

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/743/2015

ATAS/887/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 16 novembre 2015**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître MONTEIRO SANTOS Catarina

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Le 17 février 2015, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante) a interjeté recours contre la décision du 6 février 2015 de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI, l'office ou l'intimé) lui refusant toutes prestations AI. L'acte avait été adressé par erreur à l'OCAS Genève et transmis, comme objet de sa compétence, en date du 3 mars 2015, à la chambre des assurances sociales de la Cour de Justice.
2. Ce recours n'étant pas signé, la chambre de céans avait imparti un délai à la recourante, au 16 mars 2015 pour lui retourner ce document signé, sous peine d'irrecevabilité.  
  
Sans nouvelles de l'assurée, après l'échéance du délai imparti, la chambre de céans a déclaré le recours irrecevable, par arrêt du 7 avril 2015 (ATAS/247/2015), notifié le 9 avril 2015.
3. Par courrier recommandé du 15 avril 2015, l'intimé a informé la chambre de céans que la recourante avait bien retourné le recours signé dans le délai imparti, mais l'avait adressé par erreur à l'OCAS (qui l'avait reçu le 13 mars 2015); le recours signé n'était pas parvenu à la chambre de céans en raison d'un dysfonctionnement dans l'acheminement du courrier, l'intimé a requis cette juridiction de revoir l'arrêt du 7 avril 2015 et déclarer le recours de Mme A\_\_\_\_\_ recevable.
4. Par arrêt du 4 mai 2015 (ATAS/349/2015), la chambre de céans a annulé celui du 7 avril 2015, déclaré le recours du 17 février 2015 recevable et repris l'instruction de la cause.
5. L'assurée, née le \_\_\_\_\_ 1983, suisse d'origine kosovare, est mariée, domiciliée à Genève. Elle a deux enfants, nés respectivement le \_\_\_\_\_ 2004 et le \_\_\_\_\_ 2007.
6. Le 19 mai 2011, alors qu'elle travaillait en qualité de femme de chambre auxiliaire à l'hôtel B\_\_\_\_\_ à Genève, elle a été victime d'un accident: tandis qu'elle nettoyait un miroir dans une salle de bains de l'hôtel, elle a glissé, et sa tête a heurté le rebord de la baignoire.
7. L'employeur a déclaré l'accident le lendemain, à Helsana assurances SA, intervenant en qualité d'assureur LAA.
8. En date du 24 septembre 2012 l'assurée a rempli une demande de prestations d'assurance-invalidité, déposée auprès de l'OAI le 8 octobre 2012, pour « maux de tête, etc » consécutifs à un accident, l'atteinte à la santé existant dès le 19 mai 2011, jour dès lequel elle était en incapacité de travail.
9. Il ressort du questionnaire rempli par l'employeur le 15 octobre 2012 que l'assurée a travaillé en qualité de femme de chambre auxiliaire du 12 septembre 2010 au 31 octobre 2011, date à laquelle l'employeur a résilié le contrat de travail, à l'issue

du délai de protection. L'intéressée n'avait pas repris le travail à la suite de l'accident du 19 mai 2011.

Dans sa déclaration de sinistre à l'assureur-accident, l'employeur avait indiqué que l'assurée accomplissait, avec des horaires variables, 21 heures par semaine, réparties sur deux jours et demi, l'horaire habituel de travail dans l'entreprise étant de 42 heures par semaine.

10. Le médecin traitant, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en eurologie, a répondu au questionnaire de l'OAI le 26 octobre 2012. Il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de traumatisme cranio-cérébral (TCC), avec atteinte neurologique persistante dès le 19 mai 2011. Il suivait la patiente dès le 30 août 2011. Le dernier contrôle datait du jour de la réponse au questionnaire. Il a donné les renseignements anamnestiques suivants : trauma après chute en arrière, TCC ; symptômes actuels : céphalées, nausées, vertiges, photophobie et fatigue. Indications subjectives : pâleur, fatigue, céphalées, troubles de l'attention, déficit vestibulaire droit. Le pronostic était lentement favorable. Traitement actuel : Dafalgan et Deroxat. L'incapacité de travail était toujours totale depuis l'accident du 19 mai 2011. Restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes : l'état général était affecté par des céphalées et des nausées. Il préconisait, pour une future thérapie, un essai au Saroten (antidépresseur), et une recherche par rapport à l'intolérance au gluten. Actuellement l'état de santé ne lui permettait pas une reprise de travail, mais l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, à réévaluer dans six mois. Il a en outre répondu à des questions complémentaires : la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Il n'existait pas de capacité de travail dans une activité adaptée ; à la question de savoir si l'état de santé était stabilisé, il a répondu : aménagement de traitement antidépresseur (recherche maladie de type cœliaquie, sans rapport avec l'affection actuelle).

Dans un rapport intermédiaire à l'assureur-accidents, du 27 juillet 2012, ce médecin avait posé le diagnostic de syndrome post-traumatique avec vertiges, céphalées, fatigue, photophobie, troubles de l'équilibre et de l'humeur; le pronostic était très lentement favorable. L'incapacité de travail était toujours totale dans son travail de femme de chambre. Les limitations étaient des troubles de l'humeur et un état dépressif réactionnel. Il pensait qu'une reprise très progressive pourrait être tentée, dans une activité sans effort, cette éventualité n'ayant pas encore été abordée avec la patiente. Les restrictions physiques étaient notamment : ne pas soulever ou porter des charges de plus de trois kilos, pas de station debout de plus d'une demi-heure, pas de marche de plus d'un demi-kilomètre, position assise pendant deux heures, le taux d'activité journalier étant limité à deux heures avec un rythme de travail réduit à 25 %. Il avait également produit un rapport de consultation spécialisée du 14 mars 2012, du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. Il s'agissait d'une seconde consultation, pour un avis otoneurologique. En résumé, la patiente avait été victime d'une chute sur son lieu de

travail avec un impact au niveau de la tête. Probable perte de connaissance. Dès la chute elle s'était plainte de douleurs de la nuque, de céphalées et de vertiges. Il avait eu l'occasion d'examiner la patiente les 20 et 27 septembre 2011 et avait pu mettre en évidence une atteinte vestibulaire bilatérale. Une telle atteinte pouvait être la conséquence d'un traumatisme crânien, même parfois banal. À l'examen vestibulaire clinique et ENG, l'oculomotricité était conservée. Absence de nystagmus spontané. Les manœuvres de Hallpike étaient négatives des deux côtés. Absence de nystagmus en position de Rose. Les réponses à la simulation optocinétique sont totalement effacées. Les réponses nystagmiques à la stimulation rotatoire pendulaire prédominent à gauche, alors qu'à l'examen calorique il y a une aréflexie à droite, une hyporéflexie à gauche. Au cours de ces examens la fixation oculaire du nystagmus vestibulaire est totale. Il concluait que le tableau présenté par cette patiente correspondait à une atteinte vestibulaire périphérique droite, une neuronite vestibulaire. Dans l'évolution d'une telle atteinte, on voit parfois une présentation où peut se poser la question d'une atteinte vestibulaire bilatérale, tellement les réponses sont effacées des deux côtés. Ensuite, et comme c'est le cas chez cette patiente, la réactivité réapparaît dans une oreille mais reste absente dans l'autre. Il y a donc bien actuellement un déficit vestibulaire périphérique à droite, une neuronite vestibulaire. Cette atteinte périphérique reste mal compensée et n'a pas récupéré. Il n'y a pas de traitement permettant de restaurer une fonction vestibulaire altérée. La disparition des plaintes se fait par mise en place de processus compensatoires centraux. Une rééducation est indispensable et la patiente devra poursuivre dans ce sens. Il ajoutait que l'assurée avait signalé avoir saigné du nez au moment de son accident. Un scanner du massif facial réalisé le 24 octobre 2011 montre bien une ancienne fracture de l'os propre du nez, non déplacée. Il y avait donc certainement bien eu, comme la patiente l'avait déclaré, un impact au niveau de la tête.

11. Le dossier de l'assureur-accidents contenait encore un rapport du 17 janvier 2012 de Madame M\_\_\_\_\_, psychologue FSP, spécialiste en neuropsychologie FSP. Cette patiente, droitnière, de langue maternelle kosovare avait accompli sa scolarité jusqu'à 10 ans au Kosovo, puis après l'émigration, avait accompli un préapprentissage chez N\_\_\_\_\_. Elle avait travaillé quelques années dans la vente, puis fait des ménages en raison de l'incompatibilité horaire pour la garde de ses enfants. Dans les suites de l'accident du 19 mai 2011, elle se plaint de vertiges, douleurs à la nuque, épuisement, peine à se concentrer sur le stress ; la concentration entraîne rapidement des douleurs dans les yeux et la tête qui tourne. Certains jours elle ne peut pas sortir de chez elle en raison des douleurs et des vertiges. Son mari doit l'aider pour la gestion du ménage et des enfants. L'entente du couple s'est, pour ces raisons, un peu tendue. En conclusion : l'examen cognitif a mis en évidence un ralentissement, des troubles attentionnels, de faibles scores aux épreuves de mémoire et une faiblesse des capacités de mobilisation psychique. Ce tableau prend place dans le contexte de symptômes physiques douloureux après l'accident de mai 2011 ; la participation de troubles de l'humeur consécutifs à l'accident est sans

doute à prendre en considération aussi, chez une patiente chez qui la rigidité de la mobilisation psychique est le signe d'un équipement cognitif de base plus concret que porté sur la mentalisation et la représentation, qui ne lui permet sans doute pas une grande marge de réactivité sthénique dans un contexte douloureux, et aussi dudit affaiblissement des ressources psychiques et d'une coloration subdépressive.

