

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2973/2012

ATAS/139/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 février 2013

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame F \_\_\_\_\_, domiciliée à Puplinge, représentée par  
APAS-Association pour la permanence de défense des patients et  
assurés

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---



**EN FAIT**

1. Madame F\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1950, d'origine portugaise, a travaillé dans son pays de l'âge de 9 ans à 20 ans en usine, puis en tant qu'employée administrative. Elle est arrivée en Suisse en 1985.
2. L'assurée a travaillé en qualité d'employée de maison, puis de vendeuse. Après avoir suivi des cours à la Croix-Rouge, elle a été employée comme aide-ménagère pour X\_\_\_\_\_ (X\_\_\_\_\_) de 1992 à 2001, puis comme nettoyeuse d'entretien pour une entreprise de nettoyage, à temps partiel, de février 2002 à fin octobre 2008 et, en parallèle, chez des particuliers comme femme de ménage. Depuis le 30 décembre 2006, elle travaille en qualité d'agente de sécurité à l'aéroport à 80%, pour l'entreprise Y\_\_\_\_\_ pour un salaire mensuel de 3'681 fr. en 2010, tout en maintenant un emploi de nettoyeuse à raison de deux heures le soir.
3. En arrêt de travail depuis le 14 août 2010, l'assurée a déposé, le 20 février 2011, une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), sollicitant des mesures de réadaptation professionnelle.
4. La Dresse L\_\_\_\_\_, cardiologue, atteste en avril 2011 que la patiente souffre de fibrillations auriculaires paroxysmales et d'hypertension artérielle, ayant nécessité une consultation en urgence le 14 août 2010 et dont le réglage est difficile. S'agissant de la capacité de travail, du point de vue cardiovasculaire, l'assurée doit éviter les charges et les déplacements importants. La patiente nécessite des contrôles deux à trois fois par semaine et il convient d'attendre une stabilisation de l'état clinique. En cas d'amélioration et de stabilisation de l'état de santé, la reprise de l'activité professionnelle est envisageable à temps partiel. Elle joint à son rapport le courrier qu'elle avait adressé au médecin traitant en date du 31 août 2010, dans lequel elle relevait que la patiente est connue pour une apnée du sommeil appareillée, des opérations au niveau des orteils, une varicectomie gauche, de fréquentes épigastalgies et une arthrose des genoux.
5. La Dresse M\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, atteste en avril 2011 qu'après une décompensation cardiaque aiguë le 14 août 2011, sa patiente est totalement incapable de travailler. Elle souffre d'insuffisance cardiaque, d'un état dépressif réactionnel et présente des dyspnées d'effort, de l'angoisse, de l'asthénie, des difficultés à se déplacer et à porter des charges. Il est prématuré d'envisager des mesures de réadaptation ou la reprise du travail.
6. L'OAI a informé l'assurée le 29 juillet 2011 qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, actuellement.

