

GE_GERICHTE A/3451/2013 vom 25. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3451_2013

FR: GE_GERICHTE A/3451/2013 du 25 août 2014

IT: GE_GERICHTE A/3451/2013 del 25 agosto 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.08.2014
A/3451/2013

A/3451/2013 ATAS/931/2014 du 25.08.2014 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3451/2013
ATAS/931/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 25 août
2014 9ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio recourante contre
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des
Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la
recourante), née en 1963, a déposé une demande de prestations à l'Office cantonal de
l'assurance-invalidité (ci-après OAI) le 4 novembre 2010. Elle avait grandi en
République démocratique du Congo où elle avait suivi une école d'infirmière. Elle était
venue en Suisse en octobre 1985, époque à laquelle elle s'était mariée. Elle avait divorcé en
1992. Elle était mère de cinq enfants, nés respectivement en 1983, 1987, 1988, 1995 et
2001. Elle percevait une rente de veuve ainsi qu'une rente d'orphelin pour l'un de ses
enfants. Elle avait exercé une activité professionnelle d'aide-soignante de novembre 1993 à
octobre 2004 et était au bénéfice d'un certificat de la Croix-Rouge genevoise. Elle avait
suivi l'école d'assistante en soins et santé communautaire. Elle avait des connaissances en
informatique (internes aux Hôpitaux universitaires de Genève, ci-après : HUG) et disposait
de connaissances en qualité de laborantine photo à 100%, caissière et en comptabilité ainsi
que commise-administrative à l'hôpital. Elle travaillait en qualité d'aide-hospitalière à 50%
pour les HUG depuis le 1 er juillet 1989. Son revenu brut se montait à CHF 2'978,10 par
mois. Elle exerçait en sus des activités de bénévolat. L'atteinte à la santé consistait en un
problème à l'épaule droite suite à un accident en 2008. Elle était suivie par le Docteur
B_____, spécialiste FMH en orthopédie. Elle avait par ailleurs eu son pouce gauche broyé
en août 2009. Une incapacité de travail en avait découlé. Elle était suivie par le Docteur
C_____, spécialiste FMH en orthopédie pour son pouce. 2. A la demande de l'Office
cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), les HUG ont retourné le questionnaire
employeur en date du 9 novembre 2010. La responsable des ressources humaines a indiqué
que : « dans l'unité, une grande part de l'activité de l'aide-soignante est consacrée au
ménage (nettoyage surface du mobilier, chariot, chaise gynéco, etc... et au nettoyage des
instruments, soit à faire tremper dans des solutions de décontamination puis à sortir et à
sécher avant de les envoyer à la stérilisation). Par contre, l'activité ambulatoire fait qu'il n'y
a pas de toilettes à faire aux patientes et peu de nursing. A l'hôpital de jour l'aide-soignante
est amenée à aider pour les premiers levers post-opératoires, pour distribuer les repas et
faire les lits en fin de journée. » A la question « à votre avis quel travail
pourrait faire votre collaboratrice », les HUG ont relevé que celle-ci avait pu effectuer du
travail d'accueil des patientes pendant sa reprise à mi-temps thérapeutique en 2010 mais

que ceci ne constituait pas la part la plus importante du travail de l'aide-soignante dans cette unité. Elle avait pu également s'occuper de la gestion des documents papiers (renouvellement des stocks, reprographie) mais ceci représentait également une part peu importante en temps des tâches de l'aide-soignante.

3. Par courrier du 22 novembre 2010, AXA Winterthur a transmis à l'OAI l'intégralité de son dossier médical ainsi que de la déclaration de sinistre suite à l'accident du 5 août 2009. Il ressortait de l'expertise du 13 septembre 2010 du Docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mandaté en qualité d'expert par AXA Winterthur, que le 13 novembre 2008, alors que l'intéressée était en week-end à Casablanca, elle avait raté la dernière marche d'un escalator et était tombée en avant. Pour éviter de se réceptionner sur la face, elle s'était « retenue avec les deux membres inférieurs et avait basculé sur le côté droit ». Le Docteur B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH à Genève, avait retenu comme diagnostic, dans un certificat du 11 décembre 2008, une « contusion de l'épaule droite avec déchirure partielle du sus-épineux avec (?) une entorse du pouce droit de type « pouce du skieur », une entorse de la cheville droite et une entorse du ligament latéral interne du genou droit avec plaie sus-rotulienne associée à une contusion de l'aile iliaque droite. Le traitement était conservateur, symptomatique ». Une incapacité de travail à 100% était donnée depuis le 25 novembre 2008. Le 9 décembre 2008, alors que la patiente était déjà en arrêt pour accident, elle s'était retrouvée dormir à l'Hôpital à côté de sa fille qui venait de se faire opérer des amygdales et des végétations. Durant la nuit, voyant du sang dans le haricot, elle s'était levée et avait couru dans le couloir pour aller chercher une infirmière. Elle avait glissé et était tombée sur l'épaule droite. Les plaintes au niveau du membre supérieur droit étant réactivé de manière importante, une arthro-IRM avait été effectuée. Le rapport du 22 décembre 2008 concluait à un examen s'inscrivant dans les limites de la norme. La patiente semblait toutefois garder des douleurs relativement importantes à la mobilisation mais selon elle, pas nocturnes. Différents examens médicaux avaient été pratiqués et un traitement physiothérapeutique entrepris. Il semble que la pleine capacité de travail ait été retrouvée à fin avril 2009, malgré des plaintes persistantes chez la patiente.

Le 6 août 2009, alors que Mme A_____ était appuyée contre une porte, celle-ci s'est refermée sur sa main. Amenée en urgence aux HUG, le Docteur E_____ a décrit une plaie et des douleurs de P2 D1 gauche avec ongle luxé radiologiquement. Il mettait en évidence une fracture de P2 D1 gauche. Le 6 août 2009, le docteur C_____ avait pratiqué l'ablation de l'ongle, lavage et suture d'une plaie du lit de l'ongle et réinsertion de cet ongle par un point cadre. L'expert D_____ posait différents diagnostics : - status après chute en avant avec réception sur les mains et les poignets ainsi que sur le côté droit survenu le 13 novembre 2008 ayant entraîné une contusion de l'épaule droite ; - des entorses bénignes du pouce droit, de la cheville droite et du ligament collatéral médial du genou droit ; - une contusion de l'aile iliale droite et une petite plaie superficielle rotulienne droite. - status après chute de sa hauteur avec réception sur l'épaule droite survenue le 9 décembre 2008, ayant entraîné une contusion simple, des douleurs persistantes de l'épaule droite d'origine indéterminée mais plus probablement en relation avec une tendinopathie calcifiante modérée. - une fracture ouverte de la phalange distale du pouce gauche en se coinçant le doigt dans une porte le 5 août 2009. - status après ablation de l'ongle, lavage et suture d'une plaie du lit de l'ongle et réinsertion de l'ongle par une point cadre le 6 août 2009 ; - status après cure d'ongle incarné du pouce gauche sur séquelles traumatiques le 21 septembre 2009. - status après thénolyse du long