12. Par courrier du 15 mars 2013, l'OAI a indiqué à l'assurée, dans une décision formelle, que compte tenu des éléments en sa possession, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées, l'instruction du dossier se poursuivant pour déterminer si elle remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité.
13. Le 25 mars 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical intermédiaire à l'OAI. Il n'y avait pas de changements de diagnostic. Quant à l'évolution de la patiente, son état était fluctuant ; il y avait toujours des vertiges, de la fatigue; pas de résistance à l'effort. Le traitement médicamenteux se poursuivait (pour l'essentiel Derogat, Dafalgan, Olfen). L'état de santé ne s'était pas modifié de façon notable, sans aggravation ni amélioration : il était stationnaire depuis 2011. Les limitations fonctionnelles observées étaient des vertiges, céphalées, fatigue, moindre résistance à l'effort. La capacité de travail était toujours nulle, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Les deux dernières consultations remontaient au 25 février et au 25 mars 2013. Il relevait encore l'opportunité d'évaluer les conséquences de la répercussion de l'accident sur l'environnement familial et du fait qu'il n'y avait pas de reconnaissance par le milieu professionnel. Il évoque un état post-traumatique persistant.
14. Le 11 avril 2013, les doctresses E\_\_\_\_\_, et F\_\_\_\_\_, respectivement médecin SMR et médecin responsable SMR/SR Team Genève, se fondant sur les documents médicaux à disposition, ont considéré qu'il était nécessaire d'effectuer une expertise pluridisciplinaire confiée à un centre de type COMAI via la plate-forme MED@P, comprenant les spécialités de neurologie avec bilan neuropsychologique-ORL-psychiatrie, afin de préciser les limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques, ainsi que leur impact sur la capacité de travail : le rapport énumère les questions à poser aux experts.
15. Par courrier du 12 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée de ce qu'il entendait la soumettre à un examen médical approfondi, confié à un centre d'expertises médicales désigné de manière aléatoire. Les questions que l'office entendait poser aux experts lui ont été soumises; elle avait la possibilité de formuler des questions complémentaires dans le délai de dix jours.
16. Par courrier du 31 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée de ce que l'expertise serait effectuée par le centre d'expertise médicale de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), et comporterait les examens suivants : médecine interne, neurologie, oto-rhino-laryngologie, psychiatrie et neuropsychologie.

17. Le 8 avril 2014, le centre d'expertise médicale (CEM) de la PMU a adressé à l'assurée le planning de l'expertise avec une première convocation auprès de la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, le 6 mai 2014, copie de ce courrier étant adressée au Dr C\_\_\_\_\_.
18. Les experts ont rendu leur rapport le 22 juillet 2014. L'expertise se fonde sur l'étude du dossier AI, l'examen de médecine interne du 6 mai 2014, les consiliams psychiatrique du 20 mai 2014, de neurologie du 2 juin 2014, de neuropsychologie du 5 juin 2014 et d'oto-rhino-laryngologie du 11 juin 2014. Les conclusions du rapport ont encore été discutées lors d'un colloque de synthèse le 1<sup>er</sup> juillet 2014 en présence des Desses G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, internistes, et du Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre.

Après avoir inventorié les documents médicaux figurant au dossier de l'OAI, y compris ceux tirés du dossier LAA, en relevant pour chacun les éléments essentiels, et en retenant également un rapport d'entretien de l'inspecteur des sinistres de l'assureur-accident du 30 août 2012 avec l'assurée et son mari, le rapport consigne une anamnèse complète, familiale et personnelle, et de l'affection actuelle. Il décrit ensuite les plaintes actuelles de l'expertisée, relève les éléments de l'anamnèse médicale systématique, cardio-vasculaire, respiratoire, du système digestif, gynécologique, urologique, ostéoarticulaire, neurologique et psychologique. Il prend en compte également les résultats d'examens de laboratoire effectués en décembre 2013 chez le médecin traitant. Sont encore décrites les habitudes de l'expertisée, par rapport au tabagisme et à l'alcool, relevant pour le premier une consommation de cinq cigarettes jusqu'à un paquet par jour depuis plusieurs années, et rien pour le second. Il mentionne le traitement actuel: médicamenteux d'une part (Dafalgan, plus de trois comprimés par jour, Brufen et Ponstan (occasionnellement), gouttes de Tramal (2-3 x 20 gouttes, une fois par jour en moyenne), Nexium 20mg/jour et Xanax dosage x le soir); consultation tous les mois du Dr C\_\_\_\_\_, « médecin traitant en qui elle a confiance », d'autre part. Il n'y a pas de suivi psychiatrique. Elle aurait vu un psychiatre, une fois, mais « elle n'arrive pas à se livrer facilement, sauf à son médecin traitant ». Le rapport décrit ensuite l'anamnèse psychosociale, la vie de l'assurée au quotidien, puis l'anamnèse professionnelle, l'histoire asséculologique et enfin les désirs, projets professionnels et les attentes vis-à-vis de l'assurance.

Un second chapitre est consacré aux constatations objectives : expertisée de 31 ans faisant son âge, orientée dans le temps et dans l'espace, présentant un léger ralentissement psychomoteur, avec faciès triste, et larmes aux yeux à plusieurs reprises durant l'entretien. La voix est d'intensité faible ; elle décrit une intense fatigue. Le status cardio-vasculaire montre une tension artérielle de 104/64 mmHg, pouls à 64/min.. Auscultation cardiaque physiologique. Artères périphériques toutes palpées. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas de varices. Le status respiratoire est physiologique. Le status digestif décrit un abdomen souple, sensible dans la région épigastrique, avec un foie au rebord costal. Les loges rénales sont souples et

indolores. Au status neurologique, le Romberg est stable malgré la description de vertiges mal systématisés. Pas de nystagmus; nerfs crâniens en ordre. Nuque souple. Lasèque négatif des deux côtés. Pas de signe de latéralisation, de déficit sensitivomoteur, que ce soit aux membres supérieurs ou inférieurs. Description de céphalées diffuses lors de l'examen, de vertiges mal systématisés et d'une sensation d'intense fatigue avec besoin de baisser les paupières en raison d'une sorte de photophobie. Épreuves de coordination effectuées de manière symétrique, sans dysmétrie. Quant au status ostéo-articulaire, il relève un rachis bien mobile, une distance doigt/sol de 10 cm, en raison d'un raccourcissement des ischio-jambiers; Schober lombaire 10-15 cm. Nuque souple mais avec description de douleurs à la flexion extrême, avec une distance menton/sternum en flexion-extension maximale de 4-17 cm. Rotation et inclinaison non limitée, indolore. Douleurs à la palpation des trapèzes des deux côtés, où il y a une contracture légère. Pas d'autres points de fibromyalgie douloureux que les points occipitaux. Aucune limitation des articulations des membres supérieurs et inférieurs. Pas de tuméfaction articulaire. Il est ensuite fait état des résultats des examens paracliniques effectués le 6 mai 2014 (hématologie, chimie, vitamines/nutrition).

Le Dr I\_\_\_\_\_ a procédé à la consultation spécialisée de psychiatrie. Après avoir rappelé un certain nombre d'éléments anamnestiques, il décrit le status de l'expertisée : femme de 31 ans faisant plus que son âge, au teint très gris, à l'hygiène et l'habillement conservés, sans recherche particulière. Le faciès est triste et peu mobile ; on observe un ralentissement psychomoteur important, un temps de latence aux réponses, augmentant durant l'entretien. Le contact est ainsi marqué par la thymie déprimée et le ralentissement, tout en restant collaborant. Bonne maîtrise du français, mais à plusieurs reprises des réponses à côté, des confusions de niveau logique, une difficulté de compréhension qui paraît témoigner à la fois d'une capacité d'abstraction limitée mais également d'une concentration fluctuante. On remarque une fatigabilité au cours de l'entretien avec une latence aux réponses. La thymie est résolument sur le versant dépressif avec des pleurs silencieux. Pas de signes ou symptômes de la lignée psychotique. En plus des plaintes douloureuses, les plaintes d'ordre psychologique sont très pauvrement exprimées. On retient la fatigue, les troubles de la mémoire et de la concentration, le découragement, la perte d'espoir, le sentiment de honte et d'indignité, la tristesse, la relative phobie sociale avec isolement, l'anhédonie et l'aboulie. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité moyenne (F32.1), de troubles neuropsychologiques en cours d'investigation et de troubles somatoformes douloureux (F45.4). Sur le plan psychiatrique, l'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent de retenir les diagnostics d'état dépressif et de probables troubles somatoformes douloureux. L'état dépressif s'est installé après la chute au travail. Il est déjà observé par les médecins traitants en 2011 et s'aggrave depuis début 2014 en lien avec la non-évolution du syndrome douloureux, et possiblement du décès du père l'année précédente. L'état dépressif est avéré, ne répond que très partiellement à l'administration d'antidépresseurs ; il constitue un obstacle important à la capacité

---

de travail avec, notamment, la fatigue, l'aboulie, la perte d'espoir et la relative phobie sociale entraînant la limitation des capacités positives de l'assurée. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux est retenu eu égard au syndrome douloureux non entièrement expliqué apparemment par les altérations physiques observées. En conclusion, il estime que la capacité de travail est actuellement limitée mais qu'il conviendrait de réévaluer régulièrement la situation.