7. La Dresse N\_\_\_\_\_, psychiatre de l'assurée depuis avril 2011, a adressé un rapport médical à l'OAI, le 8 août 2011, en vue de l'obtention d'une rente après un an d'incapacité de travail, la reprise d'une activité étant impossible. Elle y joint son rapport du 3 août 2011, intitulé expertise, soit un rapport qui se base sur les entretiens du 26 mai 2011 au 3 août 2011 avec l'expertisée. Selon l'anamnèse, l'assurée lui est adressée suite à une perte de contact avec ses parents. Le médecin indique qu'il faut tenir compte des problèmes politiques qui ont amené l'assurée à l'exil, du fait qu'elle n'a pas pu choisir son premier mari, qu'elle a divorcé de façon tumultueuse de son deuxième époux, affecté de troubles bipolaires et ayant subi des électrochocs, lequel s'est suicidé peu après. La psychiatre indique alors que l'on peut déduire des traumatismes psychologiques et psychiques, notamment de la maltraitance, tout au long de l'existence conjugale et familiale. Sur le plan professionnel, le médecin indique que l'assurée a tenté de multiples reconversions et changements de postes au sein de son emploi à l'aéroport, en raison de troubles panique fortement invalidants et d'importants troubles de la concentration, relevant que le médecin traitant a vraisemblablement mentionné cette problématique source d'arrêt de travail depuis plus d'un an et que ce problème a certainement été suivi de près par le service des ressources humaines à l'aéroport. L'assurée connaît un sentiment de honte, ne parvenant pas à payer son loyer, et risquant d'être expulsée. Elle est par ailleurs stressée par des travaux entrepris dans l'immeuble. S'agissant des données subjectives, l'assurée décrit des flashbacks d'un accident de voiture de décembre 2010, des troubles du sommeil, des angoisses, des troubles de l'appétit, des projets de mort. S'agissant du status clinique, le médecin relève d'importantes ruminations, mentionne une faible perte d'appétit, de l'asthénie, une expression faciale figée, une thymie dépressive (Hamilton de 25). Le médecin psychiatre diagnostique un syndrome de stress post-traumatique, des troubles dépressifs récurrents avec épisode actuel sévère, et des troubles de la personnalité (traits dépendants). Le pronostic est très réservé au vu de la durée des symptômes et la gravité des événements successifs et très rapprochés qui ne permettent nullement une reconstruction psychique, même sous psychothérapie menée avec rigueur, et il est peu probable de voir une amélioration sur le long terme.
8. La Dresse M\_\_\_\_\_ a confirmé le 7 octobre 2011 que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, tant sur le plan dépressif que somatique, difficile à stabiliser.
9. L'assurée a été soumise à l'examen clinique psychiatrique du Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre auprès du SMR, le 23 novembre 2011. Ce médecin ne retient aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail et, sans répercussion, une anxiété généralisée. L'anamnèse reprend les éléments de vie déjà décrits par la psychiatre de l'assurée, les plaintes de l'assurée ne sont pas relatées. S'agissant du status, le médecin relève qu'il n'y a ni tristesse apparente ou exprimée, pas de perte d'intérêt ou du plaisir, pas de trouble de l'attention ou de la concentration. L'assurée a indiqué que, suite à l'accident de la circulation (datant de mai 2011), elle a peur de

conduire, d'avoir un accident et de rester handicapée. En conclusion, l'anamnèse psychiatrique ne permet pas de constater une maladie psychiatrique, ni un trouble de la personnalité décompensée à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail avant le mois d'août 2010. A cette époque, l'assurée a présenté une symptomatologie dépressive, qui n'a pas immédiatement répondu au traitement prescrit par le généraliste. Suite à l'accident, l'assurée a eu quelques cauchemars, mais ce type d'accident ne permet pas de retenir un état de stress post-traumatique selon la CIM-10. Selon la description de l'assurée, l'épisode dépressif et les cauchemars se sont améliorés en juillet 2011. Pour le Dr O\_\_\_\_\_, il n'y a aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, depuis le mois d'août 2010 l'assurée présente une incapacité de travail de 20% au moins sur le plan psychiatrique avec une amélioration à partir de juillet 2011. En conséquence, la capacité de travail est de 100% dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée dès le mois d'août 2011.

10. Le 12 janvier 2012, la Dresse N\_\_\_\_\_ s'est adressée à l'OAI, s'étonnant du fait que l'assurée n'ait pas également été soumise à une expertise somatique, compte tenu des problèmes cardiaques. Elle s'étonne que le psychiatre du SMR estime qu'une reprise du travail est immédiatement possible, alors que l'OAI semblait envisager, antérieurement, que toute activité professionnelle était impossible.
11. Selon l'avis du 3 avril 2012 du Dr P\_\_\_\_\_ du SMR, les rapports du cardiologue du 15 avril et du 12 août 2011 mentionnent que l'atteinte cardiaque a entraîné, au début, une insuffisance cardiaque gauche et qu'elle ne justifie plus que des limitations fonctionnelles déterminées, à l'heure actuelle. Le pronostic est bon et une activité adaptée est possible pour autant que l'assurée évite les efforts importants. Le médecin traitant ne retient que les atteintes cardiologiques et psychiatriques comme diagnostics incapacitants, alors que le rapport du Dr O\_\_\_\_\_ explique de façon convaincante pourquoi il n'est pas possible de retenir les troubles psychiatriques diagnostiqués par la Dresse N\_\_\_\_\_. Ainsi, conformément aux conclusions du cardiologue et du Dr O\_\_\_\_\_, le SMR est d'avis que la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, et ceci dès le mois de juillet 2011.
12. Une enquête à domicile a été effectuée le 25 juin 2012. L'enquêtrice relève que l'assurée affirme avoir toujours été en bonne santé jusqu'à son malaise cardiaque sur son lieu de travail en août 2010 et que son état de santé s'est beaucoup péjoré depuis lors. Elle a de la peine à souffler, transpire abondamment et doit tout faire lentement, ayant de la peine à monter les escaliers qui mènent à son appartement. L'enquêtrice constate effectivement que l'assurée se déplace avec difficulté, le dos penché en avant, devant alterner les positions durant l'entretien. L'assurée explique que la dépression intervenue suite à un accident de voiture s'est nettement améliorée grâce au suivi psychiatrique et à la prise de médicaments. L'assurée a toujours travaillé à 100% et elle se sent isolée depuis son arrêt de travail, car elle

