué un stage de vendeuse chez Z\_\_\_\_\_ en 2004. Le rapport du SMR du 27 avril 2012 contenait de nombreuses erreurs. Sa mère était décédée en Tanzanie pour des raisons qu'elle ignorait et non pas au Burundi pour des raisons peu claires. Elle avait vécu d'abord avec son père et sa belle-mère puis était retournée chez sa tante

où vivait sa sœur pendant deux ans puis à nouveau chez son père. Elle se plaignait de fatigue, contrairement à ce que le SMR avait mentionné. La nécessité d'une prise en charge psychiatrique jeune était établie par ses médecins-traitants. Elle était déjà suivie depuis 2008 par le CTB et prenait un traitement médicamenteux dès cette date, soit antérieurement à 2010. Elle ne faisait pas le ménage tous les jours et la lessive qu'une fois par semaine. Elle n'avait pas une vie sociale normale et ne voyait des gens que rarement. L'entretien au SMR n'avait duré que 30 minutes et elle avait été invitée à répondre brièvement. Elle présentait des troubles du sommeil, contrairement à l'indication du SMR. La rémission complète de l'état dépressif moyen n'était pas motivée et était contestée. Elle se trouvait actuellement dans un état dépressif sévère. Elle sollicitait l'audition de Mme V\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute et du Dr E\_\_\_\_\_ et l'ordonnance d'une expertise judiciaire. Elle a produit trois documents soit :

- Un "commentaire au rapport AI" cosigné par le Dr E\_\_\_\_\_ et Mme V\_\_\_\_\_ selon lequel l'état de l'assurée aurait nécessité une prise en charge psychiatrique antérieure mais celle-ci n'y avait pas eu accès, que l'assurée avait été en suivi psychothérapeutique depuis 2007, que la discrétion des traits dépressifs était une des problématique de l'assurée qui avait appris à cacher sa souffrance depuis l'enfance, que l'état dépressif n'était pas en rémission complète, que le dernier test de Beck effectué en novembre 2012 montrait une dépression sévère, que dans le cas de l'assurée il y avait au départ une détresse profonde qui ne trouvait pas d'autre issue que les douleurs pour s'exprimer, lesquelles renforçaient encore le sentiment de détresse et qu'il y avait ainsi un cercle vicieux détresse-douleurs.
  - Une copie du procès-verbal d'enquête du Tribunal de première instance du 14 janvier 2008 selon lequel M. W\_\_\_\_\_, psychologue, a déclaré que le récit de l'assurée était sincère, qu'elle se trouvait dans un état de souffrance morale et de peur face à l'avenir et d'épuisement psychique et moral.
  - Une attestation du 20 novembre 2007 de solidarité femmes selon laquelle l'assurée avait subi des violences de la part de son époux.
27. Le 11 février 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que les griefs soulevés n'étaient pas décisifs dans le cadre de l'appréciation médicale et que l'avis des experts l'emportait sur celui des médecins-traitants.
28. Le 13 juin 2013, l'assurée a acquiescé à la mission d'expertise.

29. Le 13 juin 2013, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du 4 juin 2013 selon lequel il n'y avait pas de motif de récusation ni de question complémentaire à poser.

### **EN DROIT**

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

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

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 une demande de prestations du 5 novembre 2010. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (6<sup>ème</sup> révision), ne sont pas applicables au cas d'espèce.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. 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).

4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une 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, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie (al. 2).

d) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à

influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

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

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

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

5. 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).
6. a) 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).

b) 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).

c) 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).

d) 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).

7. 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 permettraient 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).
8. a) D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi 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 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité

psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'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), de 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 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65;

ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours 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 lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 *in fine* et les références).

En présence de syndromes sans pathologie ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission qui leur est 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 non publié 9C\_953/2011 du 25 octobre 2012, consid. 5.3 et la référence).

9. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 *in fine*), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble

dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).

c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en

Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

10. 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) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

11. En l'espèce, l'assurée a été soumise à un examen bidisciplinaire au SMR, soit rhumatologique et psychiatrique (rapport du 27 avril 2012).

La recourante conteste les conclusions psychiatriques de ce rapport et produit un avis médical du Dr E\_\_\_\_\_ et de la psychologue Mme V\_\_\_\_\_.

Au vu des divergences importantes existant du point de vue psychiatrique entre le rapport du SMR du 27 avril 2012, lequel conclu à l'absence totale de tout diagnostic psychiatrique incapacitant et ceux des médecins-traitants de la recourante, en particulier du psychiatre-traitant le Dr E\_\_\_\_\_ (rapport du 22 novembre 2011 et "commentaire au rapport AI") mais aussi de la Dresse D\_\_\_\_\_ (rapport du 17 novembre 2011), lesquels concluent à une incapacité de travail totale de la recourante et, pour le premier, remet en cause les constatations et conclusions du rapport psychiatrique du SMR, il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire.

12. Cette expertise sera confiée au Dr I\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, département de psychiatrie adulte, à Chêne-Bourg.

PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Préparatoire :**

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr I\_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme U\_\_\_\_\_.
  - c. Examiner Mme U\_\_\_\_\_.
  - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
    - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
    - f. Quel est le parcours professionnel de Mme U\_\_\_\_\_ ?
    - g. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
    - h. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme U\_\_\_\_\_ d'un point de vue psychiatrique ?
    - i. En cas de trouble psychique :
      1. Quel est le degré de gravité de celui-ci ?
      2. Depuis quelle date est-il présent chez Mme U\_\_\_\_\_ ?
      3. Comment a-t-il évolué ?
      4. Quel traitement est-il indiqué ? Mme U\_\_\_\_\_ suit-elle un traitement adéquat ?

5. Mme U\_\_\_\_\_ est-elle compliant ?
  6. Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?
  7. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
- j. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ?  
Si oui :
1. Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?
  2. Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
  3. Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
  4. Mme U\_\_\_\_\_ subit-elle une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
  5. Existe-t-il chez Mme U\_\_\_\_\_ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
  6. Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
  7. Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ?
  8. Dans quelle mesure peut-on exiger de Mme U\_\_\_\_\_ qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
  9. En d'autres termes, Mme U\_\_\_\_\_ dispose-t-elle et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
- k. 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 dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

1. Mme U\_\_\_\_\_ est-elle capable d'effectuer ses tâches ménagères ? Si non ou si seulement partiellement, pour quels motifs ? Quel est précisément l'incidence du trouble psychique sur la capacité de Mme U\_\_\_\_\_ à effectuer ses tâches ménagères ? Depuis quelle date une incapacité à effectuer les tâches ménagères est-elle présente ?
  - m. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité, soit le 25 octobre 2012 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?
  - n. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
  - o. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La Présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le