Le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a relevé qu'aux dires de la patiente, après la chute elle a subi une brève perte de connaissance/amnésie circonstancielle, suivie d'une sensation de chaleur majeure, des tremblements diffus et l'apparition de cervico-céphalalgies. Elle a également semble-t-il saigné du nez et s'est plainte immédiatement de vertiges avec instabilité majeure. Elle a d'abord été prise en charge par plusieurs généralistes, avant d'être adressée au Dr C\_\_\_\_\_, neurologue ainsi qu'au Dr D\_\_\_\_\_, ORL, car elle continuait à se plaindre d'importantes cervico-céphalalgies associées à des vertiges, des troubles attentionnels et un ralentissement généralisé. Elle a également subi un examen neuropsychologique. Enfin il a également été procédé à un bilan radiologique/neuroradiologique. Le bilan neurologique pratiqué par le Dr C\_\_\_\_\_ s'est avéré sans anomalie majeure ; ce médecin a conclu à un syndrome post-commotionnel. Le Dr D\_\_\_\_\_ a conclu à une probable atteinte vestibulaire bilatérale avec une importante diminution de la réactivité des deux côtés (ddc), atteinte qu'il a mise en relation avec les conséquences de l'événement accidentel du 19 mai 2011. Les examens radiologiques n'ont pas relevé de lésions post-traumatiques mais ont mis en évidence une sinusite maxillaire et ethmoïdale ainsi que de multiples microlésions hyperintenses en T2 au niveau hémisphérique-paraventriculaire. Malgré de nombreux traitements à visée antalgique, la patiente a continué à se plaindre de cervico-céphalalgies, de sensations vertigineuses et d'une baisse de moral. Un bilan neuropsychologique a également été pratiqué, qui a conclu à un ralentissement, des troubles attentionnels et à de faibles scores aux épreuves de mémoire, pouvant être influencés par un trouble de l'humeur apparu dans les suites de l'accident. L'expert avait déjà examiné la patiente, dans le cadre d'une expertise demandée par l'assureur-accidents, en date du 8 septembre 2011. À l'époque la patiente se plaignait d'une fatigue et d'une fatigabilité majeure, de cervico-céphalalgies persistantes, de tremblements occasionnels, de sensations vertigineuses à type de manque d'équilibre et d'un flou visuel. A l'examen clinique, on observait l'absence d'instabilité et de déviation cliniquement significative aux épreuves vestibulo-cérébelleuses, un ralentissement des mouvements rapides ddc, et des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire au niveau des quatre extrémités, ceci sans altération des épreuves des bras tendus et des jambes fléchies, ni de la trophicité et des réflexes tendineux, avec une bonne préservation des épreuves de coordination cinétique et de la sensibilité. Il avait également pratiqué un EEG et un écho-Doppler des vaisseaux précérébraux qui étaient normaux. Au terme de son bilan il avait conclu à un status après TCC mineur et distorsion/contusion cervicale simple le 19 mai 2011, et à un syndrome post-

commotionnel/post-distorsion-contusion cervicale simple au décours, avec majoration des symptômes. Sur le plan de la capacité de travail il avait conclu que la composante somatique post-traumatique des troubles ne représentait plus une cause d'incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. Globalement la patiente signalait plutôt une aggravation qu'une amélioration de ses plaintes depuis l'événement accidentel, ceci malgré l'ensemble des traitements tentés jusqu'ici. Actuellement elle se plaint tout d'abord de cervico-céphalalgies constantes mais plus ou moins importantes, avec une douleur au point de départ cervical diffusant à l'ensemble de l'encéphale, habituellement à type d'étau/pression, mais pouvant prendre occasionnellement un caractère violent et pulsatile s'accompagnant alors de nausées, d'une phono- et photophobie, à raison de plusieurs épisodes par semaine. Parallèlement, persistent des sensations vertigineuses à type de manque d'équilibre notamment au stress et aux maux de tête importants pouvant obliger la patiente à se tenir, voire à s'allonger pendant une à deux heures. Enfin, persistent un ralentissement global, une fatigue et une fatigabilité ainsi qu'un manque de moral. En raison des troubles susmentionnés, la patiente n'a donc plus repris son activité professionnelle. Au moment de l'expertise, le traitement consiste dans la prise de médicaments. Il n'y a pas de traitement physique en cours ni de prise en charge psychothérapeutique. Le médecin traitant est essentiellement le Dr C\_\_\_\_\_. À l'examen neurologique, la patiente est dolente, apparemment ralentie, fatiguée et fatigable, de collaboration sub-optimale et très démonstrative dans ses plaintes. En station debout et à la marche, on note une marche spontanée normalement possible de même que la marche sur la pointe des pieds et sur les talons. La station pieds joints, l'épreuve de Romberg, l'épreuve des index conjugués et la marche un pied devant l'autre sont sans instabilité ni déviation significative. L'auscultation des carotides est physiologique. À l'examen, la nuque a une mobilité apparemment très fortement limitée avec provocation d'importantes douleurs locales, au moment de l'examen. Les muscles paracervicaux et le chef supérieur du trapèze ne sont pas contracturés, mais sont donnés comme extrêmement sensibles ddc. À l'examen des paires crâniennes, l'acuité et les champs visuels paraissent intacts. Les pupilles sont en position moyenne, isocores et normo-réactives. Il n'y a pas de troubles de l'oculomotricité. La sensibilité et la motricité faciale sont intactes. L'audition est préservée à l'examen sommaire. Les dernières paires crâniennes sont sans particularité. L'examen du tronc et des membres, les épreuves des bras tendus et des jambes fléchies sont sans chute, mais les mouvements rapides sont effectués de façon extrêmement médiocre ddc, surtout au niveau des membres supérieurs. La trophicité musculaire est préservée. Les réflexes tendineux sont présents, normovifs et symétriques. Le cutané plantaire est en flexion ddc. Les réflexes cutanés abdominaux sont normalement présents. Le testing de la force musculaire est caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés aux quatre extrémités, sans déficit moteur certain. Pas de troubles de la coordination ni du tonus. Les sensibilités superficielles et profondes sont préservées avec une pallesthésie à 8/8.

En résumé, l'expert conclut que l'assurée a très certainement été victime le 19 mai 2011 d'un TCC mineur associant possiblement une distorsion cervicale simple, mais il n'y a pas d'éléments à l'anamnèse, à l'examen clinique et aux examens complémentaires pour conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux central faisant suite à cet accident. Le bilan oto-neuro-vestibulaire pratiqué dans le cadre du présent examen permettra de confirmer ou d'infirmer l'existence d'une atteinte vestibulaire telle qu'observée par le Dr D\_\_\_\_\_ par le passé. Si le traumatisme cervico-crânien du 19 mai 2011 peut expliquer la survenue de troubles, il existe indubitablement une discordance entre l'importance actuelle de la symptomatologie et la discrétion de l'événement accidentel. Le caractère des maux de tête évoque en premier lieu des céphalées tensionnelles avec éventuellement une composante migraineuse surajoutée par moments. Selon lui, à moins de la démonstration d'une atteinte vestibulaire évidente au bilan ORL, les sensations vertigineuses décrites par la patiente ont un caractère de sensations vertigineuses sans substrat somatique/d'origine anxio-tensionnelle. Le ralentissement et le manque de moral vont également dans le sens d'un trouble sans substrat somatique. Aux termes du présent bilan, l'expert aurait tendance à conclure à un tableau de troubles somatoformes, sans substrat somatique neurologique clairement identifiable. Si l'ensemble du bilan n'apporte pas d'éléments convaincants pour une participation somatique aux troubles, il ne retient pas, au terme de son examen, d'atteinte somatique justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. Sur le plan thérapeutique, il s'agit de poursuivre le traitement actuel. En principe une prise en charge psychologique serait souhaitable, mais il semble que la patiente n'y tienne pas.

Madame K\_\_\_\_\_, psychologue, spécialiste en neuropsychologie FSP, adjointe au service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, a pratiqué un examen neuropsychologique. Elle retient le diagnostic de défauts et fragilité attentionnels (avec notamment sensibilité à l'interférence) au premier plan, et fatigabilité. La patiente était orientée dans le temps, l'espace et sur sa personne, nosognosique sur le plan cognitif, ralentie, manifestant une fatigabilité après trente minutes d'examen déjà, et dès lors peinant à maintenir un effort attentionnel. Elle est labile sur le plan émotionnel: dans ce contexte, elle collabore malgré tout de manière satisfaisante à l'examen. Elle frappe d'emblée par une mimique douloureuse (prend un Dafalgan après cinq minutes d'entretien), a un comportement démonstratif et une prosodie affaiblie. Les plaintes spontanées concernent une dégradation progressive de sa santé de manière générale et plus particulièrement de la mémoire, de la thymie avec pour conséquence, une dégradation des liens conjugaux et amicaux. Sur demande, elle rapporte des difficultés d'attention, un état d'épuisement, une absence de perspectives d'avenir, un sentiment d'indignité, une intolérance au stress ou aux imprévus. Selon ses dires le stress pourrait être à l'origine de « fourmillements dans tout le corps ». Elle peinerait ainsi à remplir ses tâches ménagères et maternelles. Elle évoque une absence d'amnésie pré-

traumatique, mais une amnésie circonstancielle et post-traumatique de quelques minutes. Absence de traumatisme crânio-cérébral antérieur. Langage spontané faiblement appétant, mais ne présentant pas de particularités. Compréhension auditivo-verbale correcte sur le plan clinique, aussi bien dans l'entretien que dans la compréhension des différentes consignes d'épreuves. L'écriture automatique est possible; par contre la dictée en français ne peut être réalisée. Calcul mental élémentaire correct. À l'écrit, la multiplication et la division ne sont pas maîtrisées (possiblement non acquises). Les praxies constructives (épreuve CERAD), idéomotrices et réflexives sont préservées. Absence de troubles gnosiques visuels, aussi bien sur le plan discriminatif que dans des épreuves nécessitant la reconstitution d'images fragmentées. Pas de signe d'hémi-négligence. En mémoire, l'empan verbal est modérément déficitaire et bon en modalité non-verbale. Pas d'éléments indiquant un biais intentionnel vers une mauvaise réponse. Elle ne relève ni confabulation ni fausse reconnaissance. En conclusion cet expert retient de faibles performances de la mémoire de travail, de la mémoire immédiate et antérograde, traduisant un défaut d'attention avec fragilité, sensibilité à l'interférence, qui lui paraît s'inscrire de manière prépondérante dans le cadre des probables troubles de l'humeur décrits. Comparativement à l'investigation neuropsychologique pratiquée les 16 et 17 janvier 2012, le tableau cognitif paraît globalement superposable. Sur le plan strictement neuropsychologique, ces éléments sont de nature à diminuer la capacité de travail dans l'activité précédemment exercée de 10 à 20 %, et le rendement d'environ 20 à 30 % ; soit une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 50 %.