fléchisseur du pouce gauche, section de la poulie A1 D1 gauche, excision d'un névrome et lambeau d'avancement de couverture de type Moberg pour dysesthésies persistantes et adhérence du long fléchisseur du pouce fait le 13 juillet 2010.![endif]>![if> - hypoesthésie pulpaire persistante du pouce gauche, vraisemblablement secondaire au lambeau d'avancement. ![endif]>![if> L'incapacité de travail des suites de l'événement du 5 août 2009 était encore acceptable à la date de l'expertise. Pour ce qui était de la poursuite de cette incapacité à 50% dès le 4 janvier 2010, celle-ci pouvait se justifier jusqu'à la dernière intervention du 13 juillet 2010 à la suite de laquelle une nouvelle incapacité complète de travail paraissait normale. A la date de l'expertise et au vu du status objectif, il paraissait qu'une reprise à 50% dans son ancienne activité adaptée pouvait avoir lieu. En ce qui concernait une reprise à 100% dans son ancienne activité d'aide-soignante dans le service des soins ambulatoires de gynécologie, « cela reste sujet à caution, vu qu'il y a une part d'aide à la consultation et de préparation du matériel qui peut être difficile lorsqu'on est handicapé par une hypoesthésie. C'est pourquoi qu'une certaine invalidité dans ce genre d'activité perdue pourrait éventuellement être acceptable, si aucun progrès concernant les troubles sensitifs ne surviennent dans les mois qui viennent ». La patiente était toutefois apte à travailler à 100% dans une activité adaptée. Tous travaux administratifs, dès lors qu'il ne s'agissait pas de sa main dominante et uniquement d'une hypoesthésie de la face pulpaire du pouce gauche, étaient exigibles. En dehors des travaux administratifs, elle pouvait effectuer tout autre travail, à la condition qu'il ne demande pas une motricité fine des deux mains et/ou le port de charges lourdes. Des séances d'ergothérapie et/ou physiothérapie se justifiaient pour finir d'aider à la réutilisation de la main gauche et à retrouver une certaine force d'utilisation, même si l'hypoesthésie risquait de perdurer un peu. Ce genre de traitement ne devait pas aller au-delà de l'automne 2010 voir fin 2010 au grand maximum. Si à cette échéance, aucun progrès n'était survenu, il était très probable que la situation serait alors chronifiée. Des mesures médicales n'étaient pas susceptibles d'améliorer sensiblement l'état de santé de l'assurée, celle-ci ayant déjà eu une excellente récupération avec peu de plaintes subjectives. 4. Par certificat médical du 29 novembre 2010, le docteur B_____ a diagnostiqué une contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec développement d'une tendinopathie microcalcifiante, entorse du pouce droit, du type « pouce du skieur », entorse de la cheville droite et entorse du ligament collatéral interne du genou droit avec contusions multiples. Ce diagnostic existait depuis le 13 novembre 2008. A noter qu'il y avait d'autres diagnostics entraînant une incapacité de travail pour laquelle la patiente était suivie par le Dr C_____. Concernant uniquement le problème de l'épaule, il n'y avait plus d'incapacité de travail depuis le 23 avril 2009. D'autres incapacités avaient été prescrites par le Dr C_____. L'activité professionnelle exercée par la recourante était adaptée. Elle travaillait à l'accueil des patientes. Elle conservait des douleurs à son épaule droite et ressentait des craquements. Il semblait qu'elle sollicitait plus son épaule droite suite à son accident de la main gauche. La symptomatologie résiduelle au niveau de l'épaule limitait les mouvements répétés du membre supérieur droit et le port de charges lourdes. Elle avait des douleurs dans les mouvements au-dessus de l'horizontal. ![endif]>![if> 5. Le 11 janvier 2011, l'OAI a établi un rapport d'évaluation de l'assurée. Celle-ci souhaitait reprendre une activité adaptée aux HUG et demandait une reprise « à 0% de son 50 dès le 1 er février 2011 puis à 100% dès le 1 er mars 2011 (à voir). » Sous conclusion, le rapport mentionne que « un poste adapté dans l'administratif aux HUG serait la meilleure solution pour maintenir un emploi et sa capacité de gain. Nous allons prendre contact avec son employeur dans ce sens. En

attendant un rendez-vous tripartite, nous lui avons proposé d'augmenter ses compétences « administratives » par des cours de courte durée d'allemand, d'anglais ou bureautique. »!

6. Il ressort de la note de travail de l'OAI, suite à l'entretien tripartite du 7 février 2011 que différentes fonctions pouvaient être envisagées au sein des HUG mais qu'il n'existait pas de postes disponibles dans les départements.

7. Par certificat du 27 janvier 2011, le Dr C_____ a précisé que suite à l'intervention du 13 juillet 2010 (révision de la pulpe du pouce, excision de la zone nervomatose, couverture par un lambeau de type Moberg et révision du canal digital) une amélioration de la position du pouce était intervenue, la force de la pince pollici-digitale termino latérale était toujours nulle à gauche et de 6 kilos à droite. La patiente portait un tube de protection toute la journée malgré l'interdiction faite par le médecin et présentait une exclusion toujours persistante de son pouce gauche ainsi que des trémulations de son doigt à prédominance nocturne. Le pronostic était donc défavorable et responsable d'une incapacité de travail toujours complète dans son activité d'aide-soignante. L'usage de la main gauche était fortement entravé et le resterait probablement définitivement. La situation était stationnaire depuis près de trois mois. L'activité exercée n'était plus exigible, le rendement était nulle du fait de l'impossibilité de l'usage de la main gauche. Les mesures médicales ne pouvaient pas servir à réduire les restrictions. Il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Sous remarque, le praticien mentionnait que Mme A_____ nécessitait une reconversion professionnelle dans un travail limitant au maximum l'usage de la main gauche à des activités sans charges aucunes. Une incapacité définitive de 100% dans son activité professionnelle était retenue ainsi qu'une invalidité permanente estimée à 20%.

8. Par communication du 15 février 2011, Mme A_____ a été mise au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de bureautique (40 heures), d'anglais (140 heures) pour la période du 14 février au 15 avril 2011.

9. Le 29 mars 2011, l'OAI a convenu avec l'assurée, téléphoniquement, de diminuer les cours de bureautique de cinq à trois jours par semaine. La patiente était en surmenage. Elle avait une tension à 20. Elle ne parvenait plus à faire face à ses obligations entre sa propre formation, son travail et sa famille.

10. Par téléphone du 30 mars 2011, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait dû être hospitalisée jusqu'à minuit la veille, suite à des problèmes de tension. Elle était en arrêt de travail jusqu'au 5 avril.

11. Selon l'avis de la Doctoresse F_____ du Service médical régional Suisse romande (ci-après : SMR), la patiente avait une capacité de travail exigible de 0% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée pour la période du 4 janvier 2010 au 12 juillet 2010 et dès septembre 2010.

12. Un bilan a été dressé le 14 avril 2011 aux HUG. Un reclassement pratique jusqu'à la fin de l'année comme commise polyvalente (accueil et facturation) était convenu ainsi que la poursuite des cours de bureautique à une fréquence minimum jusqu'à l'automne. Une communication a été adressée à l'assurée dans ce sens le 19 avril 2011.

13. Le même jour, l'OAI a émis un rapport de clôture d'intervention précoce. Il était répondu oui à la décision de principe de mesures d'ordre professionnel, à l'avis final SMR, à la mise en place de mesures d'intervention précoce, à la mise en place de mesures de réadaptation et la CDR était faite avec la mention 47% pour la part lucrative. Sous observations, le rapport mentionnait : reclassement : voir rapport REA et communication du 19.04.2011 (ayant valeur de DDP dans WEBAI).

