

GE_GERICHTE ATAS/1281/2014 vom 15. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1281_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1281/2014 du 15 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1281/2014 del 15 dicembre 2014

Erwägungen

E. 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 1er 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.

E. 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. 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).

E. 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. 56 ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si l'état de santé de celle-ci s'est aggravé depuis la dernière décision de rente.

A/2368/2014 - 19/30 -

E. 4.2

et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide

d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

E. 5

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des

revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du

A/2368/2014 - 20/30 - degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 6

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 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 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 que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

A/2368/2014 - 21/30 - 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) Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b et les références). d) Pour résoudre la question litigieuse du statut de l'assuré, il faut se référer à l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles du cas d'espèce (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 395 sv., 125 V 146

A/2368/2014 - 22/30 - consid. 2c p. 150 et les références). Cette évaluation doit également tenir compte de la volonté hypothétique de la personne assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360 sv. ; ATF 9C_236/2013 du 23 octobre 2013).

E. 8

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

ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément 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. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). b) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

A/2368/2014 - 23/30 - c) Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). d) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid.

E. 9

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau

A/2368/2014 - 24/30 - degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du

Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

E. 10

En l'espèce, il convient dans un premier temps d'examiner le statut de la recourante, l'intimé ayant estimé que celle-ci avait le statut de ménagère à 100%, en se fondant sur l'enquête ménagère du 22 août 2013, alors que la recourante conteste cette appréciation et prétend à un statut de personne active.

A cet égard, il ressort du dossier que la recourante a travaillé dès octobre 2001, soit avant son incapacité de travail totale de janvier 2003, pour B_____ SA (la C_____) et, dès avril 2002, pour D_____ SA.

Elle a expliqué, lors de l'audience de comparution personnelle des parties, qu'elle avait d'abord effectué un remplacement chez D_____ SA, puis obtenu un contrat fixe dès octobre 2002. Il est à constater que dès cette date et jusqu'à décembre 2002, la recourante a travaillé entre 177 et 237 heures par mois (237 en octobre, 200 en novembre et 177 en décembre), soit un horaire de plus de 44 heures par semaine qui équivalait à, en tous les cas, un plein temps (en référence, l'art. 10 de la convention collective de travail du secteur du nettoyage pour la Suisse romande, lequel prévoit dès 2014 un horaire hebdomadaire de 43 heures); par ailleurs, elle a continué d'effectuer 18 heures chaque semaine pour B_____ SA.

La recourante a déclaré qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 100% et qu'elle avait souhaité dès 2001 débiter un travail déclaré, ayant auparavant effectué des ménages non déclarés. Elle a précisé qu'elle avait répondu oui dans le "questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré" de 2003 à la question : "Exerceriez-vous une activité lucrative si vous étiez en bonne santé?" et qu'elle avait fait la même réponse à l'enquêtrice en 2013.

A/2368/2014 - 25/30 -

Selon le rapport d'enquête du 22 août 2013, la recourante avait déclaré qu'elle travaillait à 100% pour un employeur et à 80% pour un autre et que c'était très dur de travailler ainsi, qu'elle avait touché une assurance perte de gain en 2003-2005 alors qu'elle travaillait encore ailleurs et qu'elle s'était contentée de l'assistance de l'Etat depuis de nombreuses années, malgré l'incapacité de travail de son époux. Pour ces raisons, le statut de ménagère devait lui être reconnu.

Il convient de constater que ce raisonnement ne peut être suivi. En effet, le fait que la recourante ait travaillé à plus de 100% avant d'être incapable de travailler totalement dès janvier 2003 est un élément qui parle en faveur d'un statut d'active, ce d'autant que la

