

GE_GERICHTE A/543/2013 vom 7. November 2013

GE Cour de justice, 2013-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_543_2013

FR: GE_GERICHTE A/543/2013 du 7 novembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/543/2013 del 7 novembre 2013

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1957, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, séparée, mère de deux enfants nés en 1977 et 1982, est entrée en Suisse en 1991; elle a exercé une activité de serveuse, employée dans le nettoyage, employée de maison et d'aide à domicile pour X_____ (X_____) à 50 % dès le 1 er mai 2004 pour un salaire de 2'782 fr. 50 x 13 (dès le 1 er janvier 2000) ainsi que d'employée de maison de 2004 à 2007. L'assurée a été en incapacité totale de travailler depuis le 7 janvier 2010.![endif]>![if> 2. Le 16 novembre 2007, la Dresse L_____, FMH maladies rhumatismales, médecine interne, a écrit au Dr M_____, médecin-traitant, que l'assurée se plaignait depuis juin 2007 de polyarthralgies avec état dépressif. Elle a posé les diagnostics de syndrome rhumatismal inflammatoire d'origine non élucidée, arthrose des doigts, épicondylites bilatérales, tendinite d'Achille ddc, lombalgies simples, état dépressif et ostéopénie.![endif]>![if> Une reprise de travail était programmée pour le 19 novembre 2007. 3. Le CT lombaire du 5 novembre 2009 a conclu à des "discopathies protrusives L3-L4 et L5-S1 prédominant à ce dernier niveau en région para-médiane et foraminale gauche au contact de la racine L5 gauche.![endif]>![if> 4. Une IRM cérébrale et des coudes du 12 janvier 2010 s'est révélée normale.![endif]>![if> 5. Le 18 janvier 2010, le Dr N_____ a indiqué à SWICA que l'incapacité de travail était totale du 5 au 16 août 2009 et du 7 au 29 octobre 2009 en raison de douleurs ostéo-articulaires multiples.![endif]>![if> 6. Le 5 février 2010, le Dr O_____, FMH allergologie et immunologie, a écrit au Dr N_____ que l'assurée présentait une angioedème de la lèvre sur probable hypersensibilité aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (Novalgine®), absence d'allergie aux dérivés de béta-lactam et hypersensibilités aux squames de chat. Elle avait présenté fin novembre 2011 une tuméfaction des lèvres dans un contexte de prise médicamenteuse multiple.![endif]>![if> 7. Le 18 mars 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de fibromyalgie, allergies et dépression depuis 2003.![endif]>![if> 8. Le 11 avril 2010, le Dr M_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de "polymyalgie mal définie (début de fibromyalgie??)", "syndrome rhumatismal inflammatoire" (Dresse L_____), PSH bilatéral à prédominance gauche, syndrome de canal carpien à droite avancé (confirmé par le Dr P_____), découvert une hémochromatose, "polyarthrites récidivantes" jamais sévères après des sinusites ou état grippal (donc postinf. – passagères).![endif]>![if> Il suivait l'assurée depuis le 10 février 1990 et la dernière consultation datait du 28 janvier 2009. L'incapacité de travail était totale du 8 janvier au 2 février 2009. Il indiquait qu'il

fallait s'adresser à son médecin actuel. 9. Le 12 avril 2010, le Dr N_____, FMH rhumatologie, a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics de fibromyalgie, état dépressif (suivi par le Dr Q_____), asthme, allergies aux AINS et aux chats. Il suivait l'assurée depuis le 28 mai 2008. L'incapacité de travail était totale depuis le 7 octobre 2009. L'assurée ne pouvait porter plus de 10 kg, rester debout plus de 45 minutes et devait changer de position.!

10. Le 17 avril 2010, le Dr Q_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté dans un rapport médical AI de fibromyalgie et d'un épisode dépressif moyen aggravé en 2010. L'incapacité de travail était totale depuis le 7 janvier 2010. L'assurée présentait un ralentissement psychomoteur, des difficultés d'attention et des douleurs. Elle était séparée depuis deux ans de son époux alcoolique et violent.!

