

GE_GERICHTE ATAS/1287/2013 vom 23. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1287_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1287/2013 du 23 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1287/2013 del 23 dicembre 2013

Volltext

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

REPUBLIQUE ET

CANTON DE GENEVE POUVOIR JUDICIAIRE

A/878/2013 ATAS/1287/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23 décembre 2013 3ème Chambre

En la cause Madame F _____, domiciliée à. GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert recourante

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

A/878/2013 - 2/12 - EN FAIT 1. Madame F _____ (ci-après : l'assurée), née en 1962, originaire du Kosovo, arrivée en Suisse en 1994, mariée et mère de cinq enfants nés en 1984, 1987, 1988, 1990 et 1994, a déposé en date du 3 décembre 2004 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). 2. Par décision du 20 décembre 2007, l'OAI a rejeté sa demande au motif que l'intéressée - qui devait être mise au bénéfice d'un statut mixte puisqu'elle travaillait à raison de 25% - pourrait encore exercer à plein temps une activité adaptée. L'OAI a conclu à un degré d'invalidité global de 11,81% (0% dans la sphère professionnelle +11,81% [15,75% de 75%] dans la sphère ménagère). Dans les considérants de sa décision, l'OAI a relevé que, même en admettant une totale incapacité à exercer l'activité habituelle de nettoyeuse, il n'en résulterait qu'un degré d'invalidité de 36,81%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. La décision de l'OAI a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants : - un questionnaire rempli par le dernier employeur de l'assurée, indiquant qu'elle avait travaillé depuis janvier 2003 en tant que nettoyeuse, à raison de 2h./jour, 5 jours/sem., pour un salaire de 17.35 fr./h. (+ 8,33 %) ; - un rapport rédigé le 27 janvier 2005 par son médecin traitant, le Dr L _____, concluant à des céphalées chroniques et à un « trouble psychiatrique non déterminé », faisant état d'un examen clinique somatique normal et préconisant une expertise psychiatrique ; le médecin estimait que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible ; - un rapport du Dr M _____, chef de clinique au Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, sans symptôme psychotique, depuis 1999 ; - un rapport d'examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique effectué par deux médecins du SMR, le Dr N _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse O _____, psychiatre, daté du 4 décembre 2006, concluant à des rachialgies diffuses à prédominance cervico-dorsale avec céphalées dans le cadre de troubles statiques du rachis

et à un status après spondylodèse C5-C6 pour hernie discale en 1999 ; les médecins mentionnaient aussi, tout en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif réactionnel désormais en rémission ; ils concluaient à une capacité de travail de 50% dans l'activité de nettoyeuse, ainsi que celle de ménagère et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure position assise et position debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges

A/878/2013 - 3/12 - d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, la position tête penchée en avant et les mouvements répétitifs de la nuque) ; aucune limitation fonctionnelle invalidante n'était retenue sur le plan psychique. - une enquête économique sur le ménage du 14 juin 2007 concluant à un degré d'empêchement de 15,75 % ; - un courrier rédigé le 23 octobre 2007 par le Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquant brièvement avoir suivi l'assurée de mars 2005 à septembre 2007 et faisant état d'un trouble dépressif sévère et d'un syndrome douloureux somatoforme. 3. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) l'a rejeté par arrêt du 28 mai 2009 (ATAS/665/2009), à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants : - un rapport émis le 28 mai 2008 par la Clinique genevoise de Montana – où l'assurée avait séjourné du 29 avril au 13 mai 2008 – concluant principalement à un trouble dépressif récurrent en rémission ; - l'audition, en date du 14 août 2008, du Dr Q_____, concluant à une totale incapacité à exercer l'activité de nettoyeuse mais se disant en revanche dans l'impossibilité de se déterminer sur la capacité de sa patiente à assumer les tâches ménagères ; le médecin a conclu à un trouble dépressif sévère et à une fibromyalgie. - l'audition de l'assurée, qui avait notamment indiqué que ses cinq enfants vivaient encore avec elle, que ses filles, âgées de 17 et de 21 ans, assumaient la plus grande part du ménage et que les trois autres enfants allaient souvent manger à l'extérieur car elle avait du mal à préparer les repas. Sur le plan médical, le Tribunal cantonal a constaté que le diagnostic d'épisode dépressif sévère n'avait été retenu que par le Dr P_____ et qu'il n'était ni étayé ni corroboré par un autre élément au dossier. Ainsi, le Dr L_____ avait conclu à un trouble psychiatrique non déterminé et les Drs M_____ et Q_____, à un trouble dépressif récurrent moyen. Quant aux médecins du SMR et à ceux de la Clinique de Montana, ils parlaient même de rémission. Le Tribunal a relevé qu'en présence de telles divergences d'opinions, il eût été – a priori - approprié de procéder à des investigations supplémentaires sur le plan psychique, mais il y a renoncé au motif que la question de la répercussion d'une atteinte éventuelle sur la capacité de travail de l'assurée pouvait rester ouverte : en effet, même si l'on admettait une totale incapacité de l'assurée à exercer une activité lucrative, le degré d'invalidité global obtenu en définitive demeurerait insuffisant pour lui ouvrir droit à une rente d'invalidité. S'agissant de l'enquête ménagère, le Tribunal cantonal a considéré qu'il n'y avait aucun élément permettant de mettre en doute sa valeur probante et ses conclusions

