

GE_GERICHTE A/3028/2011 vom 6. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3028_2011

FR: GE_GERICHTE A/3028/2011 du 6 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/3028/2011 del 6 febbraio 2012

Erwägungen

E. 6

a) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). 7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).!> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATF A non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 8. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).!

pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère

invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). 9. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05). c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04). d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant

beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04). 10. En l'espèce, l'intimé a refusé toutes prestations à la recourante en se fondant sur le rapport d'expertise du 12 août 2010 du Dr I_____.

!endif]>![if> Cependant, la Cour de céans constate que ledit rapport ne remplit pas les critères jurisprudentiels nécessaires pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En effet, l'essentiel de l'expertise n'est pas consacrée à l'évaluation médicale de la recourante mais à une critique générale des thérapeutes ou experts qui sont intervenus pour soigner ou examiner la recourante, critiques que l'on peine à comprendre en raison d'une rédaction imprécise et d'un manque de motivation. Déjà au stade de l'anamnèse, l'expert relève qu'en dépit "des conseils de plusieurs médecins, on assiste à une explosion des confusions, discordes, disharmonie autour des propositions médicales, souvent à caractère personnel, qui demeurent sans motivation ou explication, alors que, comme on le verra plus loin, les diagnostics médicaux répondent à des critères connus et en conformité avec la nosographie en cours". L'expert parle de polypragmasie médicale, de médecins agonistes et antagonistes, et des conflits et combats qui se seraient déroulés entre ceux-ci (expertise p. 2), sans donner d'informations à ce sujet, ni expliquer en quoi ce contexte aurait eu une influence sur les traitements ou appréciations médicales concernant la recourante, d'une part et sans que cela ne ressorte du dossier, d'autre part. L'expert estime ensuite qu'il est dommage que les troubles somatiques "proposés" par les médecins n'ont pas été en mesure d'arriver à leur fin, leur aboutissement et semble regretter que les problèmes médicaux aient été transférés à la psychiatrie. Il relève que les médecins ont exercé une certaine pression appuyée et une attitude polémique et n'étaient à tort le plus souvent pas spécialisés mais seulement internistes ou généralistes (expertise p. 4). Cette critique, peu claire, semble signifier que l'assurée a été soignée par des médecins incompetents qui n'ont pas su, à tort, traiter ses problèmes somatiques et ont créé un climat polémique autour de son cas en finissant par qualifier, de manière erronée, ses problèmes de santé de psychiatrique. Or, à cet égard on peine à suivre l'expert, lequel reste à un niveau de critique très général, sans se référer à des rapports médicaux ou des traitements particuliers concernant la recourante. L'expert laisse ainsi entendre que l'ensemble des médecins qui a traité ou examiné la recourante a erré. Cette insinuation qui débute à la page 2 de l'expertise (déjà au stade de l'anamnèse) fait l'objet principal de celle-ci et est complétée par de la théorie médicale issue du DSM-IV et de la doctrine médicale, celle-ci étant mentionnée pêle-mêle, aux fins de nier chaque diagnostic posé antérieurement par les médecins. A nouveau, cette critique n'est pas étayée et peu convaincante. On constate que les plaintes de la recourante ne sont pas mentionnées avec sérieux, l'expert relevant que l'assurée est "remplie de plaintes" et mélangeant la notion de plainte avec celle des diagnostics posés par les différents médecins (tels que fibromyalgie, troubles somatoformes douloureux persistants, trouble schizo-affectif, trouble dépressif grave avec symptôme psychotiques...) (cf. expertise p. 5). Il relève que les plaintes seront développées plus loin, "au développement critique et conclusion"; or ce chapitre n'existe pas et la conclusion intitulée "pour terminer avec Mme M_____, on peut dire quelques mots" ne mentionne que des plaintes de douleurs constantes, progressives,