recourante a déclaré qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler; à cet égard, le questionnaire AI de 2003, lequel est confus, car il contient plusieurs réponses barrées, ne permet pas de tirer une autre conclusion; a contrario, la recourante y a indiqué clairement qu'elle avait envisagé de diminuer son taux d'activité pour des raisons de santé. Dans le même sens, l'enquêtrice a relevé dans son rapport (point 2) que selon la recourante, elle ne travaillait plus depuis 2002-2003 et n'avait pas recherché du travail car elle ne se sentait pas assez bien dans sa santé; par ailleurs, la recourante, contrairement à l'avis de l'enquêtrice, n'a plus retravaillé après janvier 2003 et, en particulier, n'a plus travaillé ailleurs en percevant en parallèle des indemnités de l'assurance perte de gain; l'enquêtrice évoque la condamnation pénale de la recourante pour escroquerie à l'Hospice général et semble confondre celle-ci avec le fait que la recourante aurait travaillé tout en bénéficiant d'indemnités journalières perte de gain; enfin, le fait que depuis de nombreuses années la recourante ne travaille plus ne saurait permettre à l'enquêtrice de conclure qu'elle s'est contentée de l'assistance de l'Etat, la recourante ayant, a contrario, expliqué qu'elle avait dû arrêter de travailler en raison de son état de santé, étant relevé que lorsque son époux a été en incapacité de travail, la recourante a cherché un emploi déclaré et débuté en 2001 chez B_____ SA. Aucun élément au dossier ne permet de considérer que la recourante, laquelle travaillait à plus de 100% avant son incapacité de travail de 2003, attestée par ses médecins-traitants, aurait pour des raisons autres que liées à son état de santé, renoncé à exercer une activité lucrative. A cet égard, le fait que la recourante se soit séparée de son époux et que celui-ci ne lui verse aucune pension alimentaire est un élément supplémentaire pour admettre que la recourante, en bonne santé, aurait continué à travailler à 100% (à cet égard ATF du 27 septembre 2013 9C_435/2013). En outre, l'intimé ne saurait invoquer le fait que la recourante aurait, dès 2007, présenté une capacité de travail lui permettant de chercher un emploi dès lors que le Dr X_____, médecin du SMR, a attesté du contraire dans son rapport du 24 août 2012. D'ailleurs, l'intimé a admis, lors de ses précédentes décisions, que le statut de la recourante était un statut d'active; or, l'intimé n'a pas prouvé que les circonstances déterminantes pour la question du statut de l'assurée, qui prévalaient à la date de la

A/2368/2014 - 26/30 - première décision (décision sur opposition du 20 octobre 2005), se seraient modifiées au moment de la décision litigieuse du 16 juin 2014. On constate en effet que le rapport SMR du 17 mai 2005 (examen du 27 avril 2005) sur lequel s'est fondé l'intimé pour rejeter la demande de prestations dans sa décision du 9 juin 2005 précise que la recourante a travaillé entre 2001 et 2003 à 100% et qu'elle présente une capacité de travail pleine dans son activité habituelle et dans une activité de son choix; en particulier l'intimé n'a pas requis une enquête ménagère; la décision de l'OAI du 9 juin 2005 a ensuite été confirmée par décision sur opposition du 20 octobre 2005 et un arrêt du TCAS du 29 mai 2006. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir un statut d'active de la recourante.

E. 11

L'intimé a ensuite fondé sa décision sur les conclusions médicales de l'expertise du Dr AD_____. A cet égard, la chambre de céans constate que le 17 septembre 2012, la recourante a été soumise à un examen clinique psychiatrique par le Dr X_____ du SMR, lequel a rendu son rapport le 24 août 2012. Le Dr X_____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline décompensé sur un mode auto-agressif (F60.31). Il a conclu à une incapacité de travail totale depuis décembre 2007,

date de l'hospitalisation de la recourante à Belle-Idée, en relevant les limitations fonctionnelles suivantes : « humeur dépressive, troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire de travail, perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, mauvaise image de soi, sentiment d'inutilité, sentiment de désespoir. Présence d'hallucinations auditives congruentes à l'humeur. Présence d'une impulsivité avec manque de contrôle de soi, amenant à des tentatives de suicide. » Son examen se fonde sur un dossier complet ; il a procédé à l'anamnèse, relaté les plaintes de la recourante, la vie quotidienne et procédé à une appréciation du cas claire et complète. La recourante avait été suivie dès 1999, soit par un psychiatre, soit par la consultation de la Servette, avec des interruptions, et avait été hospitalisée en décembre 2007 ; en 2008, elle avait perdu 20 kg à 30 kg ; actuellement, l'assurée était suivie une fois par mois à la consultation de la Servette et une fois par semaine par une infirmière ; elle avait fait de multiples tentatives de suicide, une en 1992 puis dès 2000 ; pour cette raison, son traitement lui était distribué deux fois par semaine par la pharmacie. Le trouble dépressif récurrent dont l'épisode était sévère avec symptômes psychotiques et le trouble de la personnalité étaient à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail depuis au moins décembre 2007. Ce rapport rejoint d'ailleurs ceux des médecins-traitants de la recourante, lesquels ont attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision du 20 octobre 2005, laquelle était fondée sur l'examen SMR du 27 avril