Le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ORL et chirurgie cervico-faciale, médecin-chef en otoneurologie au CHUV, a procédé à la consultation d'otoneurologie le 11 juin 2014 pour évaluer si l'atteinte vestibulaire périphérique précédemment décrite par le Dr D\_\_\_\_\_, en septembre 2011 et mars 2012 était toujours présente, et pour apprécier la capacité de travail actuelle en tant que femme de ménage, sur le plan ORL. S'agissant des plaintes actuelles (centrées sur les vertiges), il relève que la patiente se souvient d'avoir eu quelques vertiges légers le jour de l'accident, suite au choc et des douleurs au niveau de la nuque. Par la suite, avec le temps, aggravation progressive des sensations vertigineuses, principalement non rotatoires à type de tangage, parfois également rotatoires, d'intensité fluctuante pendant la journée. Les vertiges sont actuellement quotidiens, augmentés par la fatigue et le stress, mais peu dépendants des mouvements corporels et des stimulations visuelles. La symptomatologie est seulement présente en position debout, statique et à la marche ; absente en position assise ou couchée. Il n'y a pas de vertiges positionnels. Réaction anxieuse avec peur de tomber. Sur le plan auditif, il n'y a pas de surdité, ni acouphènes, mais la patiente rapporte une intolérance au bruit. Questionnée sur les causes de son incapacité de travail, par ordre décroissant d'importance, la patiente invoque en premier lieu l'asthénie, puis des douleurs généralisées, puis la baisse de l'humeur avec perte de la confiance en soi, et enfin les vertiges et céphalées. Au status ORL, à l'otoscopie les tympanes sont calmes,

dépolis des deux côtés, le reste de l'examen étant sans particularité. À l'examen vestibulaire clinique, les nerfs crâniens sont en ordre. Épreuves cérébelleuses bien effectuées. Épreuves d'équilibration stables, poursuite oculaire lisse, suppression visuelle complète du nystagmus perrotatoire. Signe d'Halmagyi négatif ddc. Sous vidéoscopie, pas de nystagmus spontané, de changement de position, ni de position. Pas de nystagmus après head shaking. Épreuves caloriques : faible réponse symétrique (inhibition du nystagmus). L'audiogramme tonal est normal ddc. Potentiels évoqués auditifs précoces : latence absolue et intermédiaire dans les valeurs de référence ddc, sans signes de dysfonctions rétro-cochléaires pour les deux oreilles. Vidéonystagmographie : examen normal sans signes d'atteinte vestibulaire périphérique ou centrale. Potentiels évoqués otolithiques (VEMP) : C- VEMP, fonction otolithique sacculaire normale des deux côtés; O- VEMP, fonction otolithique utriculaire normale ddc. Posturographique dynamique (Equitest) : performance d'équilibre globalement normal, légèrement en dessous des normes de l'âge, avec bonne utilisation des trois entrées sensorielles dans le contrôle postural. L'examen otoneurologique clinique et instrumental est normal sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique expliquant la symptomatologie persistante. On retrouve à l'épreuve calorique une faible réponse ddc, symétrique, en lien avec des mécanismes centraux d'inhibition. Les performances d'équilibre mesurées sur Equitest sont globalement normales, légèrement en-dessous des normes de l'âge. En conclusion, la patiente présente des vertiges post-traumatiques persistants, sans substrat organique objectivable, associés à un cortège de multiples autres plaintes post-traumatiques et des troubles neuropsychologiques. Sur le plan auditif, l'audition est normale ddc, et les potentiels évoqués auditifs précoces ne montrent pas de dysfonctions des voies auditives du tronc cérébral. Au vu du résultat de l'examen, il n'y a pas de limitations fonctionnelles en lien avec les vertiges et la capacité de travail est complète sur le plan otoneurologique.

Au final, et après consilium de synthèse, les diagnostics suivants ont été posés :

- avec influence essentielle sur la capacité de travail : épisode dépressif d'intensité moyenne avec troubles neuropsychologiques (F32.1)
- sans influence essentielle sur la capacité de travail : vertiges post-traumatiques chroniques ; céphalées tensionnelles post-traumatiques chroniques ; troubles somatoformes douloureux (F45. 4) ; status après traumatisme crânien le 19 mai 2011.

Les experts ont retenu, au plan somatique, que l'examen neurologique avait montré une nuque de mobilité apparemment fortement limitée avec des muscles paracervicaux et un chef supérieur du trapèze non contracturés mais fortement sensibles à la pression. Il n'y a pas d'atteinte vestibulo-cérébelleuse clairement objectivable à la marche. Il y avait des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs alors que les épreuves des bras tendus et jambes fléchies étaient sans chute et que la trophicité, les réflexes

tendineux et cutanés ainsi que la sensibilité étaient intacts. L'examen ostéoarticulaire n'a pas montré de limitations significatives. Pour le neurologue, compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, dont les examens radiologiques pratiqués jusqu'ici, la patiente a très certainement été victime d'un traumatisme crânio-cérébral mineur, associé possiblement à une distorsion cervicale simple, mais il n'y a pas d'éléments pour conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux central faisant suite à l'accident du 19 mai 2011. En ce qui concerne les vertiges, l'examen otoneurologique clinique et instrumental actuel est normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique expliquant la symptomatologie persistante. Il n'y a actuellement plus de substrat organique objectivable pour expliquer la persistance au long cours de vertiges, symptômes qui s'inscrivent, comme les céphalées d'ailleurs, parmi un cortège de multiples autres plaintes également d'origine psychique, neuropsychologiques. Si le traumatisme crânio-cervical du 19 mai 2011 peut expliquer la survenue des troubles comme les céphalées et les vertiges, avec documentation par le Dr D\_\_\_\_\_ d'une fonction vestibulaire altérée en mars 2012, il existe actuellement une discordance entre l'importance de la symptomatologie et la discrétion de l'événement accidentel, ainsi que les constatations cliniques actuelles qui sont normales d'un point de vue neurologique et ORL. Le caractère des maux de tête évoque en premier lieu des céphalées tensionnelles avec éventuellement une composante migraineuse surajoutée par moments. Elles s'inscrivent dans le contexte de troubles psychiques décrits plus loin. De même les sensations vertigineuses décrites par la patiente ont un caractère de sensations vertigineuses sans substrat somatique et sont plutôt d'origine anxio-tensionnelle. Le ralentissement et le manque de moral vont également dans le sens d'un trouble sans substrat somatique et n'ont pas de lien avec l'événement accidentel de mai 2011. La mauvaise évolution de la symptomatologie, le fait que la patiente n'est pas rassurée par la normalité des examens physiques et radiologiques, de même que la résistance aux traitements entrepris, évoquent une évolution vers un trouble somatoforme. Au plan physique strict, neurologique et ORL, il n'existe pas d'atteintes qui justifieraient la reconnaissance d'une incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement, ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. À signaler qu'il n'y a pas plus d'anémie, de ferritine très abaissée ou d'explication endocrinologie à la fatigue exprimée. Actuellement, d'un point de vue psychiatrique, les symptômes et les signes cliniques correspondent à un épisode dépressif d'intensité moyenne: on observe un ralentissement psychomoteur tant lors de l'entretien par un interniste que par le psychiatre, un faciès triste, peu mobile, un temps de latence aux réponses, une thymie globalement déprimée, une concentration fluctuante. La patiente se plaint aussi d'une fatigue, de troubles de la mémoire et de la concentration, de découragement, de perte d'espoir, de sentiment de honte et d'indignité, de tristesse, de relative phobie sociale avec isolement, d'anhédonie et d'aboulie. En 2012, la prescription de paroxétine par le médecin traitant « calmait la tension du corps » selon l'assurée. Ces éléments permettent

rétrospectivement de dater le début d'un état dépressif dans les suites de l'accident, soit depuis le début du traitement chez le Dr C\_\_\_\_\_, en août 2011. Les résultats du bilan neuropsychologique étayent ce diagnostic (ralentissement, troubles attentionnels et faibles scores aux épreuves de mémoire ainsi qu'une faiblesse des capacités de mobilisation psychique). Après une amélioration anamnesticque des symptômes dépressifs sous traitement de paroxétine, les symptômes s'aggravent notamment anamnesticquement depuis fin 2013 et début 2014, avec comme facteur de stress extérieur probable, le décès du père, mort d'un cancer. L'appréciation neuropsychologique actuelle a montré un défaut et une fragilité attentionnels au premier plan ainsi qu'une fatigabilité. Les faibles performances de la mémoire de travail et de la mémoire immédiate et antérograde traduisent le défaut d'attention et la fragilité à l'interférence et s'inscrivent de manière prépondérante dans le cadre des troubles de l'humeur décrits. Comparativement à l'investigation neuropsychologique de janvier 2012, le tableau cognitif actuel paraît globalement superposable. Les symptômes des signes cliniques observés sont compatibles avec un épisode dépressif d'intensité moyenne, comme diagnostic actuellement au premier plan, dépassant les troubles thymiques apparentés aux troubles somatoformes. En ce qui concerne la capacité de travail, celle-ci est limitée dans quelque activité que ce soit, à 50 %. Bien que les capacités d'introspection de la patiente paraissent faibles, limitant ce que l'on pourrait attendre d'un suivi psychothérapeutique spécialisé, les experts pensent que la reprise d'un traitement antidépresseur serait utile, prescrit par le médecin traitant généraliste. Cela avait d'ailleurs permis d'améliorer quelque peu la symptomatologie précédemment. Bien que la patiente vive dans un relatif isolement, déléguant quelques tâches ménagères à son entourage proche, les experts ont aussi retenu que les contacts sociaux existent encore, qu'il n'y a pas d'idées suicidaires concrètes, qu'il n'y a pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. La capacité de travail globale est donc de 50 % dans l'ancienne activité ou toute autre activité de manutention légère. Étant donné son jeune âge, et la possible évolution positive des symptômes dépressifs avec un traitement antidépresseur, une réévaluation globale devrait intervenir dans deux ans environ. Rétrospectivement il y a eu incapacité de travail totale à partir du 19 mai 2011 (jusqu'au) début 2013 étant donné qu'en mars 2012, l'ORL décrivait encore un tableau compatible avec une atteinte vestibulaire périphérique droite. Anamnesticquement, l'état dépressif a débuté dans les suites de l'accident mais a été plus important dès l'année 2013 (début du traitement de paroxétine par le médecin traitant fin 2012) et surtout début 2014 comme décrit par la patiente. Et c'est depuis 2013 que les experts retiennent une incapacité de travail de 50 % en raison du trouble psychiatrique, alors que la capacité de travail aurait théoriquement dû être à nouveau entière d'un point de vue somatique strict (pas de lésions neurologiques objectivables examen, ORL actuellement normal).