11. Le 10 mai 2010, le Dr Q_____ a rendu un rapport médical à la demande de SWICA assurance organisation de santé (SWICA), assureur perte de gain maladie de X_____. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et fibromyalgie. L'incapacité de travail était totale mais il pensait qu'une activité légère à 50 % de son taux antérieur pourrait être exercée.!

12. Le 26 mai 2010, un entretien a eu lieu entre l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) et l'assurée et par communication du 26 mai 2010, l'OAI a pris en charge six semaines de traitement par la méthode Grinberg.!

13. Par communication du 6 septembre 2010, l'OAI a pris en charge seize séances supplémentaires de la méthode Grinberg.!

14. Par communication du 10 septembre 2010, l'OAI a renoncé à des mesures d'ordre professionnel.!

15. Le 6 octobre 2010, le Dr N_____ a attesté d'un état de santé stationnaire depuis novembre 2009, d'une incapacité de travail totale depuis 2002. L'assurée ne pouvait ni porter, ni lever son bras droit, ni se pencher en avant et devait changer de position toutes les trente minutes.!

16. A la demande de SWICA, la clinique Corela a effectué le 14 octobre 2010 une expertise rhumatologique (Dr R_____) basée sur une consultation du 16 septembre 2010 et psychiatrique (Dr S_____), basée sur une consultation du 15 septembre 2010.!

L'assurée se plaignait de douleurs, de fatigue (pouces, poignets, épaules, épitrochlée droite, latéro-cervicales irradiant à la base du crâne à droite, lombalgie basse, rachialgies, genoux, mollets, talons, biceps droit), de manque de concentration, d'acouphènes, de manque de force, d'allergies, de trouble du sommeil, d'enfllements aux coudes, poignets et doigts, et de raideur matinale. Les experts ont posé les diagnostics rhumatologiques suivants : - Fibromyalgie (18 points sur 18). Un traitement d'antidépresseurs tricyclique pouvait être proposé. Elle était limitée dans le port de charges lourdes et l'exposition au froid. La capacité de travail était totale du point de vue de la fibromyalgie.!

- Discarthrose lombaire (usure des disques intervertébraux entraînant des douleurs lombaire mécaniques); il convenait de pratiquer une activité physique, porter une ceinture lombaire et trouver un antalgique ou antiinflammatoire qu'elle supporte et un antidépresseur tricyclique. Elle était limitée à une heure en station debout et assise prolongée, à la marche et nécessitait d'alterner les positions, ne pouvait assurer une position en porte-à-faux lombaire et ne pouvait porter de charges moyennes. L'ancienne activité était exigible à 100 %.!

- Tendinopathie du supra-épineux droit et cervicarthrose, sans incidence sur la capacité de travail.!

Les experts ont posé le diagnostic psychiatrique d'épisode dépressif léger (F32.0) en cours de rémission. Il n'y avait pas d'épisode dépressif moyen ni de trouble affectif bipolaire. A aucun moment il n'y avait eu de variation de l'humeur permettant d'évoquer un virage d'un épisode mixte puis d'une polarité opposée. Elle pourrait bénéficier d'un traitement antidépresseur avec un monitoring