n'a pas de famille et ses collègues et amis se sont progressivement éloignés depuis qu'elle n'a plus de vie active. Les empêchements ménagers sont retenus à hauteur de 25% et sont particulièrement importants dans le nettoyage (60%) et la lessive, du fait qu'elle peine à descendre et remonter les escaliers. Au vu du parcours professionnel décrit par l'assurée, de sa situation socio-familiale, du cumul de ses deux emplois, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait un statut professionnel à 100%.

13. Par décision du 25 septembre 2012, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que de mesures professionnelles, motif pris que le taux d'invalidité de l'assurée après comparaison des gains est de 9 %, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR, selon lequel l'assurée est pleinement capable de travailler dans une activité adaptée.
14. L'assurée a interjeté recours le 28 septembre 2012 auprès de l'OAI, transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence. Elle se réfère au rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_, médecin traitant, du 18 septembre 2012, dans lequel celle-ci conteste l'aptitude au travail de 100% depuis juillet 2011. S'il est vrai que la dépression n'est pas majeure, l'aspect somatique n'a pas été correctement pris en compte. Le médecin rappelle que l'assurée est en arrêt de travail depuis le 14 août 2010 en raison de problèmes cardiaques, difficiles à maîtriser, nécessitant des contrôles rapprochés; elle présente une dyspnée d'effort et une hypertension labile; une obésité morbide aggravant le tableau cardiologique et des lombalgies et gonalgies chroniques qui peuvent être invalidantes dans certains déplacements. Tous ces éléments ont été objectivés par l'infirmière qui est allée à domicile pour l'évaluation.
15. Dans sa réponse du 26 octobre 2012, l'OAI conclut au renvoi du dossier pour procéder à une instruction supplémentaire, motif pris que le SMR estime que l'atteinte cardiologique et l'obésité ont été prises en compte, mais que les conséquences des nouvelles atteintes ostéo-articulaires n'ont pas pu être évaluées, de sorte qu'il convient de solliciter une expertise pluridisciplinaire pour évaluer l'ensemble des atteintes de l'assurée.
16. Par courrier du 17 novembre 2013, l'assurée indique qu'elle ne comprend pas pourquoi l'OAI avait mis 16 mois pour l'avertir que ses médecins considéraient qu'elle était apte à 100% à travailler, l'adressant au chômage, alors qu'une personne malade de longue durée n'a pas droit à de telles indemnités. Elle explique être sans ressources depuis le 14 août 2012 et que ses douleurs au dos, au genou, ses problèmes cardiaques s'aggravent. Elle sollicite une expertise médicale.
17. Les parties ont été informées que la cause était gardée à juger le 29 novembre 2012.
18. Par courrier du 3 décembre 2012, le mandataire de l'assurée, constitué entre-temps, conclut à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à

ce qu'une expertise multidisciplinaire soit ordonnée et demande à pouvoir compléter ses écritures.

19. Dans le délai imparti, la recourante conteste les conclusions de l'intimé et demande que la Cour de céans ordonne une expertise judiciaire pluridisciplinaire.
20. Invité à se déterminer, l'intimé rappelle qu'il a proposé le renvoi de la cause afin précisément de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour tenir compte de toutes les atteintes à la santé de la recourante.
21. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

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 343 consid. 3).

b) Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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).

c) En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> 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).