diverses et multiples...etc. L'expertise est aussi contradictoire car elle conclut à l'existence d'une psychose, un trouble schizo-affectif, trouble délirant, nombreux troubles de l'humeur tout en disant, sans explication ou motivation, qu'il y a eu progressivement des complications asséurologiques avec semble-t-il disparition de tous les autres diagnostics (cf. expertise p. 15), alors même que le trouble schizo-affectif n'a pas été retenu antérieurement par l'expert (cf. expertise p. 11), ni les autres diagnostics précités (cf. expertise p. 9 à 15). Par ailleurs, l'expert ne discute pas les autres pièces médicales pertinentes du dossier depuis juin 2006, date à laquelle la recourante allègue une aggravation de son état de santé, en particulier ses hospitalisations dans le service de psychiatrie des HUG, du 13 au 16 juin 2006, du 28 juin au 21 juillet 2006 et en entrée non volontaire, du 5 au 17 octobre 2007 et trois jours en janvier 2007 ainsi que l'avis du Dr G_____ du 20 décembre 2007 faisant état d'un diagnostic de trouble schizo-affectif, épisode actuel dépressif et d'une incapacité de travail totale. L'expert n'a, en particulier, pas jugé utile de contacter les psychiatres-traitants, ce qui aurait été judicieux au vu des critiques émises par l'expert à l'encontre de ceux-ci. En outre, le sens de la conclusion du rapport rédigé comme suit est confus : "dans le monde dans lequel vit la patiente, monde mythomane, pathomimique, pithiatique, fabulatoire et pseudo-magique, qu'en réalité nous sommes vaccinés. On peut par ailleurs dire que Mme M_____ ne souffre d'aucune maladie connue, elle peut vivre normalement. Une influence sur la réadaptation professionnelle est nécessaire pour une année". Enfin, il existe une discordance importante entre la conclusion de l'expertise du Dr I_____ et l'avis de la psychiatre-traitante, la Dresse BA_____ (rapports des 6 avril et 8 novembre 2011) selon lequel la recourante présenterait un trouble schizo-affectif et une incapacité de travail totale. Pour toutes ces raisons, l'expertise du Dr I_____ doit être écartée. 11. Partant, il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire qui sera confiée au Dr CA_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne.!

!endif>!

!if> Pour répondre aux observations de l'intimé du 31 janvier 2012, une question q. sera ajoutée à la mission d'expertise. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable ; !endif>!

!if> Préparatoirement : 2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr CA_____.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante : !endif>!

!if> a. Prendre connaissance du dossier de la cause.!

!endif>!

!if> b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme M_____.

!endif>!

!if> c. Examiner Mme M_____.

!endif>!

!if> d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: !endif>!

!if> e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?!

!endif>!

!if> f. Quelles sont les plaintes de Mme M_____ ?!

!endif>!

!if> g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme M_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?!

!endif>!

!if> h. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?!

!endif>!

!if> i. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ? Si oui :!

!endif>!

!if> ia. Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ? ib. Existe-t-il des affections corporelles chroniques ? ic. Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? id. Mme M_____ subit-elle une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ? ie. Existe-t-il chez Mme

M_____ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ? if. Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ? ig. Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ? ih. Dans quelle mesure peut-on exiger de Mme M_____ qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? ii. En d'autres termes, Mme M_____ dispose-t-elle et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ? j. Mme M_____ suit-elle un traitement adéquat ? k. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? l. Mme M_____ a-t-elle présenté une aggravation de son état de santé depuis juin 2006 ? Si oui, de quelle manière ? m. Quel est le pronostic ? n. Compte tenu de vos diagnostics, Mme M_____ pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? En particulier l'ancienne activité d'employée d'entretien est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? o. Mme M_____ est-elle capable de s'occuper de son ménage ? Si non, pourquoi ? Si partiellement dans quelle mesure et pour quels motifs ? p. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr G_____ du 20 décembre 2007, en particulier avec les diagnostics posés ? Si non, pour quels motifs ? q. Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr A_____ du 28 juillet 2008 ? Si non, pour quels motifs ? r. Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr I_____ du 12 août 2010, en particulier avec la conclusion selon laquelle Mme M_____ ne souffre d'aucune maladie connue et peut vivre normalement ? Si non, pour quels motifs ? s. Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse AB_____ du SMR du 27 janvier 2011 ? Si non, pour quels motifs ? t. Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse BA_____ du 6 avril 2011 ? Si non, pour quels motifs ? u. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 31 août 2011 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ? v. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? w. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le