14. Par communication du 16 mai 2011, Mme A_____ s'est vue octroyer des nouvelles mesures professionnelles sous forme de la poursuite de la prise en

charge des cours d'anglais.![endif]>![if> 15. Un entretien a eu lieu le 19 mai 2011 entre Mme A_____ et l'OAI. Celle-là n'arrivait pas à assumer un 50% à l'hôpital en plus des deux fois, trois heures de cours chez Sight and Sound. Après une absence prolongée, les mouvements répétitifs de la facturation lui faisaient mal à l'épaule et au pouce (manipulation des feuilles). Elle pensait pouvoir faire au maximum trois fois cinq heures par semaine, voire plus à l'accueil, qu'elle qualifiait de moins physique. Elle pensait pouvoir assumer un 50% en plein à la fin du mois d'août, date à laquelle les cours finiraient et où elle aurait gagné en endurance. Elle avait envisagé un 30% avec une rente de 20% de l'AI. La note de travail de l'OAI mentionne qu'il a été expliqué à l'intéressée que l'OAI ne se trouvait absolument pas dans une perspective d'une rente et qu'elle avait tout intérêt à faire le maximum, les HUG n'ayant aucune obligation de lui fournir un poste adapté.![endif]>![if> Un contact téléphonique a été pris quelques jours plus tard entre l'OAI et la responsable aux HUG selon laquelle les choses devaient évoluer positivement avec un retour partiel à l'accueil. 16. L'assurée a perçu des indemnités journalières de l'OAI de CHF 91,20 par jour. Le revenu déterminant était de CHF 41'589, 20 par année.![endif]>![if> 17. A la demande de l'OAI, AXA Winterthur lui a transmis un CD rom du dossier de Mme A_____ en date du 3 août 2011.![endif]>![if> 18. Lors d'un entretien avec l'assurée du 18 août 2011, celle-ci a indiqué à l'OAI qu'il ne lui semblait pas possible d'augmenter son taux à 50%. C'était la problématique du pouce et de l'épaule qui était mise en avant. Il ressort de la note de l'OAI qu'à la suggestion de travailler sur quatre ou cinq jours plutôt que deux, ce soit l'organisation familiale de Mme A_____ qui rendait la solution impossible. L'intéressée ne progressait pas dans ses apprentissages. On ne lui expliquait pas grand-chose. Elle faisait des factures simples, principalement seule. Il y avait une mauvaise entente avec sa supérieure directe. Elle souhaitait changer de département aux HUG pour pouvoir également faire plus d'accueil. Elle projetait d'écrire au directeur des HUG.![endif]>![if> 19. Un entretien tripartite a eu lieu aux HUG le 30 août 2011.![endif]>![if> 20. Par téléphone du 8 novembre 2011, l'assurée s'est plainte d'une situation de mobbing et de racisme de sa responsable directe, ce qui avait entraîné une incapacité de travail depuis le lundi 24 octobre 2011. Elle ne dormait plus et avait des problèmes de tension. Elle s'est fait opérer le 7 décembre 2011 aux HUG.![endif]>![if> 21. Le 22 novembre 2011, les HUG ont informé l'OAI qu'il n'était pas possible que Mme A_____ poursuive son activité aux HUG, la relation étant trop conflictuelle. Contactée, l'assurée a maintenu ses critiques à l'égard de sa supérieure.![endif]>![if> 22. L'assurée a été opérée le 7 décembre 2012 par le Docteur G_____ aux HUG.![endif]>![if> 23. Par entretien téléphonique du 11 janvier 2012, Mme A_____ a indiqué que l'opération (la 4 ème) du doigt avec ablation de l'ongle était plus importante que prévue. Elle endurait beaucoup de douleurs et était toujours en arrêt de travail. Elle devait débiter l'ergothérapie prochainement. AXA Winterthur versait les indemnités journalières LAA. ![endif]>![if> 24. Le 17 avril 2012, Mme A_____ a informé l'OAI qu'elle devait voir un spécialiste à Lausanne. Il était trop tôt pour reprendre le stage. ![endif]>![if> 25. Le 8 mai 2012, Mme A_____ a informé l'OAI qu'elle était tombée le 20 avril 2012 sur l'épaule droite. Elle avait été hospitalisée une nuit et était de toute façon en arrêt de travail. Par certificat médical du 21 juin 2012, le Dr H_____ de l'Hôpital de la Tour a confirmé le diagnostic de contusion à l'épaule droite depuis 2008 suite à un accident. La patiente présentait des douleurs chroniques à l'épaule depuis sa chute en novembre 2010 et des douleurs lors de mouvements en abduction. Le pronostic était réservé. La médication actuelle consistait en AINS à la demande. L'incapacité de travail était de 100% liée au doigt. Elle ne pouvait

porter de charges. L'activité exercée n'était pas exigible. Une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail n'était pas à attendre.![endif]>![if> 26. Par certificat médical du même jour, le Docteur I_____ a confirmé le diagnostic d'allodynie post-opératoire du pouce gauche. Le Docteur J_____ avait confirmé l'opinion du Dr G_____, à savoir la réalisation du fait d'un défaut de couverture pulpaire D1 gauche d'un défaut d'avancement mais ce, sous médication d'antalgique adaptée aux douleurs neuropathiques que présentait la patiente. Cette intervention avait été programmé le 7 décembre 2011 avec une hospitalisation préopératoire le 6 décembre 2011 afin d'initier le traitement antalgique sous forme de Lyrica. La patiente avait bénéficié, dans les suites de l'intervention chirurgicale, d'un bloc axillaire en continu de manière à résoudre le problème douloureux neurologique. L'intervention avait consisté à une reprise du lambeau d'avancement avec une fermeture en VY en proximal de son pouce gauche permettant d'obtenir un matelassage pulpaire correct. A l'heure actuelle, le matelassage pulpaire restait correct au niveau de son pouce gauche mais la patiente présentait toujours une allodynie très importante au niveau de celui-ci et une exclusion de son pouce gauche avec un défaut d'utilisation de celui-ci. Le pronostic restait défavorable. Le traitement actuel consistait en le port d'arthrodèse et automédication. L'incapacité de travail était de 100% depuis l'événement traumatique. Un bilan était en cours pour éliminer une neuropathie du nerf ulnaire qui pouvait être concomitante et péjorer l'utilisation de sa main gauche. Un contact avait été réalisé avec le Docteur K_____ pour essayer de résoudre son problème de douleurs neurologiques. Outre les limitations fonctionnelles régulièrement mentionnées par les praticiens s'ajoutait une fatigabilité.![endif]>![if> 27. Par avis médical du 27 septembre 2012, le Docteur L_____, médecin SMR, a relevé que suite à l'intervention du 7 décembre 2011 par le Dr G_____, l'évolution ne permettait pas d'amélioration de l'état de santé. L'intervention n'avait pas changé les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée. Il fallait s'en tenir aux conclusions du rapport SMR du 14 avril 2011. Par communication du 10 janvier 2013, Mme A_____ a bénéficié de l'octroi de mesures professionnelles (reclassement) (art. 17 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20) du 14 janvier 2013 ainsi que d'indemnités journalières durant le délai d'attente du 1 er décembre 2012 au 13 janvier 2013.![endif]>![if> 28. Le 5 mars 2013, les mesures professionnelles (prolongation des cours d'anglais) ont été accordées. ![endif]>![if> 29. Par communication du 28 mars 2013, l'OAI a confirmé la prise en charge d'un stage pratique aux HUG comme employée administrative d'accueil à l'hôpital des Trois-Chênes du 1 er avril au 14 avril 2013.![endif]>![if> 30. Le 16 avril 2013, un bilan a été fait du stage de Mme A_____ aux HUG. Ceux-ci concluaient que Mme A_____ ne disposait pas, à ce jour, des capacités pour assumer le rôle d'huissière. Elle n'avait pas d'autres possibilités de stages ou de postes à lui proposer. Une solution professionnelle devait être trouvée à l'extérieur des HUG.![endif]>![if> 31. Par communication du 30 avril 2013, une indemnité journalière durant la recherche d'un emploi était allouée à Mme A_____ du 15 avril 2013 au 13 juillet 2013. Cette communication a été modifiée le 22 mai 2013 et le droit à l'indemnité journalière ramenée au 13 juin 2013.![endif]>![if> 32. Selon le rapport final de réadaptation professionnelle du 28 mai 2013 de l'OAI, les mesures de reclassement et les démarches soutenues visant un transfert interne chez l'employeur n'avaient pas abouti. Elles étaient les seules de nature à maintenir la capacité de gains compte tenu du revenu sans invalidité important du fait de son ancienneté. En l'absence de nouvelle formation certifiée ou d'exercice d'une activité lucrative, l'AI ne pouvait que procéder à la