Enfin, en réponse aux questions :

- 
- s'agissant du degré de capacité de travail résiduel en pour cent d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé : 50 % depuis l'expertise, respectivement depuis le début de l'année 2013 (apparition progressive de symptômes dépressifs, culminant depuis début 2014).
  - la capacité de travail a subi une réduction à partir du traumatisme cranio-moral du 19 mai 2011, de 100% jusqu'à mi-2012 au moins (suite du TCC, même mineur, avec observation d'atteinte vestibulaire encore en dernier lieu en mars 2012). L'examen ORL s'étant normalisé après 2012 au moins, les constatations actuelles d'un bilan normal sans lésions vestibulaires documentées et sans lésions neurologiques, d'un point de vue physique, la capacité de travail aurait pu être complète, dès ce moment-là. Il y a toutefois eu apparition progressive de symptômes dépressifs depuis l'année 2013 selon l'anamnèse, jusqu'à ce jour avec constatations des symptômes et signes cliniques d'un état dépressif de degré moyen, avéré. Ainsi, depuis lors, la capacité de travail est abaissée de 50 % ;
  - le pronostic quant à la capacité de travail reste ouvert, avec la possibilité de réintroduire un traitement antidépresseur ;
  - la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales, notamment par un traitement antidépresseur pour les symptômes thymiques. Un suivi psychothérapeutique spécialisé n'est toutefois pas exigible vu les faibles capacités d'introspection ; on ne pourrait en attendre un quelconque bénéfice en termes de capacité de travail. Le traitement médical est exigible de l'assurée ;
  - la durée probable nécessaire du traitement peut s'étendre sur plusieurs mois/années, étant précisé que la patiente est d'accord avec ce traitement ; par la suite, on peut espérer au moins le maintien d'une capacité de travail de 50 %, voire une amélioration progressive, la situation serait à réévaluer d'un point de vue psychique dans dix-huit mois à deux ans ;

l'incapacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures d'ordre professionnel étant donné qu'une activité de nettoyeuse comme celle qui était exercée avant l'arrêt de travail reste exigible d'un point de vue physique et psychique ;

- s'agissant des limitations dues à l'atteinte à la santé, actuellement il y a quelques troubles cognitifs liés à la dépression, les troubles de la concentration et de la mémoire, la fatigabilité liée à l'état dépressif. Diminution de la résistance au stress ;
- la capacité de travail dans un emploi adapté est actuellement de 50 %, exigible dès le début de l'année 2013, puisqu'en 2012, une atteinte vestibulaire périphérique était constatée et elle s'est certainement résolue progressivement depuis lors étant donné que le bilan ORL actuel est normal. De plus, rétrospectivement, les symptômes thymiques abaissés le sont surtout depuis le

décès de son père en 2013, c'est-à-dire que la capacité de travail, qui aurait pu être totale en théorie d'un point de vue physique, n'a pas été au-delà de 50 % jusqu'à ce jour.

19. Le 7 octobre 2014, la Dresse E\_\_\_\_\_, médecin SMR, a établi un nouveau rapport, fondé sur les résultats de l'expertise. Elle a retenu le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne comme atteinte principale à la santé, et l'atteinte vestibulaire droite en tant que pathologie associée du ressort de l'AI. S'agissant des facteurs diagnostics associés n'étant pas du ressort de l'AI, elle a retenu les vertiges post-traumatiques chroniques, les céphalées tensionnelles post-traumatiques chroniques, le trouble somatoforme douloureux, le status après le traumatisme crânien du 19 mai 2011. Quant à l'incapacité de travail, elle était de 100 % dès le 19 mai 2011, et de 50 % dès janvier 2013, tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont : ralentissement psychomoteur, troubles attentionnels, troubles de la mémoire, fatigabilité, diminution de la résistance au stress. En cas d'octroi de prestations, la révision devrait intervenir dans dix-huit mois.

Le SMR a ainsi repris à son compte les résultats de l'expertise multidisciplinaire du 22 juillet 2014 par la PMU de Lausanne, en rappelant les diagnostics retenus par les experts, respectivement avec répercussion sur la capacité de travail, et sans répercussion sur cette capacité. L'évaluation neuropsychologique a mis en évidence un ralentissement psychomoteur, des troubles attentionnels, des troubles de la mémoire. Sur le plan ORL, l'expert n'a pas retrouvé d'atteinte somatique pouvant expliquer la persistance des vertiges actuels, il estime ainsi que les vertiges sans substrat organique ne sont pas incapacitants. En mars 2012, l'ORL traitant constatait encore un tableau compatible avec une atteinte vestibulaire droite, alors incapacitante en raison des vertiges. Selon l'expert neurologue, l'examen clinique neurologique actuel est normal et l'assurée a eu un traumatisme crânien mineur avec distorsion cervicale simple. Les céphalées tensionnelles ne sont pas non plus incapacitantes et il n'y a aucune limitation fonctionnelle d'ordre neurologique persistante. Ainsi sur le plan neurologique et ORL il y a une discordance entre les constatations cliniques actuelles, la discrétion de l'événement accidentel et l'importance de la symptomatologie de l'assurée. Ainsi, sur le plan somatique, en l'absence de substrat organique, un diagnostic de troubles somatoformes est posé. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait un trouble dépressif d'intensité moyenne, ayant débuté vers août 2011, soit dans les suites de l'accident. Le trouble dépressif s'aggrave fin 2013, son père étant décédé d'un cancer. L'experte estime que le trouble thymique de l'assurée dépasse le trouble thymique habituel apparenté aux troubles somatoformes, qui n'est pas incapacitant. Les experts estiment que la capacité de travail de l'assurée est de 50 % dans son activité habituelle, et qu'une prise en charge médicale avec introduction d'un antidépresseur (brève tentative avortée en 2012) est nécessaire et exigible, afin d'améliorer sa thymie, et sa capacité de travail. Cette assurée est de faible capacité d'introspection, et dès lors un

traitement psychothérapeutique n'est pas exigible. Ainsi la capacité de travail est estimée comme nulle dès le 19 mai 2011, pour motif somatique (vertige persistant sur atteinte vestibulaire droite), et de 50 % dès le début 2013, pour problèmes psychiatriques, la capacité de travail sur le plan somatique étant alors entière. Pour connaître les empêchements actuels dans son activité de ménagère une enquête ménagère est souhaitable. Une réévaluation de son dossier est nécessaire à dix-huit mois.

20. Le 11 novembre 2014, l'OAI a adressé un exemplaire du rapport d'expertise de la PMU au Dr C\_\_\_\_\_, à sa demande.
21. Une enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée, le 2 décembre 2014, pendant 1h20', en présence d'une voisine de l'assurée, qui lui apporte régulièrement de l'aide.

Le rapport comporte une description chronologique de la formation scolaire et du parcours professionnel de l'assurée, après le rappel des diagnostics et des limitations fonctionnelles retenues. L'assurée précise que sans l'atteinte à la santé elle aurait poursuivi son activité de femme de chambre chez le même employeur, à temps partiel. La situation financière de la famille est décrite : le loyer est de CHF 1'200.- par mois, les primes d'assurance-maladie mensuelles pour l'ensemble de la famille se situent à hauteur de CHF 890.-. Le revenu de l'époux est de CHF 4'200.- par mois, auxquels s'ajoute encore CHF 600.- d'allocations familiales.

Sous la rubrique « 2.5 date et motif de l'abandon ou de la réduction de l'activité lucrative » il est noté : « incapacité de travail dès le 19/5/2011 suite à une chute à son travail. 19/5/2011 IT 100 %, dès janvier 2013 IT 50 % ».

Le rapport décrit ensuite le statut des personnes vivant dans le ménage (sans la personne assurée) : l'époux, né en 1979, est employé au bowling d'O\_\_\_\_\_, à 100 %, en horaire du soir. Un fils né en 2004, écolier actuellement en 7P, et une fille née en 2007, écolière actuellement en 4P : ils rentrent tous deux à midi.

L'habitation est décrite, y compris son équipement technique; appartement de trois pièces au premier étage d'un immeuble à plusieurs familles. La cuisine comporte notamment une cuisinière (four est en panne), un four à micro-ondes, réfrigérateur/congélateur ; l'appartement compte un aspirateur, une machine à laver le linge, et un fer à repasser (qui ne fonctionne pas).

Les conditions locales sont également décrites, notamment la proximité des commerces, poste, pharmacie et COOP à moins de cent mètres, et centres commerciaux dans le secteur à proximité et accessibles en transports publics.

S'agissant des travaux habituels, ils ont été évalués selon le tableau ci-dessous et la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle :

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 conduite du ménage 2-5 % exigibilité	20 %	2 %	40 % 20 %	0,8 % 0,4 %
5.2 Alimentation 10-50 % Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions exigibilité	30 %	28 %	40 % 10 %	11,2 % <b>2,8 %</b>
5.3 Entretien du logement 5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits exigibilité	30 %	20 %	50 % 20 %	10 % <b>4%</b>
5.4 Emplettes et courses diverses 5-10% poste/assurances/services officiels exigibilité	35%	10 %	35 % 0 %	3,5 % <b>0 %</b>
5.5 Lessive/entretien des vêtements 5-20% laver/suspendre/ramasser/repasser..., exigibilité	30 %	20 %	40 % 10 %	8 % <b>2 %</b>
5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0-30% Exigibilité	15 %	20 %	30 % 15 %	6 % <b>3 %</b>
5.7 Divers 0-50% soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/... Exigibilité	0 %	0 %	0 % 0 %	0 % <b>0 %</b>
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				27,3 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				39,5 %
<b>Total – empêchement pondéré avec exigibilité</b>				<b>12,2 %</b>

La conduite du ménage (5.1) : avant l'atteinte, l'assurée n'avait pas de difficulté pour gérer cette activité. Après l'atteinte elle ne parvient plus à planifier et à organiser la conduite du ménage. Elle dit oublier beaucoup de choses, souffrant de troubles de la mémoire. Le plus souvent elle laisse son entourage se charger de le faire à sa place. Actuellement sa voisine, ses sœurs, et son beau-frère - qui vit dans

l'appartement d'à côté - apportent une aide quotidienne. Elle dit être très fatiguée et se sentir stressée dès qu'elle entreprend une activité. Elle est capable de voir ce qu'il y a à faire et de déléguer ou demander de l'aide à son entourage si nécessaire.