A/878/2013 - 4/12 - puisqu'aucun des médecins interrogés n'avait pu se déterminer sur la capacité de l'assurée à s'occuper de son ménage et que l'assurée n'avait amené aucun élément objectif permettant de contester les empêchements retenus par l'enquêtrice dans les différents postes. Il n'y avait donc pas lieu de s'écarter du degré d'invalidité de 15,75% retenu dans la sphère ménagère. Quant au statut à accorder à l'assurée, le Tribunal cantonal a relevé que l'assurée, dans le questionnaire servant à le déterminer, avait d'abord affirmé

qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 25% en raison de ses obligations familiales et qu'il y avait lieu de se tenir à ces premières déclarations. Même en admettant un degré d'invalidité de 100% dans la sphère professionnelle, on ne parviendrait qu'à un degré d'invalidité global de 36,81%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente ($([10 \times 100 + ([40 - 10] \times 15.75)] : 40 = 36.81\%)$). 4. Le 8 février 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. En substance, l'assurée a demandé à ce qu'une nouvelle enquête ménagère soit mise sur pied car sa situation familiale avait changé : sa fille aînée avait quitté le domicile familiale, les autres étaient en formation et ne pouvaient plus l'aider autant qu'auparavant pour les tâches ménagères. 5. A l'appui de sa nouvelle demande, l'assurée a notamment produit : - un courrier du Dr R_____ du 17 novembre 2011 faisant état d'une anémie importante mais corrigée, d'une hypovitaminose en B12 également corrigée, de douleurs de type fibromyalgie toujours présentes ainsi que de céphalées chroniques ; selon le médecin, l'assurée avait, depuis août 2010, développé une symptomatologie de vertiges qui avait entraîné plusieurs chutes, des insomnies dues aux douleurs et à des ruminations ainsi qu'une asthénie importante l'empêchant d'effectuer les tâches quotidiennes ; il lui était difficile d'évaluer la capacité de sa patiente à effectuer les tâches ménagères, raison pour laquelle il suggérait de déléguer une personne à domicile pour procéder à cette évaluation ; - un rapport du Dr Q_____ du 18 octobre 2011 faisant également mention de troubles de l'équilibre avec chutes, de troubles du sommeil, d'une perte importante d'autonomie et d'une incapacité à faire son ménage ; le médecin concluait à un trouble somatoforme douloureux et un trouble dépressif récurrent ; lui aussi préconisait une réévaluation de la situation s'agissant du ménage. 6. L'OAI a soumis ces rapports à son service médical régional (SMR) qui, le 5 avril 2012, a émis l'avis qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux permettant de retenir une nouvelle atteinte à la santé ou une aggravation de la symptomatologie. 7. Le 24 avril 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision au terme duquel il se proposait de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations.