en raison des problèmes allergiques. La capacité de travail était de 50 % dans son activité habituelle dès le 15 septembre 2010 puis à 100 % dès le 29 septembre 2010. Il n'y avait pas de syndrome douloureux somatoforme. La fibromyalgie n'était pas invalidante en application des critères de gravité jurisprudentiel. Il n'existait pas de comorbidité psychiatrique, ni de perte d'intégration sociale dans toutes les domaines de la vie, ni d'état psychique cristallisé, une évolution étant possible sur le plan thérapeutique ni d'échec des traitements, mais seulement des affections corporelles chroniques. Un examen neuropsychologique n'était pas nécessaire. Sur le plan psychiatrique, il existait une diminution de la capacité d'adaptation et du rythme de travail, mais qui n'interférait néanmoins pas dans une activité professionnelle exercée à mi-temps. Actuellement, l'assurée travaillait déjà à mi-temps dans son ancien emploi. On pouvait dire que le travail à ce taux était déjà constitutif d'un travail adapté à son état actuel. Elle était ainsi capable de reprendre son activité dès à présent, au taux précédent, c'est-à-dire à 50 %, plus précisément à 100 % horaire de rendement de son taux de 50 %. C'est ce qu'elle avait d'ailleurs souhaité dès le début de l'entretien clinique. 17. Le 18 octobre 2010, le Dr Q_____ a attesté d'un état de santé stationnaire et d'une incapacité de travail totale depuis le 7 janvier 2010. L'assurée présentait des vertiges, lenteur, blocages au dos aux mains, manque d'énergie. Un travail de deux heures par jour était possible.![endif]>![if> 18. Le 23 novembre 2010, le Dresse T_____, médecin-conseil, a estimé que l'assurée n'était pas apte à l'activité prévue et pour tout poste à la X_____.![endif]>![if> 19. Le 13 janvier 2011, le Dr M_____ a attesté auprès de SWICA d'une incapacité de travail totale du 8 janvier au 1 er février 2009.![endif]>![if> 20. Le 31 janvier 2011, la Dresse U_____ du SMR a estimé que des renseignements devaient être demandés à la Dresse T_____ et au médecin allergologue.![endif]>![if> 21. Le 10 mars 2011, la Dresse T_____ a attesté de l'incapacité à toute exposition aux poils de chat et nettoyeurs divers relevés par l'allergologue et a renvoyé l'OAI aux médecins-traitants.![endif]>![if> 22. Le 14 juin 2011, le Dr O_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de rhinoconjonctivite et asthme aux chats et allergies médicamenteuses; il existait une restriction à l'effort en raison de difficultés respiratoires.![endif]>![if> 23. Le 7 juillet 2011, le SMR a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et restait à définir dans une activité adaptée.![endif]>![if> 24. Le 2 août 2011, le Dr V_____, FMH ORL, a diagnostiqué une surdité de perception de degré léger à modéré du côté gauche.![endif]>![if> 25. Le 18 août 2011, le Dr N_____ a indiqué un état de santé stationnaire depuis le 12 avril 2010; l'assurée ne pouvait pas porter des charges de plus de 5kg, rester debout plus de 45 minutes et devait éviter les mouvements répétés du rachis.![endif]>![if> 26. Le 12 septembre 2011, le Dr Q_____ a indiqué un état de santé stationnaire et une incapacité de travail totale depuis le 7 janvier 2010. Le pronostic était moyen à mauvais. Elle présentait une fatigabilité, un ralentissement psychomoteur, des vertiges, des blocages fréquents au dos, des difficultés d'attention. Le syndrome douloureux était très fort et le syndrome allergique important. Un travail léger de deux heures par jour semblait possible. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité accrue, un ralentissement psychomoteur et des difficultés d'attention.![endif]>![if> 27. Le 28 septembre 2011, le SMR a proposé une expertise rhumato-psychiatrique au CEMed de Nyon. ![endif]>![if> 28. Par communication du 18 octobre 2011, l'OAI a pris en charge un appareil acoustique.![endif]>![if> 29. Le 24 avril 2012, les Drs W_____, FMH rhumatologie, et D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, du CEMed de Nyon ont rendu un rapport d'expertise.![endif]>![if>

L'assurée se plaignait de douleurs diffuses constantes, de lombalgies avec des épisodes de blocages, de cervicalgies, de douleurs à l'épaule gauche, de polyarthralgies (principalement pouce gauche et chevilles), de gonflements et œdème des doigts, d'oppression thoracique, de tremblements devant une situation anxiogène, de fatigue, de ruminations et de confusion. Ils ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques, cervicalgies chroniques, périarthrite de hanche gauche, tendinopathie de la coiffe des rotateurs à gauche, rhizarthrose pouce gauche, allergie aux chats, poussières et divers produits nettoyants et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'hémochromatose, de fibromyalgie, d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.01) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). En raison des cervicalgies, des lombalgies et de la périarthrite de hanche gauche, l'assurée était limitée dans les travaux lourds, les ports de charges, les positions debout ou assise prolongées. En raison des douleurs de l'épaule sur tendinopathie de la coiffe à gauche, elle était limitée dans les mouvements répétés du membre supérieur gauche et les mouvements au-dessus de l'horizontale. En raison des douleurs du pouce gauche sur rhizarthrose, elle était limitée dans les gestes répétés avec la main gauche. Pas d'exposition aux substances allergisantes. La capacité de travail était de 50 % comme aide-soignante à domicile et de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Une réévaluation des problèmes d'allergie médicamenteuse pourrait éventuellement amener à un meilleur contrôle des douleurs et donc une éventuelle augmentation du temps de travail. Le trouble somatoforme n'était pas accompagné d'une comorbidité psychique sévère; il n'y avait pas de traitement antalgique approprié et on ne relevait pas de désinsertion sociale de sorte qu'une incapacité de travail n'était pas justifiée. 30. Le 18 septembre 2012, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage concluant à un degré d'invalidité dans le ménage de 32,5 %. Le statut de l'assurée était celui d'active à 80 % et de ménagère à 20 %.