détermination du degré d'invalidité sur la base d'une évaluation théorique. Sur la base d'une pleine exigibilité médicale attestée par le SMR, que l'assurée mettait en doute, l'OAI obtenait un degré d'invalidité de 42% pour la part lucrative d'une assurée travaillant à 50%.! [endif]> [if] 33. Le 22 novembre 2012, AXA Winterthur a rappelé que l'assurée projetait d'exercer une activité indépendante consistant à faire du commerce avec son pays d'origine, le Zaïre et consistant en l'achat et vente de véhicules à moteurs, de denrées alimentaires, d'appareils électroniques. Elle avait sollicité de leur part une aide financière pour un montant de CHF 50'000.-. La compagnie d'assurance avait accepté, Mme A_____ ayant reconnu avoir été totalement indemnisée s'agissant de la question de l'invalidité économique et de l'éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle renonçait à toutes prétentions ultérieures à ces titres sous réserve d'une aggravation notable des conséquences de l'accident.! [endif]> [if] 34. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 15 juillet 2013. L'assurée vivait avec M_____, sa fille née en 2001, qui suivait l'école obligatoire et mangeait à l'école à midi.! [endif]> [if] 35. S'agissant des empêchements dans les diverses activités du ménage, le rapport a retenu :! [endif]> [if] Travaux Pondération Empêchement Invalidité Conduite du ménage 3% 0% 0% Alimentation 40% 30% 12% Entretien du logement 15% 40% 6% Emplettes et courses diverses 10% 30% 3% Lessive et entretien des vêtements 15% 35% 5,25% Soins aux enfants 10% 30% 3% Divers (sorties du chien) 7% 50% 3,5% Total 100% 32,75% L'inspectrice a précisé que l'assurée avait une femme de ménage engagée à raison de deux fois quatre heures par semaine. De plus, soit la femme de ménage soit une autre personne également engagée par Mme A_____ s'occupait de ramener sa fille de ses différentes activités parascolaires. L'assurée ne souhaitait pas donner le nom de ces personnes, celles-ci n'étant pas déclarées. Aucune exigibilité n'avait été retenue car elle vivait avec sa fille de douze ans. Son autre fille était aux Etats-Unis. Un de ses fils vivait en Afrique. Un autre suivait des études aux Etats-Unis. Son dernier fils de 18 ans venait de partir poursuivre ses études en Angleterre. Il rentrait de temps en temps mais sa présence n'était pas régulière. Concernant le statut, il paraissait vraisemblable que sans l'atteinte à la santé, l'assurée aurait un statut 50% activité professionnelle et 50% ménagère. 36. Le 5 août 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, laquelle n'a pas réagi dans le délai qui lui avait été imparti.! [endif]> [if] 37. Par décision du 25 septembre 2013, l'OAI a refusé toute prestation à Mme A_____. Elle avait déposé sa demande de prestation en date du 8 novembre 2010. La période de six mois permettant d'ouvrir le droit à la rente prendrait fin en date du 8 mai 2011. A cette date, elle présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'aide-soignante. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. Selon l'enquête effectuée à domicile, l'OAI avait constaté que, sans atteinte à la santé, Mme A_____ travaillerait à 50%. Les 50% restant étaient occupés à son ménage. Selon les observations de l'OAI, l'empêchement dans la tenue du ménage était de 33%. Le degré d'invalidité, dès le 1^{er} mai 2011, résultant des deux domaines était le suivant : activité professionnelle, part en pourcent 50, empêchement en pourcent 42%, ce qui représentait une invalidité de 21%.! [endif]> [if] L'intéressée présentait 33% d'empêchement pour les travaux habituels, représentant l'autre 50% de son temps, ce qui impliquait une invalidité de 16,50% dans ce second domaine. Le taux d'invalidité total était de 37,5%. Le taux de 42% pour le domaine professionnel avait été obtenu en comparant le revenu sans invalidité en CHF 38'715.- avec un revenu avec invalidité de CHF 22'409.- soit une différence de CHF 16'306.- représentant un degré d'invalidité de 42,1% dans le domaine professionnel. Les CHF 38'715.- provenaient du rapport employeur du 11

novembre 2010, pour l'activité à 50%. Le revenu avec invalidité provenait de l'enquête suisse des salaires ESS 2010, tableau TA1 pour femmes, domaine d'activité total, dans des activités de niveau type 4, simples et répétitives sans formation professionnelle au préalable. L'assurée pouvait ainsi réaliser un revenu de CHF 52'728.- en travaillant à 100%, plein rendement en 2010. D'un point de vue médical, une pleine capacité de travail était raisonnablement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Etant donné le statut mixte retenu, à savoir le fait que Mme A_____ ne travaillerait vraisemblablement qu'à 50% par choix personnel, l'OAI retenait le montant de CHF 26'364.-. Une réduction de 15% au maximum pouvait être accordée en raison des années de service, des limitations fonctionnelles et du taux d'activité. Le revenu annuel 2010 raisonnablement exigible avec invalidité était donc porté à CHF 22'409.-. 38. Le 28 octobre 2013, Mme A_____ a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 25 septembre 2013. L'office cantonal AI considérait que Mme A_____ pouvait travailler dans une activité adaptée à 50%. Aucune indication concrète n'avait été donnée concernant ladite activité. Même à retenir une telle activité, il convenait de tenir compte d'une diminution de rendement importante. L'OAI n'avait pas mis sur pied de stage en vue de déterminer quelles activités elle pouvait éventuellement exercer, quelles seraient les limitations et quels seraient leurs rendements. Compte tenu de surcroît de son âge, du fait qu'elle n'avait aucune expérience professionnelle autre que son activité habituelle d'aide-soignante, une réduction supplémentaire de 25% aurait dû être admise en lieu et place de 15%. [endif]>![if> Elle contestait les conclusions de l'enquête ménagère. Concernant le poste alimentation, la recourante ne pouvait pratiquement plus procéder à la préparation des plats ni aux travaux de nettoyage de la cuisine, à l'exception de débarrasser la table, remplir et vider le lave-vaisselle. D'un point de vue médical, cette activité n'était en effet plus possible. Il convenait de retenir une invalidité d'au moins 60% et non de 30%, ce qui impliquait un taux final pour ce poste de 24% au moins. Concernant l'entretien du logement, Mme A_____ n'arrivait plus à passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits et épousseter. L'empêchement devait être pour le moins de 75%, soit une invalidité de 10% au moins pour ces tâches. Concernant le poste emplettes et courses diverses, la recourante était limitée à des courses légères. Un empêchement de 50% devait être retenu pour une invalidité pour ce poste de 5%. Concernant le poste lessive et entretien des vêtements, elle ne pouvait plus ni laver ni raccommoder. Un empêchement de 50% devait être retenu et une invalidité de 7,5% pour ledit poste. L'invalidité globale pour les tâches ménagères ascendait à 50%. L'assurée concluait à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2011 sous suite de frais et dépens. Subsidiairement, elle sollicitait de pouvoir prouver, notamment par l'audition de ses médecins traitants et en tant que de besoin par la mise sur pied d'une expertise médicale, les faits qu'elle avançait. 39. Autorisée à compléter son recours par la chambre des assurances sociales, Mme A_____ a indiqué le 26 novembre 2013 n'avoir pas pu obtenir les renseignements qu'elle sollicitait du Docteur G_____ des HUG. Il convenait de se référer au rapport de celui-ci daté du 3 août 2013. L'allodynie était toujours très importante et, de son point de vue, l'incapacité de travail était de 100%. La recourante ne pouvait plus utiliser le pouce gauche complet. Elle était incapable de réaliser les gestes dits manuels ou d'utiliser la main gauche. Concernant les questions relatives aux travaux qui pouvaient encore être exigés de Mme A_____, le Dr G_____ avait indiqué que seuls les travaux nécessitant l'utilisation de la main droite étaient possible. Il mentionnait par ailleurs que tout travail engendrerait une fatigabilité. Cela signifiait que le rendement, dans le cadre