L'alimentation (5.2) : avant l'atteinte, l'assurée préparait les repas et assumait la totalité des travaux de nettoyage de la cuisine, sans difficulté. Elle préparait un repas complet le soir pour elle et les enfants, son mari travaillant le soir. Elle passait environ une heure à la préparation du repas, effectuait le service, la vaisselle et les rangements de la cuisine. Elle ne préparait pas ses propres conserves et confitures. Depuis l'atteinte elle dit rencontrer des difficultés à préparer les repas. Elle a simplifié la préparation et privilégie des plats à réchauffer et des conserves. Son entourage apporte régulièrement de l'aide pour faire à manger. Les enfants rentrent à midi pour le repas. S'agissant du nettoyage de la cuisine, la vaisselle, dresser la table et la débarrasser, l'assurée dit qu'elle ne parvient plus assumer ces tâches. Dès qu'elle entreprend une activité cela la stresse, elle se sent mal. Elle ne fait plus de gros nettoyages. Elle est constamment fatiguée, doit dormir beaucoup ; elle ne peut plus nettoyer le sol de sa petite cuisine car le bruit de l'aspirateur n'est pas supportable. Elle ne possède pas de balai. L'enquêtrice estime que Madame devrait pouvoir effectuer des petites activités comme nettoyer le sol de la cuisine avec un balai ou une serpillière, faire et ranger la vaisselle, mettre et débarrasser la table.

L'entretien du logement (5.3) : avant l'atteinte, elle avait à sa charge la totalité de l'entretien de l'appartement familial. Elle effectuait le ménage à fond une fois par semaine et les petits nettoyages au jour le jour. Elle changeait les draps une fois par semaine, le dimanche. Après l'atteinte, elle dit qu'en général elle se sent trop fatiguée la journée et doit dormir beaucoup. Elle n'entreprend pas de tâches ménagères et compte sur son entourage pour le faire à sa place, même si cela est difficile à accepter pour elle. L'enquêtrice estime toutefois que Madame devrait pouvoir effectuer les petits nettoyages, en répartissant les activités durant la semaine et en fractionnant les tâches par petites périodes (balayer le sol, passer la serpillière, nettoyer le lavabo de la salle de bains, effectuer des petits rangements, changer les draps des lits).

Emplettes et courses diverses (5.4) : avant l'atteinte, elle faisait les grandes courses une fois par semaine avec son époux. Elle faisait des petites courses durant la semaine si nécessaire. Elle participait à la gestion des courriers, au paiement des factures, à la prise de rendez-vous, cette tâche étant répartie entre les conjoints. Après l'atteinte, elle accompagne généralement son époux pour faire les courses ; il arrive qu'elle le laisse aller seul, car elle se sent trop fatiguée. Elle se rend parfois faire des petits achats mais préfère être accompagnée par son fils, car elle a peur d'être victime d'un malaise lorsqu'elle se trouve à l'extérieur. Elle ne participe plus du tout à la gestion administrative désormais entièrement gérée par son époux.

Lessive et entretien des vêtements (5.5) : avant l'atteinte, elle assumait la totalité de l'entretien du linge et des vêtements pour toute la famille. Elle étendait le linge dans le salon, le repassait et le rangeait dans les armoires. Après l'atteinte, comme pour

les autres activités elle ne parvient plus assumer cette tâche en raison de la fatigue et du stress. Elle peut mettre le linge en machine, mais c'est sa voisine ou ses sœurs qui l'étendent. Elle ne peut plus repasser: elle ne supporte pas la vapeur et la chaleur du fer. Elle plie parfois le linge mais pas souvent : elle laisse son entourage le faire à sa place. Selon l'enquêtrice l'assurée devrait pouvoir entretenir une partie du linge en fractionnant les activités sur la semaine. (mettre le linge en machine, l'étendre, le plier et le ranger).

Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5-6) : avant l'atteinte, l'assurée s'organisait selon ses horaires de travail pour la prise en charge des enfants. Elle les accompagnait régulièrement à l'école ou à la crèche. Elle sortait avec eux pour se promener ou avoir des activités hors du domicile lors de ses congés. Elle apportait l'encadrement et la présence nécessaire à la vie quotidienne de ses enfants. Après l'atteinte, elle dit que cela est difficile pour elle, car elle n'apporte plus, selon elle, la présence et l'encadrement dont ses enfants ont besoin. Ils ont à présent 10 et 7 ans. Ils rentrent seuls de l'école, proche du domicile. Ils sont autonomes pour les soins d'hygiène. Elle ne parvient plus à avoir des activités récréatives avec eux comme auparavant. Son fils prépare le petit déjeuner pour lui et sa sœur, car parfois elle ne parvient pas à se lever le matin. Selon ses dires, son beau-frère apporte de l'aide pour garder les enfants, et les encourager pour les devoirs.

Divers (5.7) : avant l'atteinte, l'assurée n'avait aucune activité d'utilité publique, pas d'animaux ni de plantes. Après l'atteinte, la situation n'a pas changé.

D'une manière générale, ce sont sa voisine, ses sœurs, son beau-frère (voisin de palier) et son époux qui exécutent les travaux ménagers que l'assurée ne peut plus accomplir par elle-même.

En conclusion, et en résumé : pour ce qui est de la détermination du statut, le rapport renvoie au gestionnaire le soin de déterminer le statut de l'assurée, au vu des éléments apportés. S'agissant des empêchements dans les travaux habituels, les empêchements pondérés dans la sphère ménagère, sans exigibilité, sont de 39.5 %, et de 12.20 %, avec exigibilité. Quant à l'exigibilité retenue, elle est de 27, 30 % de la part de son époux compte tenu du fait qu'il travaille le soir de 17 h à 01h du matin et qu'il a, à sa charge, des travaux de conciergerie dans son immeuble (3 à 4 heures par semaine). Il est enfin noté que lors de l'entretien, il n'avait pas été possible d'établir clairement quels étaient le rôle et la participation de l'époux dans l'organisation familiale, l'assurée ayant évoqué des difficultés relationnelles dans le couple depuis l'accident, l'époux n'étant pas présent le soir en raison de son travail. L'assurée précisait qu'il apporte peu d'aide, que ce soit pour le ménage ou la surveillance des enfants. Il s'occupe des courses et il s'occupe aussi de la conciergerie de l'immeuble pour 2 à 3 heures par semaine (entretien des escaliers et des deux étages). Pour le reste l'assurée expliquait que toute l'aide pour les activités ménagères est apportée par son entourage (sœurs, beau-frère, et une voisine). La voisine qui aidait tous les jours jusqu'il y a peu vit désormais dans le quartier des

Eaux-Vives. Enfin, lors de sa visite l'enquêtrice a pu constater que l'appartement était petit et d'apparence propre.

22. Le 12 décembre 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision refusant toute prestation. Avant l'atteinte à la santé, par choix personnel, elle exerçait une activité professionnelle à temps partiel à raison de 21 heures par semaine. Compte tenu de l'horaire pour un plein temps au sein de l'entreprise, son taux d'activité était de 50 %. Il est vraisemblable que sans atteinte à la santé elle aurait continué à exercer son activité habituelle au même taux. Le statut d'assurée retenu est celui d'une personne se consacrant à 50 % à son activité professionnelle et les 50 % restants à l'accomplissement de ses travaux habituels. Suite à une incapacité de travail durable débutée le 19 mai 2011, elle avait déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité en date du 8 octobre 2012. D'après l'enquête économique sur le ménage, ses empêchements dans la sphère ménagère ont été évalués à 12,20 %. Aux termes de l'instruction médicale, selon le SMR son atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail de 100 % dans toute activité depuis le 19 mai 2011 (début du délai d'attente d'un an). A l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 19 mai 2012, son degré d'invalidité découle du calcul suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	% invalidité
Professionnelle	50 %	100 %	50.0 %
Ménage	50 %	12,20 %	<u>6.10 %</u>
Total taux invalidité			56.10 %

Une invalidité de 56.10 % ouvre en principe le droit à une demi-rente. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 8 octobre 2012, le droit à la rente prend naissance dès le mois d'avril 2013. A cette date, son état de santé s'était progressivement amélioré, permettant d'établir une capacité de travail à 50 % et ce, dès janvier 2013. Il convenait dès lors de procéder à un nouveau calcul dès cette date, afin de calculer son droit à des prestations de l'assurance sous forme de rente :

Activité partielle	Part	Empêchement	% invalidité
Professionnelle	50 %	0 %	0.0 %
Ménage	50 %	12,20 %	<u>6.10 %</u>
Total taux invalidité			6.10 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnant pas droit à une rente d'invalidité, la demande est rejetée.

23. Par courrier du 30 décembre 2014, l'assurée a contesté le projet de décision. En date du « 2 novembre » (recte : 2 décembre 2014) elle avait eu un entretien d'une heure environ, ce qu'elle estimait très peu pour juger de ses capacités physiques et morales. Ce qu'elle vit au quotidien est très pénible pour elle, surtout pour ses

enfants et son conjoint. Son entourage est mieux placé pour indiquer ce qu'elle leur fait subir. Depuis son accident elle a perdu toute confiance en elle et à cela s'ajoutaient encore des crises d'angoisse. Le stress la ronge et détruit les siens tous les jours un peu plus. Il lui arrive très souvent aussi de perdre le sens de l'orientation dans des lieux qu'elle connaît parfaitement. Elle se retrouve à tourner pendant des heures en voiture.