31. Le 2 novembre 2012, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée dans la sphère professionnelle à 7,3 % en se fondant sur un revenu annuel brut sans invalidité de 40'972 fr. (36'172 fr. + 4'800 fr.) et un revenu d'invalidité de 37'964 fr. (selon l'ESS 2010, pour une femme, niveau d'activité 4, à 80 % avec une déduction de 10 %).

32. Par projet de décision du 12 novembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que le degré d'invalidité était de 12,44 % soit 5,84 % dans l'activité professionnelle et 6,6 % dans le ménage.

33. Le 21 décembre 2012, l'assurée, représentée par la DAS Protection juridique SA, a formé des observations à l'OAI. Sa capacité de travail dans son ancienne activité était nulle comme l'avait d'ailleurs admis le SMR. Le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu par la clinique Corela et exclu par le CEMed, ce qui était curieux. L'allergie à certaines substances avait été reconnue par le CEMed mais aucune conclusion n'en était tirée quant à sa capacité à exercer son ancienne activité qui l'exposait à ces substances. Du point de vue psychique le Dr Q_____ avait attesté d'une incapacité de travail totale. Dans une activité adaptée, il était peu probable qu'elle puisse l'exercer vu son âge, ses limitations fonctionnelles et son niveau de formation. Il y avait lieu d'appliquer une déduction de 25 % sur le revenu d'invalidité.

34. Par décision du 9 janvier 2013, l'OAI a refusé la demande de prestations en relevant qu'il n'avait pas été tenu compte d'une capacité de 50 % dans l'activité habituelle mais de 100 % dans une activité adaptée et que même en appliquant une déduction de 25 % le degré d'invalidité était encore insuffisant (25 %) pour ouvrir le droit à une rente.

35. Le 8 février 2013, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à

l'octroi d'une rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2010, subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise multidisciplinaire. Le rapport du CEMed n'était pas probant. Il avait écarté le diagnostic de fibromyalgie pourtant reconnu par le médecin-traitant et la clinique Corela. Le médecin-conseil de l'employeur avait exclu toute capacité de travail dans le poste habituel alors que le CEMed admettait une capacité de 50 %.

Il existait une perte d'intégration sociale car elle n'avait plus de vie sociale. Tout traitement n'était pas possible en raison des allergies de sorte que l'état psychique cristallisé devait être admis. Les douleurs chroniques, l'arrêt de travail prolongé et les troubles psychiques étaient des facteurs de mauvais pronostics. Aucune capacité de travail n'était raisonnablement exigible. Il se justifiait de suivre les avis convergents des médecins-traitants soit les Drs N_____ et Q_____. Elle souffrait d'une comorbidité psychiatrique marquée et durable. Le trouble somatoforme douloureux était invalidant. L'enquête ménagère était trop optimiste car l'empêchement ménager était quasiment entier soit à tout le moins de 80 %. Enfin une déduction de 25 % devait s'appliquer.

36. Le 11 mars 2013, l'assurée a transmis un rapport du Dr Q_____ du 19 février 2013 et le 21 mars 2013 un rapport du Dr N_____ du 12 mars 2013.