d'un éventuel travail, serait, quoiqu'il en soit, diminué. Référence était aussi faite à un bilan, en cours, pour éliminer une neuropathie du nerf ulnaire qui pouvait être concomitante et péjorer l'utilisation de la main gauche. La recourante ignorait le résultat dudit bilan effectué avec le Dr K_____. L'appréciation du Dr G_____ était divergente de celle du Dr D_____ dans son rapport du 13 septembre 2010. Celui-ci avait d'ailleurs établi son expertise avant l'intervention chirurgicale du 16 décembre 2011. Il ne s'était pas prononcé sur la question de la fatigabilité et du rendement. L'assurée sollicitait l'audition du Dr G_____ afin que celui-ci puisse fournir les bilans des examens médicaux auxquels il avait procédé en 2012 et puisse se prononcer quant à la question de savoir si ledit bilan avait modifié son appréciation. 40. Par réponse du 7 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'intéressée avait bénéficié de nombreuses mesures d'ordre professionnel et plusieurs postes avaient été évoqués comme étant adaptés notamment dans des postes administratifs. Elle avait bénéficié d'un cours intensif d'anglais qui avait remis à jour ses compétences en tant que commise-administrative, activité déjà exercée auparavant par la recourante. Elle avait également effectué des stages dans le domaine de la facturation ainsi que de l'accueil, de sorte que des activités telles que hôtesse d'accueil, commise-administrative, vendeuse etc. étaient adaptées et accessibles sans autre formation. Elle avait par ailleurs indiqué à l'assurance accident qu'elle avait comme projet d'exercer une activité d'indépendante qui consisterait à faire du commerce avec son pays d'origine, activité également adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il ressortait des rapports de réadaptation que la raison principale pour laquelle le reclassement de la recourante n'avait pas abouti ne relevait pas de raisons médicales mais bien de raisons subjectives et de son attitude. La détermination du degré d'invalidité avait été faite sur la base d'une évaluation théorique. Le Dr D_____ avait conclu dans son expertise de septembre 2010 à une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans l'activité adaptée. Aucune baisse de rendement n'avait été retenue par le Dr D_____. Dans le cadre de son mandat il avait dû se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée. Il n'avait pas précisé qu'il existait des baisses de rendement, raison pour laquelle, l'OAI avait retenu une capacité de travail de 100 %. S'agissant du stage sollicité par la recourante pour déterminer ses limitations fonctionnelles, celles-ci figuraient dans l'expertise effectuée par le Dr D_____ en date du 13 septembre 2010. Il ressortait en effet du rapport d'expertise que : « comme l'avait déjà évoqué le Dr PLOJOUX lors de son examen médical, dans une activité adaptée et au vu du status actuel, la patiente est apte à 100 %. Ceci veut dire que tous travaux administratifs compte tenu qu'il ne s'agit pas de sa main dominante et uniquement hypoesthésie de la face pulpaire du pouce gauche, une pleine capacité de travail est exigible. En dehors des travaux administratifs, il est aussi évident qu'elle peut effectuer n'importe quel autre travail pour autant qu'il ne demande pas une motricité fine des deux mains et ou le port de charges lourdes ». Par ailleurs, un avis du SMR du 27 septembre 2012 mettait en évidence que l'intervention effectuée le 7 décembre 2011 n'avait pas changé les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée. Les conclusions du rapport SMR du 14 avril 2011 restaient valables. Il convenait d'admettre que la 2ème opération du pouce n'avait pas eu d'influence sur les limitations fonctionnelles de la recourante qui demeuraient les mêmes. La recourante contestait l'abattement retenu par l'OAI estimant que 25 % devaient lui être appliqués en lieu et place des 15 %. S'agissant du critère de l'âge, l'assurée était éloignée du seuil à partir duquel la jurisprudence parlait d'un âge avancé. S'agissant du manque d'expérience professionnelle ce dernier ne constituait pas un critère de réduction. L'abattement de 15 % était justifié. Le

rapport d'enquête économique du 15 juillet 2013 remplissait les conditions jurisprudentielles et devait se voir reconnaître pleine valeur probante. La mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires par la Chambre de céans s'avérait inutile. Il n'appartenait pas aux médecins de se prononcer sur les empêchements des travaux ménagers. L'audition du Dr G_____ ainsi que la mise en place d'une expertise médicale judiciaire étaient superflues. 41. Par réplique du 28 février 2014, Madame A_____ a précisé souffrir d'atteintes à la santé supplémentaires soit :![endif]>![if> - d'une douleur de type neuropathique comme l'attestait le Dr K_____ dans un rapport du 30 janvier 2014 ;![endif]>![if> - d'un état dépressif sévère (F32.2), existant depuis longtemps dont le pronostic était mauvais comme l'attestait le rapport de la Dresse N_____ du 17 janvier 2014 ;![endif]>![if> - d'une allodynie sévère post-traumatique pulpaire conformément au courrier du 17 décembre 2013 du Dr G_____. ![endif]>![if> Les auditions des Drs K_____ et N_____ étaient sollicitées. L'OAI mentionnait qu'elle avait bénéficié de mesures d'ordre professionnel et plusieurs postes étaient évoqués par l'intimé comme étant adaptés. En réalité, il s'était agi d'une tentative de reclassement de la recourante auprès de son employeur, les HUG. A moins de pouvoir suivre un apprentissage dans le domaine du secrétariat ou de l'administration, Mme A_____ ne disposait pas des capacités nécessaires pour assumer les postes qui lui avaient été proposés. Ce constat avait d'ailleurs été également formulé par le responsable des ressources humaines des HUG dans son rapport du 16 avril 2013. Concernant l'activité d'indépendante évoquée par l'assureur LAA, la recourante ne niait pas avoir tenu de tels propos. Seule l'éventualité de la transaction lui avait fait accepter les termes de l'accord proposé par AXA Winterthur, sa situation financière étant des plus pénibles à l'époque et encore aujourd'hui d'ailleurs. Ce projet ne s'était pas développé. Elle n'avait aucune aptitude à exercer une telle activité. Les souffrances qu'elle endurait ne lui permettaient quoiqu'il en soit pas de s'y adonner. On pouvait par ailleurs s'étonner de la méthode utilisée par l'assureur LAA selon laquelle il avait versé, pour solde de tout compte, CHF 50'000.-. Dans la mesure où l'incapacité de gains était à l'évidence en lien de causalité avec l'accident subi par la recourante, cette dernière aurait dû recevoir de l'assureur LAA une rente mensuelle conséquente et à vie. Elle réfléchissait d'ailleurs à la possibilité d'invalider ladite transaction. Concernant l'enquête ménagère, la recourante ignorait si celle-ci avait été établie par une personne qualifiée. Elle tenait à préciser que lors de l'entretien, il ne lui avait jamais été donné la possibilité de faire valoir de quelque opinion divergente. Le rapport d'enquête économique du 15 juillet 2013 était incomplet dans la mesure où, à titre d'exemple, on ignorait totalement comment l'enquêteur avait déterminé les pourcentages d'empêchement. Dans le poste « alimentation », l'enquêteur admettait implicitement qu'il n'était plus possible pour la recourante de préparer des plats et indiquait que cette dernière continuait à débarrasser la table, à remplir et à vider le lave-vaisselle ainsi que ranger la cuisine « dans la mesure de ses possibilités ». Une telle allégation n'avait aucun sens. De surcroît, on ignorait comment l'enquêteur avait établi que l'empêchement dans une telle activité était de 30%. Ces remarques étaient valables pour tous les autres postes. A l'appui de sa réplique, la recourante a produit différents documents soit - une attestation du Dr O_____, médecin responsable du centre de la douleur à Lausanne du 30 janvier 2014. Le traitement de Mme A_____ était en cours, elle présentait une douleur de type neuropathique qui générait, dans le bras et dans l'épaule gauche, une incapacité fonctionnelle. Des douleurs neuropathiques étaient connues pour être extrêmement invalidantes et souvent peu visibles extérieurement. Elle avait été évaluée sur le plan bio-psychosocial par les questionnaires et les douleurs