24. Par courrier du 6 janvier 2015, l'OAI a répondu à l'assurée : les éléments apportés dans son courrier du 30 décembre n'étaient pas susceptibles de modifier le projet de décision. Elle était invitée à prendre contact avec son médecin, afin que celui-ci communique de nouveaux éléments médicaux à l'office. À défaut une décision identique au projet serait rendue. Elle aurait la possibilité de recourir.
25. Par courrier recommandé et pli simple du 6 février 2015, l'office a notifié à l'assurée sa décision en tous points conformes au projet susmentionné.
26. Par courrier du 17 février 2015, l'assurée a écrit à l'office cantonal des assurances sociales: elle formait recours contre la décision du 6 février 2015. Contrairement à ce qui était mentionné en page 3 de cette décision, elle pensait avoir droit à une "invalidité" de 50 %, ce qui était l'avis de l'expert. Depuis l'examen par l'expert, son état de santé ne s'était pas amélioré. Elle était toujours incapable d'assumer non seulement une activité professionnelle, mais également la prise en charge de ses obligations familiales à l'égard de ses enfants. Elle joignait à son courrier des certificats médicaux des Drs C\_\_\_\_\_, et N\_\_\_\_\_, psychiatre FMH.
27. Selon le certificat médical du 17 février 2015 du Dr C\_\_\_\_\_, l'assurée souffre d'une affection post-traumatique chronique avec une incapacité de travail qui se prolonge à l'heure actuelle. Son état de santé ne s'est pas amélioré, contrairement à ce qui est stipulé dans la décision du 6 février 2015. Ayant suivi cette patiente depuis plusieurs années, il a pu constater que malheureusement elle ne présente aucune amélioration objective de son état de santé à même d'améliorer sa capacité de travail. De plus la prise en charge de ses enfants, tant du point de vue pratique que financier, devient de plus en plus difficile voire impossible à assumer, ce qui à terme pourrait avoir un impact psychologique néfaste au recouvrement de son état de santé.
28. Quant au Dr N\_\_\_\_\_, il explique dans un rapport du 24 février 2015 suivre l'assurée depuis le mois de février 2015 dans le cadre d'un trouble anxio-dépressif évoluant depuis plusieurs années. L'assurée présente un état dépressif et des états d'anxiété avec une altération du fonctionnement adaptatif actuel et passé dans des secteurs tels que les aptitudes sociales, interpersonnelles et professionnelles. Ces troubles sont en lien avec son vécu, la crainte d'être confrontée à une image d'elle-même, et aux situations mal identifiées, qu'elle craint de ne pas maîtriser. Ces troubles mettent inévitablement en échec ses divers projets professionnels et personnels. La symptomatologie n'a pas tellement changé depuis plusieurs années, le même tableau persiste avec l'attention et la concentration légèrement perturbées.

La perception de l'avenir est inexistante. Asthénie avec perte du plaisir de faire les choses qu'elle aimait. La patiente se perçoit comme une femme honnête qui a tout donné à sa famille et à son travail. Sentiment de culpabilité vis-à-vis de la situation sociale et professionnelle. Manque de confiance et perte de l'estime de soi. Elle exprime des idées noires sans velléités suicidaires. Pas d'éléments de la lignée psychotique. Sans mesure médicale appropriée, le pronostic est sombre. Elle a besoin d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier associé à un traitement médicamenteux. L'ensemble des troubles psychiques influence de manière négative sa capacité de travail. Son rendement sans mesure appropriée est faible. Les troubles de l'humeur ne lui permettent pas d'exercer une activité professionnelle, son état de santé actuel induit une incapacité de travail à 100 %.

29. L'intimé a répondu au recours par courrier du 10 juin 2015. Il conclut à son rejet. La décision entreprise est fondée sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée au sein de la polyclinique médicale universitaire en mai et juin 2014. Le rapport en découlant remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour se voir accorder une pleine valeur probante. La recourante ne semble au demeurant pas contester les conclusions de ladite expertise, dès lors qu'elle se réfère expressément, dans son écriture de recours, à la capacité de travail résiduelle médicalement attestée par les experts. Pour le surplus les certificats médicaux produits à l'appui du recours ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions probantes des experts. Quant aux empêchements de l'assurée dans ses travaux habituels, ceux-ci ont été évalués sur la base d'une enquête ménagère effectuée par une infirmière spécialisée. L'évaluation des empêchements rencontrés dans l'accomplissement des tâches du ménage se fonde sur les déclarations de l'intéressée, consignées dans le rapport d'enquête économique sur le ménage, ainsi que sur ses comportements. Les conclusions de l'enquêtrice reposent sur un examen attentif et précis des handicaps de l'assurée, ainsi que la situation familiale concrète de celle-ci. Elles sont probantes et ne prêtent pas le flanc à la critique.
30. Par courrier du 5 juillet 2015, la recourante a informé la chambre de céans de ce qu'elle déposait une demande d'assistance judiciaire afin de bénéficier de l'aide d'un avocat. Elle sollicitait un délai supplémentaire pour déposer une éventuelle réplique.
31. En date du 17 juillet 2015, la chambre de céans a interpellé l'intimé, en lui impartissant un délai au 7 août 2015 pour se déterminer par rapport à l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (arrêt 9C\_492/2014) modifiant sa jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, ceci au vu du diagnostic posé dans le cas de l'expertise pluridisciplinaire.
32. Par courrier du 6 août 2015, l'intimé a rappelé qu'en matière d'assurances sociales les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ; un changement de jurisprudence n'est pas un motif ni de révision ni de reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que

pour l'avenir. Il a donc conclu que l'interdiction de la rétroactivité faisait ainsi obstacle à l'application des principes dégagés dans l'arrêt du tribunal susmentionné aux faits couverts par sa décision du 6 février 2015.

33. La recourante a indiqué à la chambre de céans que l'assistance juridique lui avait été refusée. Elle souhaitait néanmoins consulter un avocat, et sollicitait dès lors un nouveau délai pour se déterminer, afin que son mandataire puisse prendre connaissance de son dossier.
34. Dans le délai consenti, la recourante, assistée d'un conseil, a répliqué. Elle conclut préalablement à ce qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit ordonnée, et à l'audition de ses médecins traitants. Au fond elle conclut à l'annulation de la décision entreprise, et à ce qu'il lui soit alloué une rente basée sur un taux de 50 % dès le mois d'avril 2013, le dossier devant être renvoyé à l'intimé pour calcul de la rente, et subsidiairement que le dossier soit renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction, le tout avec suite de dépens. Commentant l'expertise pluridisciplinaire en rappelant essentiellement les constatations et conclusions de chacun des experts, elle relève que l'expert neurologue a retenu que l'expertisée était fatiguée, ralentie et fatigable ; que la mobilité de la nuque était très fortement diminuée par des douleurs importantes. Elle a toutefois observé que les conclusions de cet expert, en tant qu'il a relevé qu'aucun élément ne pouvait laisser penser qu'il y avait une atteinte structurelle majeure du système nerveux, ce diagnostic était en contradiction avec celui du Dr C\_\_\_\_\_, lequel a certifié, à l'appui du recours, que l'état de santé de la recourante ne s'était pas amélioré. Le psychiatre traitant de la recourante a également établi un rapport médical, à fin février 2015, dans lequel il décrit une dépression associée à des plaintes somatiques (importantes douleurs chroniques), un isolement social total, une agoraphobie, des troubles du sommeil), ce médecin estimant que la capacité de travail de sa patiente est nulle. La recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir retenu de perte de rendement, en plus d'une limitation du « taux d'activité à 50 % », étant rappelé que des troubles somatoformes ont été diagnostiqués dans le cas d'espèce. Contrairement à ce que prétend l'intimé, le cas d'espèce ne concerne pas une demande de reconsidération; il s'agit d'un recours contre une (première) décision de l'OAI, qui n'est par conséquent pas définitive, de sorte que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral s'applique au cas d'espèce.
35. Par courrier du 24 septembre 2015, l'intimé a brièvement dupliqué : il persiste dans ses conclusions, relevant que les dernières observations de la recourante n'apportent aucun élément supplémentaire à l'appréciation du cas, et que sa demande d'audition de ses médecins traitants n'apparaît pas susceptible d'apporter des éléments nouveaux, d'autant qu'ils se sont exprimés par écrits plusieurs fois au cours de la procédure d'instruction.
36. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

---

## EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans pour connaître du présent recours ayant déjà été constatée, et la recevabilité du recours ayant été admise dans les arrêts précédents, il n'y sera pas revenu.
2. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit, comme elle le prétend, à une rente d'invalidité - qu'elle estime fondée sur un taux d'invalidité de 50 % - ou si, au contraire, c'est à juste titre que l'intimé a refusé tout droit à une rente.
3. 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).
4. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

5. 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 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

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

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

7. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans

---

chacune des activités habituelles conformément au chiffre 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

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

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; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui

---

s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

8. 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)

9. 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 à l'exception de la fatigue due au cancer (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), à la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), 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) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008

consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

10. 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 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 malade 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).
11. 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 assécurologique 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).

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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 leurs 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).

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 LPG) 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\_518/2007 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte

---

psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
14. 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 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 répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a expressément laissé la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (ATF 141 V 281 consid. 8).

15. Au vu des principes rappelés ci-dessus, s'agissant en particulier de déterminer sinon le statut de l'assurée, en tout état pour connaître les empêchements actuels dans son activité de ménagère, l'intimé, suivant les recommandations du SMR dans son rapport du 7 octobre 2014, consécutif à l'expertise multidisciplinaire, a diligenté une enquête ménagère.

Dans son courrier du 30 décembre 2014, par lequel la recourante contestait le projet de décision que l'OAI lui avait soumis, l'assurée - se référant à l'enquête économique sur le ménage - faisait valoir qu'elle avait eu un entretien d'une heure environ, qu'elle estimait très court pour juger de ses capacités physiques et morales. Ce qu'elle vit au quotidien est très pénible pour elle, surtout pour ses enfants et son conjoint. Son entourage est mieux placé pour indiquer ce qu'elle leur fait subir. Depuis son accident elle avait perdu toute confiance en elle et à cela s'ajoutait encore des crises d'angoisse. Dans son recours, du 17 février 2015, elle allègue qu'elle est toujours incapable d'assumer non seulement une activité professionnelle, mais également la prise en charge de ses obligations familiales à l'égard de ses enfants. Dans la mesure où elle remet en cause, implicitement en tout cas, le rapport d'enquête ménagère et ses conclusions, il y a tout d'abord lieu d'examiner si ce dernier a été établi correctement, et si en particulier on peut lui accorder une pleine valeur probante.