Le Dr Q_____ a attesté d'un suivi depuis le 26 février 2010, d'un diagnostic d'épisode dépressif moyen stationnaire, fibromyalgie, asthme allergique, hypertension artérielle et hypercholestérolémie. Une capacité de travail de deux heures par jour paraissait possible dans une activité adaptée. L'assurée consentait à prendre du Xanax et des somnifères mais pas des antidépresseurs en raison du risque d'allergie. Le pronostic était mauvais. Le Dr N_____ a attesté d'un suivi depuis le 28 mai 2008, des diagnostics de fibromyalgie, cervicalgies chroniques sur uncarthrose C4-C5 et C5-C6 et une hernie discale C5-C6 et allergies aux produits de nettoyage. L'état était stationnaire. L'incapacité de travail était totale dans toute activité.

37. Le 22 mars 2013, le Dr E_____ du SMR a rendu un avis selon lequel la différence d'appréciation des diagnostics (fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux) entre la clinique Corela et le CEMed ne remettait pas en cause la qualité des deux rapports d'expertise. Selon les experts il n'y avait pas de perte d'intégration sociale ni de traitement tenté, ni de comorbidité psychiatrique. Le Dr Q_____ ne justifiait pas la limitation de la capacité de travail à deux heures par jour. Les experts étaient d'accord sur une capacité de travail dans une activité adaptée.

38. Le 12 avril 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux étaient assimilés par la jurisprudence. L'allergie était avérée mais pas en lien avec un antidépresseur.

39. Le 1^{er} mai 2013, l'assurée a répliqué que le rapport du CEMed divergeait de celui de la clinique Corela au niveau des diagnostics mais aussi de leur répercussion sur la capacité de travail. Son allergie était une entrave à un traitement antidépresseur lequel aggraverait ainsi son état de santé; en l'absence d'un traitement adéquat, le critère de l'état psychique cristallisé était rempli. Il était requis l'audition des Drs N_____ et Q_____.

40. Le 28 mai 2013, l'assurée a observé que le Dr O_____, dans son rapport du 5 février 2010, confirmait son allergie aux produits de nettoyage aux poils de chat et à certains anti-inflammatoires. Elle était donc déjà sous traitement à cette époque. Elle prenait en sus du Xanax et de la phytothérapie.

41. Le 10 septembre 2013, la recourante a relevé que même si son conflit conjugal (séparation en 2008 et divorce en 2010) avait favorisé l'épisode dépressif, celui-ci perdurait encore à ce jour, de sorte qu'il était indépendant de ses problèmes de couple. Elle requérait l'audition du Dr Q_____.

42. Le 23 septembre 2013, la Cour de céans a tenu une audience de comparution personnelle des

parties. La recourante a déclaré : « Mon état de santé va très mal, j'ai des douleurs dans tout le corps, de la fatigue, un manque de force et je perds souvent l'équilibre ce qui engendre des chutes. Je passe mes journées à la maison, je sors très peu. Je n'arrive presque pas à marcher. Ma nièce m'a aidé pour les tâches ménagères et depuis quelques mois mon fils de 30 ans qui vivait au Portugal est venu vivre avec moi pour s'occuper de moi. Je vois le Dr N _____ régulièrement, il a d'ailleurs pratiqué récemment une infiltration dans mon épaule droite. Je vois également le Dr Q _____ tous les 15 jours. Je prends du Xanax et du Sulévita prescrits par le Dr Q _____. J'ai eu des œdèmes à cause des médicaments. Selon le Dr O _____, je suis allergique à certains anti-inflammatoires mais aussi à certains antidépresseurs. J'ai également l'impression d'être allergique à la cortisone car j'ai fait des allergies après les infiltrations. J'ai ressenti une pression thoracique et j'ai aussi eu des aphtes dans la bouche ainsi que des vomissements. Je prends, lorsque j'ai trop de douleurs, de l'aulin. Parfois, j'applique également des pommades anti-inflammatoires et du Flector. J'ai la tête qui ne va plus bien. Je n'arrive plus à me débrouiller toute seule, j'ai des oublis. Mon fils fait quelques heures de nettoyage dans une entreprise, il cherche à travailler à 50 % pour pouvoir s'occuper de moi. J'ai vu 2-3 fois la Dresse T _____ dans le cadre de mon travail. J'ai également été vue une fois par le médecin-conseil précédant. Au début je prenais les médicaments contre la fibromyalgie mais j'ai dû arrêter en raison de mes allergies. Je souhaite que mes médecins-traitants, soit les Drs N _____ et Q _____, soient entendus par la Cour ». La représentante de l'OAI a déclaré : « Je relève que les médecins-traitants n'ont pas relevé d'aggravation. Ils apprécient de façon différente la capacité de travail sans amener d'éléments objectifs ».