neuropathiques ne faisaient aucun doute. Cette situation avait des répercussions psychosociales importantes. Il avait récemment vu la patiente qui l'avait inquiétée également par un syndrome dépressif réactionnel important. La stratégie en cours, sur le plan thérapeutique, était une médication lourde qui serait probablement suivie, en cas d'échec, de l'implant d'un stimulateur médullaire, appareil implanté de type pacemaker, qui par une activation des cordons postérieurs de la moelle épinière, inhibait les afférences douloureuses. - un certificat de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, datée du 17 janvier 2014. Elle suivait la patiente depuis le 20 décembre 2013. Son diagnostic consistait en un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (avec des idées de mort récurrente, F32.2). La praticienne avait l'intention de proposer un traitement antidépresseur. L'état dépressif était survenu secondairement à un accident, le 5 août 2009. D'un point de vue psychiatrique, la patiente présentait une incapacité de travail à 100% en raison d'un état d'épuisement lié, entre autre, à des troubles du sommeil sévères dans le contexte de ses douleurs chroniques et de sa dépression, d'une perte de motivation et de plaisir dans la vie en général, d'une perte de confiance et d'estime de soi, d'un fort sentiment de dévalorisation, d'une tristesse omniprésente, de pleurs, d'un retrait social et d'idées noires récurrentes. L'état dépressif était secondaire aux séquelles physiques engendrées par l'accident de 2009, mais également à la perte de son statut social qui en découlait. L'introduction d'un traitement antidépresseur pourrait améliorer la symptomatologie. D'un point de vue psychique, la blessure narcissique liée à sa situation persisterait et empêcherait un rétablissement total. La patiente était confrontée au quotidien à la perte de l'utilisation de son pouce gauche, de ses douleurs et à sa chute sociale. Le pronostic était donc stationnaire ou mauvais même avec l'introduction d'un antidépresseur. Sans l'existence de ses enfants, la patiente aurait déjà probablement tenté de mettre fin à ses jours.![endif]>![if> - Un courrier du 17 décembre 2013 du Dr G_____ confirmant l'allodynie sévère post-traumatique pulpaire du pouce gauche.![endif]>![if> 42. Par duplique du 1 er avril 2014, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Les avis médicaux produits le 28 février 2014 avaient été soumis au SMR. Selon celui-ci, il n'y avait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation du cas. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, la raison principale pour laquelle le reclassement de la recourante n'avait pas pu aboutir relevait de raisons subjectives et de son attitude. Les éventuelles négociations et litiges avec la LAA n'étaient pas pertinents. S'agissant de l'enquête ménagère, il s'agissait d'infirmière qualifiée qui procédait à ce type d'enquête. L'OAI contestait que la recourante n'ait pu faire valoir ses divergences. L'enquête était notamment basée sur les déclarations faites par la recourante à l'enquêtrice et les constatations de cette dernière sur place. L'audition des médecins traitants était superflue. L'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause. ![endif]>![if> 43. Par courrier du 4 avril 2014, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> 44. Le 10 avril 2014, Mme A_____ a transmis à la chambre de céans un courrier par lequel elle sollicitait expressément l'audition de ses médecins-traitants ainsi que celle de la personne qui avait procédé à l'enquête ménagère ainsi que la mise sur pied d'une expertise judiciaire. La situation bio-psychosociale de Mme A_____ n'était pas la cause des problèmes de santé de la recourante mais la conséquence. Le Dr K_____ mettait aussi en avant la médication lourde qui, en cas d'échec, serait probablement suivie de l'implant d'un stimulateur médullaire. La Dresse N_____ avait relevé que l'état dépressif existait, pour le moins, avant la date de la décision de l'OAI le 25 septembre 2013. Il apparaissait évident qu'un médecin spécialiste, notamment en psychiatrie, était à même, au vu de son expérience

et surtout de l'examen clinique de son patient, d'affirmer si ce dernier souffrait de son état dépressif ou non trois mois auparavant. Le SMR soutenait qu'il n'y avait pas de signe de gravité. La recourante contestait formellement ce fait. De surcroît, cette question n'avait jamais été investiguée. Il convenait d'entendre la Dresse N_____. !