La chambre de céans constate que cette enquête a été effectuée par une personne qualifiée, en présence de l'assurée et de l'une de ses voisines qui la connaît bien, pour l'aider au quotidien. Par les constatations qu'elle a faites sur place, l'enquêtrice a montré dans son rapport qu'elle avait pris en compte la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Elle a également recueilli consciencieusement les indications de l'assurée et a consigné dans son rapport les explications subjectives de l'assurée, s'agissant de sa manière de ressentir la contribution de son époux aux tâches ménagères, contrastant avec les indications objectives qu'elle avait pu tirer des questions plus factuelles permettant de déterminer de façon concrète l'importance de l'aide apportée par le mari dans les tâches ménagères. Ce rapport apparaît plausible, il est motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, et correspond aux indications relevées sur place. Il a dès leur pleine valeur probante, répondant aux exigences de la jurisprudence rappelée ci-dessus.

---

Ceci dit, le statut mixte retenu par l'intimé à raison de 50 % pour la part active et 50 % pour les travaux habituels est justifié, et n'est d'ailleurs pas remis en cause par la recourante.

16. En second lieu, la décision entreprise reposant essentiellement sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la PMU du 22 juillet 2014, il y a lieu d'examiner si, au vu des principes de jurisprudence en matière de force probante, rappelée ci-dessus, ce rapport peut se voir reconnaître une pleine valeur probante ; mais également eu égard aux principes dégagés de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux (ci-après: TSD), si ce rapport répond aux nouvelles exigences respectivement aux principes posés par la Haute cour en la matière.

a) En l'espèce, il est constant que ce rapport d'expertise est antérieur à l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281). Le diagnostic de TSD a été posé, dans le cadre de cette expertise pluridisciplinaire, par le Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre dans son rapport après consultation spécialisée de psychiatrie du 20 mai 2014 (rapport d'expertise de la PMU du 22 juillet 2014 p.10), par le Dr J\_\_\_\_\_, neurologue, après sa consultation spécialisée du 2 juin 2014, avec quelques nuances (rapport PMU cité p. 13) ; les psychologues, respectivement expert en neuropsychologie, ont pour leur part décrit certains symptômes, qui sont autant de composantes de ce diagnostic ; et enfin le collège des experts, après leur colloque de synthèse, a posé le diagnostic de TSD sans influence essentielle sur la capacité de travail (rapport PMU cité p. 18), le diagnostic principal, avec influence essentielle sur la capacité de travail étant celui d'épisode dépressif d'intensité moyenne avec troubles neuropsychologiques (F 32.1). Le SMR a considéré, sur la base du rapport d'expertise établi le 22 juillet 2014 par la PMU que le diagnostic de TSD avait été posé, mais n'était pas incapacitant, d'une part, et que les experts avaient estimé la capacité de travail comme nulle dès le 19 mai 2011, pour des motifs somatiques (vertiges persistants sur atteinte vestibulaire droite) et de 50 % dès le début 2013, pour problèmes psychiatriques. Il a ainsi exclu la présence d'un TSD invalidant. L'OAI a dès lors rejeté la demande.

Or, le Tribunal fédéral ayant modifié sa jurisprudence par arrêt du 3 juin 2015, il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standard. Force est de constater que l'expertise de la PMU ne permet pas de répondre avec précision à ces questions.

17. Invité à se déterminer, l'OAI a indiqué le 6 août 2015 qu'il n'entendait pas appliquer la nouvelle jurisprudence fédérale à la présente cause, au motif qu'« en matière d'assurances sociales, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1). Un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision, ni de

---

reconsidération et ne déploie, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 119 V 413 consid. 3a et les références) ».

Il est évident qu'une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision ni un motif de reconsidération.

Il va également de soi qu'un changement de jurisprudence ne vaut que pour les cas futurs. Il importe en revanche de souligner qu'il s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3). Il n'est alors question ni de révision ni de reconsidération.

S'agissant du raisonnement tenu par l'OAI, selon lequel la décision contre laquelle l'assuré a interjeté recours le 17 février 2015, est entrée en force, il y a lieu de relever que ladite décision n'est précisément pas entrée en force, puisqu'elle fait l'objet du présent litige. C'est donc en vain que l'OAI cite expressément un arrêt du Tribunal fédéral à l'appui de son refus de se déterminer quant à la nouvelle jurisprudence (ATF 119 V 410). En effet, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral se demande en réalité si le fait qu'une décision soit entrée en force s'oppose à une application de la nouvelle jurisprudence.

La décision du 6 février 2015 n'étant en l'espèce pas entrée en force, la modification de jurisprudence à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 ne peut être que prise en considération pour résoudre le présent litige.

18. La chambre de céans constate, à la lumière de cette jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher.

En effet si le diagnostic de TSD a été posé par le Dr I\_\_\_\_\_, psychiatre, ce spécialiste a précisé qu'il retenait ce diagnostic eu égard au syndrome douloureux non entièrement expliqué apparemment par les altérations physiques observées. Le Dr J\_\_\_\_\_, neurologue, pour sa part indique que les sensations vertigineuses décrites par la patiente ont un caractère de sensations vertigineuses sans substrat somatique/d'origine anxio-tensionnelle. Le ralentissement et le manque de moral vont également dans le sens d'un trouble sans substrat somatique. Au terme de son bilan, il aurait tendance à conclure à un tableau de troubles somatoformes, sans substrat somatique, en tous les cas neurologique, clairement identifiable. Il n'en tire toutefois pas de conclusion en termes de diagnostic de TSD. Enfin, le collège des experts, après son colloque de synthèse, a posé le diagnostic de TSD sans influence essentielle sur la capacité de travail. Les experts ont certes expliqué que si le traumatisme crano-cervical du 19 mai 2011 peut expliquer la survenue des troubles comme les céphalées et des vertiges, avec documentation par ailleurs par le Dr D\_\_\_\_\_ d'une fonction vestibulaire altérée en mars 2012, il existe actuellement une discordance entre l'importance de la symptomatologie et la discrétion de l'événement accidentel, ainsi que les constatations cliniques actuelles qui sont normales d'un point de vue neurologique et ORL. Il remarque en outre que la

mauvaise évolution de la symptomatologie, le fait que l'expertisée n'est pas rassurée par la normalité des examens physiques et radiologiques, de même que la résistance au traitement entrepris, évoquent une évolution vers un trouble somatoforme. Si les experts retiennent en définitive le diagnostic de TSD, mais le considèrent comme non incapacitant, on a peine à comprendre les raisons pour lesquelles ils arrivent à une telle conclusion, notamment eu égard au fait qu'ils aboutissent tout de même à la conclusion que la capacité de travail est limitée par des atteintes psychiques, depuis le début 2013. Or, en regard des exigences posées par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, en matière de troubles somatoformes douloureux, qui impose désormais que la capacité de travail réellement exigible soit 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. On observera ainsi que l'expertise qui, par la force des choses, n'a pas tenu compte de ces exigences nouvelles, ne permet pas de répondre à ces questions de façon satisfaisante. C'est le cas notamment des incidences du trouble dépressif diagnostiqué sur les ressources de l'assurée, notamment sur le plan psychique, pour surmonter ses troubles somatoformes douloureux persistant, mais c'est aussi le cas par rapport à la nouvelle approche selon le complexe de personnalité, au sens de la jurisprudence précitée.

Hormis cet aspect, la chambre de céans considère que cette expertise a été établie par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations et d'investigations approfondies, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. On notera d'ailleurs que les experts, lorsqu'ils se sont écartés des constatations antérieures des médecins traitants en ont expliqué les raisons. Aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé de leur analyse, laquelle devra toutefois être complétée dans le sens qui précède, pour que l'administration, sinon le juge en cas de recours, puisse apprécier sa pleine valeur probante en toute connaissance de cause. Ceci dit la recourante n'a pas remis en cause et véritablement critiqué les conclusions de cette expertise : elle se réclame même du taux de capacité de travail de 50 % retenu par les experts. De leur côté, les médecins traitants de l'assurée n'ont nullement remis en cause cette expertise, alors même que le Dr C\_\_\_\_\_ en avait expressément sollicité un exemplaire, en novembre 2014, soit avant même que l'intimé n'adresse son projet de décision à l'assurée. Les derniers documents médicaux produits par les Dr C\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ n'apportent au demeurant aucun élément nouveau dont il n'ait pas été tenu compte dans l'expertise. Dans cette mesure, et vu les conclusions qui vont suivre, il n'est pas nécessaire d'entendre ces praticiens, d'autant que le premier

nommé, en tout cas, s'est déjà prononcé à plusieurs reprises dans le cadre de l'instruction de ce dossier par l'administration.

Ainsi, dans la mesure de ce qui précède au sujet de la qualité qu'il faut reconnaître à cette expertise, la chambre des assurances sociales estime qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire, mais simplement d'ordonner un complément d'expertise, fondé sur la liste des indicateurs établis par la jurisprudence précitée. Ce complément nécessaire est d'autant plus justifié que les experts sont parvenus à la conclusion que la situation, vu le relativement jeune âge de l'intéressée, devrait être revue dans les dix-huit mois à deux ans environ. Ainsi, dans le cadre de ce complément, les experts pourront d'ores et déjà faire le point de la situation, même si le délai initialement préconisé n'est pas encore tout à fait atteint.

On observera d'ailleurs dans ce contexte que le rapport d'enquête ménagère, postérieur à l'expertise pluridisciplinaire n'avait pas été soumis aux experts. Il pourra leur apporter des éléments d'appréciation utiles dans le cadre du complément d'expertise qui leur sera demandé, compte tenu notamment des éléments à prendre en compte, notamment, parmi les indicateurs, les aspects entrant dans le « complexe personnalité », et le complexe « contexte social ».

Ceci dit, la chambre de céans observe que ce retour à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, ne présume en rien du résultat du complément d'expertise que l'intimé sollicitera.

19. Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre le recours, d'annuler la décision du 6 février 2015 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire auprès des experts de la policlinique médicale universitaire de Lausanne, au sens des considérants, et pour nouvelle décision.
20. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 6 février 2015.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de frais et dépens
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'OAI.
6. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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