A/2368/2014 - 27/30 - 2005 ; en effet, le Dr U_____ a constaté une aggravation depuis novembre 2009 (avis du 22 décembre 2010) ; la Dresse W_____ a également posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et attesté d'une incapacité de travail totale, même si en 2011, elle ne constatait pas de symptôme psychotique (avis du 19 février 2011). La chambre de céans constate que le rapport du Dr X_____ a pleine valeur probante ; celui-ci n'a d'ailleurs jamais été remis en cause par l'intimée ; en particulier, l'avis du SMR du 22 novembre 2012 relate les constatations et conclusions des médecins-traitant mais non pas celles du Dr X_____ et propose, sans aucune motivation, d'organiser une expertise psychiatrique auprès de la Dresse AD_____, laquelle n'est en particulier pas motivée par une critique du rapport du Dr X_____. S'agissant du rapport de la Dresse AD_____, il cite celui du SMR du 27 mai 2005 mais curieusement pas celui du Dr X_____ du 24 août 2012, lequel ne semble pas avoir été joint au dossier. La Dresse AD_____ relève que le trouble dépressif d'intensité moyenne semble persister d'une manière permanente et invalidante. Elle se fonde sur les rapports des Drs AE_____ et U_____ pour admettre un trouble dépressif d'intensité moyenne, lequel se serait péjoré en novembre 2009 mais amélioré dès janvier 2011, au motif que dès cette date, le CTB Servette avait allégé le traitement de la recourante ; elle estime que le trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, cumulé avec les épisodes dépressifs devenait invalidant depuis août 2011 ; ces troubles diminuaient la capacité de travail de 50%. L'appréciation du cas faite par le Dr AD_____ n'est pas claire et est incomplète. Tout d'abord, celle-ci ne possédait apparemment pas le rapport du Dr X_____ du 24 août 2012. Or, l'amélioration de l'état de santé supposée par le Dr AD_____ dès janvier 2011 est infirmée par le rapport du Dr X_____, lequel estime au contraire que l'état de santé de la recourante s'est durablement péjoré depuis décembre 2007. Ensuite, le Dr AD_____, contrairement au Dr X_____, ne relate pas en détail les limitations fonctionnelles psychiques de l'assurée de sorte qu'il n'est pas possible de savoir si celles constatées par le Dr X_____ en juillet 2012 se sont amendées. La Dresse AD_____ se limite à indiquer

que les troubles constatés sont invalidants (rapport pp. 15 et 16). En outre, la Dresse AD_____ part du principe que la recourante a continué à travailler dès janvier 2003, date de son incapacité de travail totale comme femme de ménage ; or, aucun indice au dossier ne permet de remettre en cause la déclaration de la recourante selon laquelle elle n'avait plus jamais retravaillé depuis janvier 2003 ; cette constatation est ainsi erronée, ce d'autant que l'ordonnance de condamnation du 30 novembre 2006 concerne une escroquerie à l'Hospice général, condamnation qui précise que la recourante a reçu des indemnités journalières et n'a pas de salaire depuis le 6 janvier 2003.

A/2368/2014 - 28/30 - Enfin, la conclusion de l'expertise n'est pas claire car la Dresse AD_____ semble admettre une capacité de travail de 50% comme femme de ménage, seulement si la recourante se soumet à un suivi psychiatrique soutenu et un traitement médicamenteux optimal (rapport p. 17), de sorte que cette dernière allégation semble en contradiction avec la capacité de travail immédiate de 50% dans l'activité de femme de ménage (rapport pp. 16-17 – question 6).

E. 12

Au vu de ce qui précède, le rapport de la Dresse AD_____ ne saurait avoir valeur probante. En particulier, il ne remet pas en cause celui, probant, du Dr X_____ du 24 août 2012, et entre même en contradiction avec celui-ci ; ce d'autant que l'examen de la recourante a eu lieu en juillet 2012 par le Dr X_____ et en janvier 2013 par la Dresse AD_____, soit à un intervalle de seulement six mois. Dans ces conditions, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire. La décision de l'intimé pouvant et devant se fonder sur le rapport du Dr X_____, lequel constate une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision de l'intimé du 20 octobre 2005, tout comme les médecins traitants de cette dernière, avec une incapacité de travail totale de celle-ci depuis décembre 2007. S'agissant de la remarque de la Dresse AD_____ sur la mauvaise compliance au traitement, à la suite des analyses sanguines pratiquées, il convient de rappeler que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Il incombera dès lors à l'intimé d'examiner si la situation de la recourante justifie qu'il soit procédé selon l'art. 21 al. 4 LPGA et qu'il lui soit ordonné de prendre le traitement médicamenteux tel que prescrit par le psychiatre-traitant de la recourante, étant toutefois signalé que la recourante a précisé en audience de comparution personnelle qu'elle prenait régulièrement son traitement, dont le Seropel, Lamictal et l'Imovane.

E. 13

Compte tenu de l'incapacité de travail totale de la recourante depuis décembre 2007, du statut d'active à 100% de celle-ci et de la demande de prestations déposée le 1er février 2011, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2011.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 16 juin 2014 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69

A/2368/2014 - 29/30 - al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2368/2014 - 30/30 -

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