[endif]>![if> La recourante avait aussi diminué le bénévolat qu'elle faisait préalablement le samedi. Cela se limitait à une ou deux fois par année. Concernant le rapport sur les activités ménagères, l'enquêtrice n'avait pas été en possession de tous les éléments médicaux, et notamment des derniers nombreux rapports médicaux produits ultérieurement audit rapport dans le cadre de l'instruction. 45. Lors de l'audience du 7 juillet, les Drs N_____ et K_____ ont été entendus.![endif]>![if> - La Dresse N_____ suivait Mme A_____ depuis le 20 décembre 2013. La patiente était venue la consulter car elle se sentait triste. Elle avait posé le diagnostic d'état dépressif sévère. Au départ Mme A_____ venait plus pour parler. Sa démarche n'était pas de prendre un traitement médicamenteux alors que pour la doctoresse son état nécessitait un tel traitement. Elle avait pu l'introduire dès juin 2014. Mme A_____ aurait eu besoin de voir un psychiatre bien avant décembre 2013 tout comme elle aurait eu besoin, bien avant aussi, d'un traitement médicamenteux. A la première séance, la patiente avait indiqué avoir fait une tentative de suicide trois mois auparavant (environ septembre 2013). Le traitement médicamenteux consistait en un antidépresseur (Ciprallex 10mg par jour ainsi qu'un somnifère Stilnox 10mg par jour), Mme A_____ présentant de gros troubles du sommeil puisqu'elle ne dormait que quatre heures par nuit. S'il était vrai qu'elle ne connaissait pas la patiente avant décembre 2013, anamnestiquement, il y avait un état dépressif qui s'était installé depuis l'accident de 2009 relatif au pouce. Avant l'accident, c'était une femme gaie qui aimait son travail, qui participait dans des associations de quartiers, et qui ne présentait pas d'état dépressif. Suite à l'accident, elle n'avait plus pu aller travailler, n'avait plus eu de plaisir dans ses activités, avait eu de moins en moins envie de rencontrer des gens, avait éprouvé moins de plaisir dans ses relations avec ses enfants. Tous ces éléments avaient contribué à l'état dépressif. Les douleurs contribuaient aussi à l'état dépressif. Le terme blessure narcissique ne consistait pas en un diagnostic. Actuellement, Mme A_____ était totalement incapable de travailler. Le pronostic était défavorable. La patiente avait des douleurs qui étaient invalidantes. Depuis trois ans, elle devait dormir dans un fauteuil à cause des douleurs. Elle ne pouvait plus faire, au quotidien, certaines choses qu'elle souhaitait ou certains actes simples tels que boutonner un habit, lacer des chaussures. Cela générait un sentiment d'infériorité. Pour Mme A_____, il s'agissait d'un handicap qui ne se voyait pas, qu'elle vivait mal. Elle avait quelqu'un qui venait l'aider pour le ménage. A son avis, l'état dépressif datait de bien avant sa prise en charge. Concernant l'intensité de cet état, il lui était difficile d'être précise. Elle pensait qu'il était sévère en tout cas depuis 2013, même déjà avant 2013. Le médecin n'était pas étonnée que Mme A_____ n'ait pas été suivie auparavant. Elle avait un type de personnalité qui n'aimait pas se plaindre et essayait de s'en sortir par elle-même. Elle était venue la consulter au dernier moment. A son souvenir, un autre médecin lui avait déjà conseillé d'être suivie par un psychiatre. C'était aussi culturel que de ne pas aller spontanément voir un psychiatre, Mme A_____ ayant grandi en Afrique jusqu'à passer 20 ans. Concernant la précision de son diagnostic « avec des idées de mort récurrentes », celui-ci se fondait non pas sur l'épisode que la patiente lui avait relaté mais sur ses constats, Mme A_____ ayant des idées suicidaires encore très présentes, même suivie. Ses idées revenaient régulièrement. Si Mme A_____ tenait, c'était principalement pour ses trois premiers enfants, pour lesquels elle considérait qu'elle restait le seul parent (décès du père

pour deux enfants et père inconnu pour un). Le diagnostic officiel consistait en état dépressif sévère sans symptômes psychotiques. La précision sur les idées de mort récurrentes n'était pas nécessaire, il s'agissait d'une précision supplémentaire attestant d'une gravité supplémentaire. Elle avait pu constater objectivement les idées de mort récurrentes dès décembre 2013, début du traitement. Dans sa relation, elle sentait Mme A_____ sincère, authentique, non manipulatrice. - Le Dr K_____ suivait Mme A_____ depuis le 2 août 2012. Elle lui avait été adressée par le Dr P_____. Il existait deux types de lésions traumatiques, les simples, mécaniques, qui pouvaient être réparées de façon relativement aisée par un plâtre ou une opération et celles, nerveuses, où le nerf n'était pas aisément réparable. Il l'était d'autant moins lorsque cela concernait des extrémités. Ces lésions généraient ce que l'on nommait une dégénérescence valérienne, comme si le nerf à l'extrémité bourgeonnait, en essayant de se reconnecter tout en continuant à pousser. Cela créait plusieurs petits bourgeons. C'était assez typique pour les mains où cela générait comme des petits moignons nerveux, extrêmement excitables où le moindre contact générait de la douleur. Il s'agissait de douleurs typiques, brûlures, décharges électriques. Chez ces patients, le touché était douloureux. Il s'agissait d'allodynie. Mme A_____ avait rempli le questionnaire DN4 reconnu internationalement relatif aux douleurs neuropathiques. Avec un score de 4 et au-dessus, sur un total de 10, le patient présentait des douleurs neuropathiques. Le score de Mme A_____ était de 8 sur 10. Pour le praticien, tout concordait avec le score et le fait qu'il s'agissait de douleurs essentiellement neuropathiques : le mécanisme de l'accident, les constatations chirurgicales et son examen clinique. Le score de handicap était de 54, soit très élevé. Ce même score pour une personne qui aurait des douleurs au dos ou à la jambe impliquerait qu'elle ne pourrait plus se déplacer. Pour le dr K_____, il s'agissait d'un handicap très sévère. Cette patiente n'était pas dans l'exagération. Il avait trouvé la réponse de la patiente sur les implications de la douleur dans sa vie quotidienne très adéquate, en chiffrant son état de santé à 50 %. Cette partie du questionnaire mettait parfois en lumière certaines exagérations du patient. Tel n'était pas le cas ici. Lorsqu'elle lui avait été adressée, la médication était déjà lourde à savoir qu'elle prenait des analgésiques adjuvants pour les douleurs neuropathiques (Tramal retard 2 fois 100 mg par jour ; non retard 50 mg par jour, Sirdalud 2mg une fois par jour, Lyrica 4 fois 100 mg par jour). Il avait tenté le patch Capsasine. C'était une solution alternative à l'implant médullaire. Le patch ne marchait pas toujours. Ce traitement pouvait être extrêmement douloureux. En l'espèce, il n'avait pas donné de résultats. La seule solution qui restait consistait dans l'implant. Il s'agissait d'une chirurgie spinale. Ce n'était donc pas banal. Depuis qu'il avait vu la patiente en août 2012 ils en avaient parlé. Il savait qu'à ce jour elle n'était pas encore prête à subir cette intervention, ce qu'il pouvait comprendre non seulement vu la lourdeur de l'opération mais aussi compte tenu du fait que le résultat n'était pas garanti puisque 60 à 80 % des gens allaient mieux après. Si l'intervention en tant que telle n'était pas compliquée, ses conséquences pouvaient être difficiles pour le patient, puisqu'il s'agissait d'avoir un pacemaker avec électrodes implanté dans la colonne. La lourdeur du traitement pouvait aussi décourager. En l'état, il ne pouvait pas faire grand-chose. Il n'y avait que des mesures de soutien notamment psychologique. Il avait personnellement constaté que l'état psychologique s'était péjoré. Il s'agissait de quelque chose de classique avec les douleurs neuropathiques qui épuisaient le patient. Toutefois l'intéressée était toujours restée adéquate dans ses plaintes. Le patient se trouvait, en fait, face à un mur. Il ne pouvait plus progresser, ce qui épuisait aussi ses ressources. Le médecin avait l'impression que c'était depuis une année environ, que Mme A_____ allait

moins bien sur le plan psychologique. Mme A_____ n'avait pas eu une évaluation pluridisciplinaire complète par consultation puisqu'elle venait de Genève. Il ne pouvait pas se prononcer sur le taux de capacité de travail de Mme A_____ et avait, pour principe, fondé sur plusieurs raisons, de ne le faire pour aucun patient. Il indiquait toutefois clairement que de chiffrer le handicap de la patiente par une zone du corps touchée était faux. Le handicap généré par une lésion neuropathique pouvait s'étendre au corps entier et il n'était pas possible de le limiter à une zone corporelle. Le handicap généré par la chronicité consécutive aux douleurs neuropathiques était difficilement évaluable et pas toujours prise en compte à sa juste valeur. A l'issue de l'audience, un délai a été accordé à l'OAI pour se déterminer sur le bien-fondé d'une expertise neuro-psychiatrique. 46. Par correspondance du 15 juillet 2014, l'OAI s'est référé à l'avis du 14 juillet 2014 du SMR à qui le procès-verbal de l'audience du 7 juillet 2014 avait été soumis. A la lecture des auditions, le médecin du SMR s'étonnait, sur le plan psychiatrique, de la façon de procéder de la Dresse N_____. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère nécessitait une thérapeutique médicamenteuse ou hospitalière urgente. Il semblait que l'état de santé de l'assurée soit plus mauvais qu'auparavant. Les nouveaux éléments n'étaient pas suffisants pour s'écarter des conclusions précédentes. Le médecin de l'OAI concluait par « il peut être souhaitable de demander la position d'experts neurologue et psychiatre ». [endif]>[if> Copie de la prise de position a été transmise à l'assurée. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. [endif]>[if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). [endif]>[if> En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de la LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2008 et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et

Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le taux d'invalidité de l'assurée, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle et sur les empêchements ménagers.

6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). (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 1er janvier 2008).

b) 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.

c) 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).

d) Il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation

lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 7. a) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).!endif]>!if> 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). b) 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 aux chiffres 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. 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; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007). La tenue d'un ménage privé permet des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (ATF non publié du 13 avril 2005, I 593/03, consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1er LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées). Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, un empêchement ne peut être pris en compte que si la personne handicapée ne parvient plus à exécuter la tâche en question et si cette tâche doit être confiée à des tiers rétribués ou à des proches qui enregistrent de ce fait une perte de gain ou pour lesquels cela représente une charge disproportionnée (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Zurich 1997, p. 223). c) Pour évaluer le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle, 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). 8. Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Le niveau 4 de qualification des ESS s'applique en principe à toutes les assurées qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF non publié 9C_444/2010 du 20 décembre 2010,

consid. 2.3). On ajoutera enfin que le Tribunal fédéral a rendu une décision de principe, selon laquelle il convient de ne pas prendre en considération les données salariales régionales telles qu'elles ressortent de la table TA13 de l'ESS lors de la détermination du revenu hypothétique d'invalide (GG 10111/05). Cette décision de principe vaut également pour les données issues des « salaires d'usage par branche dans 7 régions suisses » de l'USS (ATF non publié du 22 août 2006, I 424/05). On rappellera en outre qu'il est tenu compte des empêchements propres à la personne de l'invalide dans le cadre d'une évaluation globale, pouvant aboutir à un abattement maximum de 25%, destinée à déterminer un revenu qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'assuré (ATF 126 V 75 consid. 5).

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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

9. 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). 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).

10. En l'espèce, l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte n'est, à juste titre, pas contestée, l'assurée ayant travaillé en dernier lieu à 50 %, de sorte qu'il convient d'examiner séparément les conséquences de l'atteinte à la santé sur l'activité professionnelle et ménagère, puis procéder à une comparaison des revenus sur le plan professionnel.

11. L'OAI fait référence au rapport d'expertise du Dr D_____. Or, son rapport a été établi quelques trois ans avant la décision litigieuse. L'assurée a enduré, entretemps, un nouvel accident et l'intervention chirurgicale du 7 décembre 2011. Le médecin du SMR a indiqué le 27 septembre 2012 qu'à son avis l'intervention du 7 décembre 2011 n'avait pas modifié les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée et qu'il convenait de s'en tenir au rapport du SMR du 14 avril 2011. Toutefois, l'expérience de mener de front son activité professionnelle, sa famille et les mesures d'intervention précoce en bureautique et en langue à compter de février 2011, n'ont pas été ni faciles ni possible à plus long terme. Les constatations faites par l'assurée et dûment relayées à l'OAI respectivement les 23 et 30 mars 2011, 19 mai 2011 et 18 août 2011 en témoignent. Le temps investi dans les mesures professionnelles avait dû être réduit, démontrant les limites de la patiente. Or, cet épisode, significatif sur le plan des limitations de la patiente, est survenu ultérieurement au rapport d'expertise et n'a pas fait l'objet d'une analyse fine sur les causes précises de l'impossibilité de cumuler ces tâches. L'incapacité totale de travailler, dans n'importe quelle activité, a été mise en avant, même après l'intervention chirurgicale de décembre 2011, tant par les dr I_____, que par les Drs G_____ et K_____. La situation ayant évolué sur plusieurs aspects, il ne peut pas être retenu pleine valeur probante au rapport du Dr D_____ du 13 septembre

2010.![endif]>![if> 12. L'OAI s'est fondée sur l'ESS pour fixer le revenu que pourrait percevoir la recourante. Il a cité, au titre d'activités professionnelles, des activités telles que hôtesse d'accueil, commise administrative, vendeuse etc. Compte tenu toutefois du fait que Mme A_____ présente au titre de limitation fonctionnelle l'impossibilité de porter des charges avec sa main gauche et de faire des mouvements fins et répétitifs, il est difficile de savoir si l'assurée pourrait travailler en qualité de vendeuse ou de commise administrative, la main gauche semblant effectivement fréquemment sollicitée.![endif]>![if> 13. La question de la fatigabilité citée par le Dr G_____ n'a pas non plus été investiguée, alors même que l'assurée a, à plusieurs reprises, mentionné à l'OAI ne pas pouvoir suivre de front les cours proposés, son activité professionnelle et ses contraintes familiales, ce que l'OAI a respecté en allégeant le programme de l'assurée notamment pendant l'année 2011.![endif]>![if> 14. Enfin, il ressort de l'avis médical de la Dresse N_____ et surtout de ses déclarations en audience que l'épisode dépressif sévère semble antérieur à la date de la décision de l'OAI. Cette symptomatologie n'ayant pas du tout été investiguée, il convient de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction sur le plan psychiatrique, solution à laquelle l'intimée ne semble pas s'opposer dès lors que dans sa prise de position du 14 juillet 2014, le SMR a conclu en indiquant qu'il « peut être souhaitable de demander la position d'experts neurologue et psychiatre ».![endif]>![if> 15. Le Dr K_____ a expliqué de façon détaillée et convaincante les conséquences neurologiques de l'atteinte à la santé présentée par l'assurée. Il a confirmé la crédibilité des réponses de la patiente au questionnaire, internationalement reconnu, permettant d'établir la réalité de douleurs neuropathiques. Manifestement, le médecin a considéré que Mme A_____ était crédible et fiable dans l'évaluation de ses douleurs. Les conséquences neurologiques étant vraisemblables, il convient d'instruire aussi ce point, ce volet ne l'ayant pas été en l'état, étant rappelé que le Dr D_____ est orthopédiste.![endif]>![if> 16. Il conviendra de même de compléter l'enquête ménagère afin de tenir compte des investigations médicales complémentaires, psychiatriques et neurologiques.![endif]>![if> 17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 25 septembre 2013 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. La recourant, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. 5 LPA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare recevable le recours interjeté le 28 octobre 2013 par Mme A_____ contre la décision de l'Office cantonal de l'invalidité du 25 septembre 2013.![endif]>![if> Au fond : 2. L'admet partiellement.![endif]>![if> 3. Annule la décision du 25 septembre 2013 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.![endif]>![if> 4. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de CHF 1'500.- en faveur de la recourante.![endif]>![if> 5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. ![endif]>![if> 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.![endif]>![if> La greffière Brigitte BABEL La présidente Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.