A/878/2013 - 5/12 - 8. Le 22 mai 2012, l'assurée s'y est opposée produisant un rapport du Dr R_____ du 15 mai 2012 faisant mention d'une hospitalisation du 27 février au 11 mars 2012 pour un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec somatisations, un trouble anxieux et un trouble somatoforme douloureux, ainsi que des céphalées et des vertiges d'origine indéterminée. 9. Le 19 septembre 2012, le SMR a émis un nouvel avis dans lequel il a relevé que les limitations invoquées s'agissant des tâches ménagères n'étaient pas plus importantes, les changements relevaient de facteurs familiaux et non médicaux. Le Dr R_____ ayant fait état de douleurs épigastriques dans un tableau d'anémie ferriprive, il a cependant été suggéré de le questionner pour évaluer le caractère incapacitant de cette nouvelle atteinte. 10. Le 9 janvier 2013, le Dr R_____ a expliqué que l'on pouvait parler de péjoration « dans le sens où de nouveaux symptômes apparaissent continuellement et, aussi, par l'impossibilité pour les soignants, de soulager la patiente, malgré les nombreuses investigations et divers traitements instaurés ». Le médecin a précisé que la gastrite chronique présente depuis 2012 et l'intolérance au lactose apparue à la même époque étaient sans répercussion sur la capacité de travail. 11. Le 13 février 2013, le Dr U_____, du SMR, a relevé que le Dr R_____ avait admis que les examens n'avaient pas mis en évidence de maladie somatique précise et que si de nouveaux symptômes apparaissaient continuellement, c'était sans lien avec une pathologie particulière. Il en tira la conclusion que, manifestement, les atteintes retenues, à savoir un syndrome somatoforme douloureux chronique et un état dépressif anxieux, étaient les

mêmes que précédemment, de sorte qu'aucun élément médical objectif ne permettait de retenir une aggravation. 12. Par décision du 15 février 2013, l'OAI a rejeté la nouvelle demande. Se référant à l'avis de son SMR, l'OAI a relevé que l'état de santé décrit par le psychiatre et le médecin traitants était similaire aux précédentes descriptions. Quant à l'augmentation alléguée des limitations au niveau des tâches ménagères, elle s'expliquait par des facteurs familiaux et non médicaux. 13. Par écriture du 13 mars 2013, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 60% au moins, et, par voie de conséquence, le droit à un trois-quarts de rente. La recourante fait valoir en substance que son état s'est sensiblement péjoré depuis l'arrêt du Tribunal cantonal. Elle soutient par ailleurs que la question de son statut devrait être réexaminée au motif que l'un de ses enfants a quitté le domicile familiale, que les autres sont désormais majeurs et qu'elle n'aurait désormais plus aucune raison de limiter son activité à deux heures par jour seulement, ses obligations vis-à-vis de sa famille étant beaucoup moins accaparantes.

A/878/2013 - 6/12 - S'agissant de la péjoration de son état de santé, elle se réfère aux avis de ses médecins traitants, dont elle relève qu'ils ont tous deux ont suggéré une nouvelle évaluation à domicile pour juger de l'empêchement à effectuer les tâches ménagères. 14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 15 avril 2013, a conclu au rejet du recours. S'agissant du statut à reconnaître à l'assurée, l'intimé fait remarquer qu'hormis le départ de l'un de ses enfants, l'assurée n'apporte aucun élément objectif permettant de revenir sur le statut qui lui a été reconnu. Quant à l'aggravation de son état de santé, l'intimé se réfère à l'avis du SMR, selon lequel les atteintes décrites sont identiques aux précédentes. L'intimé en tire la conclusion que l'assurée n'apporte aucun élément complémentaire, autre que sa propre appréciation médicale, permettant de rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé. 15. Par écriture du 7 mai 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle allègue qu'à compter du mois d'août 2013, elle n'aura que plus que deux de ses enfants chez elle, ses deux fils, désormais âgés de 19 et 24 ans. Elle réitère que si son état de santé lui permettait, elle n'aurait aucune raison de limiter son activité professionnelle à deux heures par jour et travaillerait au minimum quatre heures par jour. 16. Le Dr R_____, qui suit l'assurée depuis février 2010, a été entendu en date du 30 mai 2013. Il a expliqué que la péjoration alléguée consistait en l'apparition de nouveaux symptômes : vertiges, maux de tête chroniques, douleurs abdominales, douleurs lombaires, insomnies, grande fatigabilité et état de faiblesse générale. Sur le plan somatique, aucune atteinte n'a cependant pu être objectivée en dehors d'une intolérance au lactose et d'une gastrite, malgré des investigations radiologiques, neurologiques et ORL. Le témoin a relaté qu'aux dires de la patiente, cette dernière restait souvent longtemps alitée en raison de sa fatigue, rencontrait des difficultés à préparer les repas et n'arrivait pas à sortir seule. Cependant, à la question de savoir si la patiente se présentait accompagnée à ses consultations, le témoin a répondu par la négative. 17. La recourante a précisé que l'enfant ayant quitté le domicile familial était celle qui lui apportait la plus grande aide. Ne restent désormais à la maison que deux garçons et une fille, laquelle projette également de quitter la maison prochainement. La recourante a affirmé que, dans sa situation actuelle, et si son état de santé le lui permettait, elle travaillerait à 50% au moins.