43. Le 1^{er} octobre 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr F _____, médecin spécialiste en rhumatologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.

44. Le 15 octobre 2013, l'assurée et l'OAI ont indiqué qu'ils n'avaient aucun motif de récusation à faire valoir ni de question complémentaire à poser.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (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).

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

2. a) 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. 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 345 consid. 3).

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestation du 18 mars 2010 et une décision de l'intimé du 9 janvier 2013, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4

ème révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5 ème révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2012 ne sont applicables au cas d'espèce, que par les faits postérieurs à cette dernière date. 3. 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. 4. 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008). 5. a) 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1 er janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1 er janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit. 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère

exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 , consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. 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 (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 , consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (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 (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à

l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié 9C_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 , consid. 3.2.3). 7. a) 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). b) 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). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee). f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). g) 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. cc). h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un

mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 8. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). 9. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 29 consid. 1, 104 V 135 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). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (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). 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). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, comme celui d'employé de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 , consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus

judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). 10. En l'espèce, les rapports médicaux au dossier contiennent des conclusions divergentes lesquelles justifient qu'il soit procédé à une expertise judiciaire rhumatologique. En effet, la clinique Corela, dans son avis du 14 octobre 2010 et le CEMed dans son rapport du 24 avril 2012 ont considéré que la recourante pouvait travailler à 50 % dans son ancienne activité et à 100 % dans une activité adaptée. Toutefois, le Dr N_____ a attesté à plusieurs reprises d'une incapacité de travail totale de la recourante (avis des 18 janvier 2010, 12 avril 2010, 6 octobre 2010 et 12 mars 2013) et la médecin-conseil de l'employeur que l'activité exercée n'était plus possible, ni d'ailleurs aucune autre activité auprès de X_____ (avis du 23 novembre 2010). Quant au SMR, il a estimé le 7 juillet 2011 que l'activité habituelle n'était plus exigible.

11. En conséquence, il convient d'ordonner une expertise rhumatologique, laquelle sera confiée au Dr F _____, à Genève.![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préparatoirement : 1. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr F _____. 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 A _____.![endif]>![if> c. Examiner Mme A _____.![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 A _____ ?![endif]>![if> g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme A _____ (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. Mme A _____ suit-elle un traitement adéquat ?![endif]>![if> j. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?![endif]>![if> k. 1) Compte tenu de vos diagnostics, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?![endif]>![if> 2) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 3) En particulier l'ancienne activité est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? Si l'assurée ne peut pas du tout ou dans une mesure seulement restreinte exercer une activité lucrative, quels en sont les motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 4) En particulier, confirmez-vous l'incapacité de travail totale depuis le 7 janvier 2010 ? Veuillez motiver votre réponse. l. Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr R _____ de la clinique Corela du 14 octobre 2010 ? En particulier avec les diagnostics posés, notamment celui de fibromyalgie, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail à 100 % depuis le 29 septembre 2010 dans l'activité habituelle ? Si non, pourquoi ?![endif]>![if> m. Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse T _____ du 23 novembre 2010, en particulier avec la constatation d'une incapacité de travail totale pour tout poste chez X _____ ? Si non, pourquoi ?![endif]>![if> n. Etes-vous d'accord avec l'expertise de la Dresse W _____ du 24 avril 2012 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % comme aide-soignante et de 100 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?![endif]>![if> o. Est-vous d'accord avec l'avis du Dr N _____ du 12 mars 2013 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une incapacité de travail totale dans toute activité ? Si non, pourquoi ?![endif]>![if> p. Quel est le pronostic ?![endif]>![if> q. 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 9 janvier 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?![endif]>![if> r. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?![endif]>![if> s. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. ![endif]>![if> 2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.![endif]>![if> La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le