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 (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, voire à des mesures professionnelles et singulièrement sur les limitations fonctionnelles et sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.
5. 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).  
  
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.

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).

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).

6. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b) 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).

c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

d) La jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210).

7. En l'espèce, la Cour de céans considère que les éléments médicaux recueillis par l'intimé ne permettent pas de se prononcer de manière définitive sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. En effet, contrairement aux affirmations du SMR, la Dresse L\_\_\_\_\_ n'admet pas une pleine capacité de travail, mais indique précisément qu'en cas d'amélioration et de stabilisation, la reprise d'une activité professionnelle légère est envisageable à temps partiel, du point de vue cardiovasculaire (rapport du 15 avril 2011), le dossier ne contenant pas le rapport du 12 août 2011 cité par le SMR. De plus, les annexes produites par ce médecin mentionnent l'existence de toute une série d'autres affections, dont l'arthrose des genoux. De même, l'enquêtrice a constaté les difficultés de déplacement de l'assurée, que ce soit du point de vue de l'essoufflement ou en raison de sa position courbée, l'assurée mentionnant à cette occasion des douleurs

dans le dos. L'enquêtrice a d'ailleurs retenu des empêchements particulièrement importants. Il est donc inexact de prétendre que les gonalgies et lombalgies ont été mentionnées pour la première fois après la décision et/ou seraient des affections nouvelles. Du point de vue psychiatrique, il faut convenir que les conclusions de la Dresse N\_\_\_\_\_ n'apparaissent pas convaincantes ; en effet, un tableau psychiatrique aussi sombre que celui qu'elle a évoqué n'aurait vraisemblablement pas permis à l'assurée de travailler à 100%, voire plus, de l'âge de 9 ans à celui de 60 ans. De même, le pronostic d'une totale et définitive incapacité de travail du point de vue psychique n'est absolument pas motivé et, d'ailleurs, la recourante et son généraliste admettent une amélioration sur ce plan, confirmée par le Dr O\_\_\_\_\_. Cela étant, le rapport du médecin psychiatre du SMR est incomplet : il n'expose pas quelle était la capacité de travail de la recourante du point de vue psychique entre août 2010 et l'amélioration de juillet 2011 (il mentionne uniquement plus de 20% d'incapacité), ni les éventuelles conséquences de l'anxiété voire de l'asthénie sur la capacité de travail, ne serait-ce qu'au titre de la diminution de rendement au-delà de juillet 2011, soit à l'issue du délai de carence d'un an. Ainsi, il n'est de loin pas établi que la recourante, qui parvient à peine à monter les escaliers et qui est très largement limitée dans son propre ménage suite aux troubles cardiaques dont elle souffre, soit capable de travailler à 100% dans une activité certes légère, mais néanmoins manuelle.

Une expertise pluridisciplinaire telle que proposée par l'intimé apparaît ainsi indispensable afin de déterminer quelles sont les atteintes à la santé présentées par la recourante, les limitations fonctionnelles et leurs effets sur sa capacité de travail, y compris l'éventualité d'une diminution de rendement, et quelle activité est adaptée. Cela étant, il incombera à l'intimé d'examiner si l'assurée dispose encore d'une capacité de travail exploitable compte tenu de son âge (62 ans lors de la décision), de son état de santé, de l'importance de ses limitations, du fait qu'elle doit exercer une nouvelle activité inconnue, en se posant concrètement la question de savoir si un employeur consentirait à l'engager même sur un marché du travail détendu.

Dans ces circonstances, compte tenu de l'instruction médicale sommaire, voire lacunaire du point de vue somatique en tout cas, la Cour de céans décide de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il ordonne l'expertise susmentionnée, étant précisé que les experts devront disposer d'un dossier complet (rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 12 août 2011, mandat donné ou questionnaire adressé à la Dresse N\_\_\_\_\_, etc.).

8. Le recours est partiellement admis, la décision du 25 septembre 2012 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

Pour le surplus, l'intimé versera à la recourante une indemnité de 500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire (art. 61 let. g LPGA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 25 septembre 2012 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de 500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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