A/878/2013 - 7/12 - 18. Interrogé par la Cour de céans après consultation des parties, le Dr , spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui suit la recourante depuis le 12 mars 2013, a répondu le 24 juin 2013. Le médecin dit avoir retenu les diagnostics de trouble

dépressif récurrent épisode sévère à évolution chronique et de trouble de la personnalité. Il a confirmé que l'assurée dit souffrir de vertiges, de céphalées, d'insomnie, d'asthénie et de fatigue chronique, symptômes qui, à son avis, sont en partie la conséquence directe de ses abus médicamenteux. Les troubles sont qualifiés de « carrément handicapantes » (sic) dans sa vie au quotidien. Le médecin a émis l'avis que comparativement à la situation décrite par le Dr JOGWA le 18 octobre 2011, la situation psychique qu'il a constatée personnellement s'était plutôt globalement aggravée. Il a expliqué avoir mis en place un processus pour réduire de façon drastique la quantité d'anti-inflammatoires et de benzodiazépines absorbés par la recourante, à laquelle il a prescrit un deuxième antidépresseur sédatif pour la nuit et un neuroleptique atypique à dose croissante pour remplacer les anxiolytiques et réduire l'angoisse ressentie par l'intéressée. Selon le médecin, dans la situation clinique actuelle, l'état psychique de l'assurée est trop grave pour envisager une quelconque activité professionnelle, malgré une évolution encourageante suite au contrôle radical de la prise de médicaments instaurée et à l'introduction des nouveaux médicaments. A la question de savoir si sa patiente était capable de s'occuper de ses tâches ménagères, même partiellement, le médecin a répondu qu'il pensait que oui, tout en ajoutant qu'une évaluation sur place à domicile paraissait indiquée. 19. Dans ses écritures du 13 août 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions au rejet du recours. Il relève que la première consultation chez le Dr S_____ a eu lieu le 12 mars 2013 soit un mois après la décision litigieuse. Par ailleurs, le médecin fait état d'une aggravation « globale », sans préciser en quoi l'état de la patiente se serait aggravé par rapport à la situation décrite en octobre 2011. 20. Par écriture du 12 août 2013, la recourante a également persisté dans ses conclusions. Elle conteste que le rapport du Dr S_____ ne soit pas pertinent, constatant qu'il corrobore les symptômes d'ores et déjà décrits par les Drs JOGWA et R_____. Elle relève à cet égard que les trois médecins ont tous unanimement fait état d'une aggravation constante consistant en une augmentation de l'angoisse, une perte de

A/878/2013 - 8/12 - motivation, l'apparition de vertiges, une grande fatigabilité et un état de faiblesse général. 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 depuis 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). La compétence de la Cour de cassation pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la décision initiale du 20 décembre 2007 au point de lui ouvrir désormais droit à une rente de l'assurance-invalidité. 4. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par

examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

A/878/2013 - 9/12 - c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). 5. On relèvera tout d'abord que l'intimé - quoi qu'il en dise dans sa réponse au recours - est bel et bien entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante. Si le projet de décision parlait effectivement de non-entrée en matière, la décision formelle du 15 février 2013, elle, a rejeté la demande. L'intimé a d'ailleurs indiqué dans les considérants de cette décision : « nous avons toutefois repris l'instruction médicale », ce qui confirme qu'il y a donc bien eu réouverture du dossier et examen au fond de la question de savoir si l'aggravation alléguée suffisait à fonder une invalidité. 6. a) Se pose en premier lieu la question de savoir si un changement de circonstances est intervenu qui impliquerait de reconnaître à la recourante un statut d'active à 50% comme elle le soutient. La recourante soutient que puisque l'un des quatre enfants qui vivaient avec elle a quitté le domicile et que les trois qui restent sont majeurs, rien ne l'empêche désormais, alors qu'elle est âgée de 51 ans, de travailler à 50% au moins. Ses obligations vis-à-vis de sa famille sont en effet désormais beaucoup moins accaparantes. b) 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 faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dont l'application dépend du statut du bénéficiaire

A/878/2013 - 10/12 - potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. c) 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. La réponse apportée à cette question dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références). d) C'est le lieu de rappeler que 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). e) En l'espèce, ainsi que le fait remarquer l'intimé, la recourante, bien qu'arrivée en Suisse en 1994, n'a pas exercé d'activité lucrative avant 2003, date à compter de laquelle elle n'a travaillé qu'à raison de 25%. Il est vrai cependant, qu'à son arrivée en Suisse, elle avait cinq enfants à charge, dont le plus âgé avait 10 ans et le plus jeune n'était qu'un bébé. Plus tard, lorsqu'elle a pris une activité en 2003, l'assurée avait à la maison quatre enfants, dont le dernier n'était encore âgé que de 9 ans. Le plus jeune de ses enfants est désormais majeur. Si l'on tient compte de cette circonstance, mais également du fait que la situation financière de la famille souffre du fait que le mari de la recourante est bénéficiaire de l'assurance-invalidité, il apparaît vraisemblable qu'en bonne santé, la recourante aurait souhaité améliorer l'ordinaire en augmentant son temps de travail à quatre heures par jour. Certes, l'assurée est âgée de 51 ans, mais il ressort de la jurisprudence du Tribunal fédéral qu'elle est suffisamment éloignée de l'âge de la retraite pour qu'on n'en tire pas la

A/878/2013 - 11/12 - conclusion que cela prêterait ses chances d'augmenter son temps de travail dans son activité habituelle. Eu égard à ces éléments, la Cour de céans admet qu'un statut d'active à 50% pourrait lui être reconnu. 7. Se pose à présent la question de savoir si la péjoration de l'état de santé alléguée par la recourante a des conséquences sur le degré d'invalidité qui doit lui être reconnu. A cet égard, la Cour de céans rappelle que le Tribunal cantonal, dans son arrêt de mai 2009, avait déjà relevé que la situation sur le plan médical, en particulier psychiques, méritait d'être approfondie. Il avait cependant laissé la question ouverte en relevant qu'au vu du statut d'active à 25% seulement, même une totale incapacité de travail ne suffisait pas à ouvrir droit aux prestations. La situation n'est plus la même dès lors que la recourante se voit reconnaître un statut d'active à 50%. En effet, si elle devait se voir reconnaître une totale incapacité de travail sur ce plan, cela conduirait à

admettre un degré d'invalidité global de près de 60%. Il apparaît donc désormais indispensable d'investiguer la question de la capacité de travail de la recourante sur le plan psychique, d'autant plus que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu par plusieurs médecins, sans que soient jamais analysés les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à un tel trouble. Considérant que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan psychique - en particulier sur la question de savoir si le trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante remplit les critères permettant de lui reconnaître un caractère invalidant -, la Cour de céans admet partiellement le recours et renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de mettre sur pied une expertise psychiatrique avant de rendre une nouvelle décision.

A/878/2013 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement au sens des considérants. 3. Annule la décision du 15 février 2013. 4. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de rendre une nouvelle décision après instruction complémentaire au sens des considérants. 5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. 6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 7. 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

Marie-Catherine SECHAUD

La présidente

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

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