GE_GERICHTE A/1818/2012 vom 19. Februar 2013

GE Cour de justice, 2013-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1818_2012

FR: GE_GERICHTE A/1818/2012 du 19 février 2013

IT: GE_GERICHTE A/1818/2012 del 19 febbraio 2013

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame V_____, domiciliée aux Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT Madame V_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1955, est mariée et mère de trois filles, nées en 1977, 1980 et 1985. Elle n'exerce pas d'activité lucrative depuis de nombreuses années et s'occupe de la maison et du ménage. Elle a aussi été bénévole dans une ludothèque et présidente de l'association y relative. L'aînée a quitté le domicile familial en 1999. La seconde fille du couple a quitté la maison en 2001, mais selon l'Office cantonal de la population, elle y aurait à nouveau été domiciliée de 2004 à 2009. L'assurée habite avec son époux, la fille cadette du couple qui n'a jamais quitté le domicile familial, et depuis le mariage de cette dernière en 2005, avec son gendre. Elle a déposé, le 7 novembre 2008, une demande de prestations invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE (ci-après OAI). Par rapport médical du 22 novembre 2008, la Dresse A_____, spécialiste en médecine interne, a attesté que la recourante était sa patiente depuis 1984. Elle a diagnostiqué les atteintes à la santé avec répercussion sur la capacité de travail suivantes: un trouble dépressif récurrent sévère F 33.2 et trouble mixte de la personnalité depuis 2003, un sub-iléus récurrent après by-pass depuis 1998, des cervicalgies chroniques après fracture des apophyses épineuses de C6-C7 en 2007. Elle a aussi mentionné des atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, soit des migraines, un diabète de type II, une HTA, une hyperlipémie en rémission après by-pass gastrique. L'incapacité de travail est totale depuis 2003. A l'appui du rapport, de nombreux documents médicaux sont joints: - Un rapport médical du 20 juin 1996, suite à l'hospitalisation de la patiente du 3 au 14 juin 1996 dans la Division Maladies Chroniques, est dressé dans le but de faire un bilan et d'équilibrer le diabète. Durant le séjour, la patiente a présenté à plusieurs reprises des malaises avec perte de conscience brève et déjà connus. Le profil lipidique s'est bien normalisé en fin de séjour. Il est précisé que la patiente pratique régulièrement le bowling et la natation deux à trois fois par semaine. - Un résumé de séjour hospitalier au Département de psychiatrie du 19 au 29 octobre 2004 indique, à titre de diagnostic principal: trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique F 33.11 et, au titre d'autres diagnostics: trouble mixte de la personnalité F 61.0, dyslipidémie et HTA de 1994 à 1998, status post incision et drainage d'un abcès péri-anal en 2004, status post by-pass gastrique pour obésité en 1998, status post cure d'éventration avec pose de filet en 1998, status post lipectomie des quatre membres en 1999, status post hystérectomie vaginale en 2001 et status post exérèse de polypes coliques par coloscopie en 2004. Le rapport précise que la patiente a été admise en entrée volontaire demandée par le médecin traitant, pour une aggravation de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Depuis le départ de la maison de

ses deux filles aînées, la patiente souffre d'un syndrome du "nid vide" et le récent décès de sa sœur, en juillet 2003, a aggravé son état thymique. Les troubles de la personnalité de la patiente, hystérique et borderline, ont limité les possibilités thérapeutiques. La patiente a demandé à sortir lorsque l'équipe a exigé un entretien de famille et l'a reprise sur son attitude inadaptée à l'égard des autres patients (massages, animation de "groupes thérapeutiques"). L'équipe estime qu'elle doit être suivie en thérapie de famille, du fait de son attitude "tyrannique" à l'égard des siens. Du point de vue somatique, tous les examens pratiqués sont normaux. Les plaintes douloureuses multiples s'associent à des demandes d'investigation médicales persistantes en dépit de bilans négatifs. L'anamnèse d'un état dépressif important, malgré des doses d'Efexor élevées, a amené à effectuer un dosage sanguin qui s'est révélé infrathérapeutique, ce qui pourrait être en lien avec des troubles d'absorption secondaires au by-pass digestif ou à une métabolisation rapide. Le traitement antidépresseur est modifié. - Un résumé d'intervention du Centre de Thérapie Brève (CTB) du 31 octobre au 28 novembre 2006 pose, comme diagnostic principal: un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans syndrome somatique F 33.10 et comme autres diagnostics: un trouble de la personnalité sans précision F 60.9, un by-pass gastrique en 1998, une lipectomie des cuisses et des bras en 1999, une hystérectomie en 2001, une exérèse de polypes coliques en 2004. Le rapport précise que la patiente est adressée par son généraliste en raison d'une péjoration d'un état dépressif avec recrudescence de symptômes dépressifs et apparition d'idées suicidaires en lien, selon les dires de la patiente, à la recrudescence des douleurs abdominales et cervicales, ainsi que le décès d'un neveu par overdose. Une prise en charge des crises avec des nuits au CTB et une participation à des groupes sont organisées. La participation à ces groupes provoque chez la patiente beaucoup d'émotion et des chutes, et elle est stoppée. Des séances de couple sont organisées et l'importance du soutien du mari est mise en évidence. La médication est modifiée. Le CTB conseille un soutien ponctuel en cas de crise. - Un résumé de l'observation du séjour de l'assurée du 12 au 21 novembre 2007 au Département de chirurgie viscérale indique les diagnostics suivants: Sténose du pied de l'anse au niveau de l'anastomose distale effectuée lors du by-pass gastrique en 1998, hospitalisation en électif pour résection de l'anastomose incriminée avec adhésiolyse et dépression récurrente aggravée par le décès de sa sœur il y a une année. L'hospitalisation est motivée par un syndrome de König post by-pass gastrique. Le rapport précise que la patiente subit des crises crampiformes obliques deux à trois fois par jour. La patiente est exténuée. L'intervention chirurgicale est effectuée le 13 novembre 2007: adhésiolyse étendue par laparotomie. La patiente rentre à son domicile le 21 novembre 2007 avec une ceinture abdominale. - Un rapport médical du 14 janvier 2008, du Service de Chirurgie viscérale, effectué deux mois après l'adhésiolyse pour un syndrome de König, précise que les douleurs que la patiente avait auparavant sont encore présentes, mais plus diffuses et moins marquées qu'avant l'intervention. Il n'y a plus de ballonnement abdominal avec les douleurs. L'évolution de la patiente est décevante, mais il est précisé qu'il faut attendre encore six mois pour déterminer l'origine des douleurs. La médication est modifiée. - Un rapport médical du 13 février 2008 de l'Institut de radiologie de la Clinique des Grangettes conclut à un status post by-pass gastrique, un épaississement pariétal du grêle moyen et une perte de clivage au niveau de la cicatrice abdominale, sans signe de distension pathologique ni iléus, une absence de collection liquidienne intra-abdominale, d'adénomégalie intro ou rétropéritonéale, une probable discrète stéatose hépatique sans lésion focale, des voies biliaires non dilatées, un très probable status de cholécystectomie. - Un rapport du 12 mars 2008 du Service de Chirurgie viscérale, 4 mois après l'intervention,

précise que les douleurs présentées persisteront malgré toute la prise en charge possible et qu'il n'y a pas de solution chirurgicale pour ce problème. Il est suggéré à la patiente de reprendre contact avec le Service de la douleur de l'Hôpital cantonal et, entre autre, prévoir une prise en charge psychologique pour améliorer le comportement face aux douleurs chroniques. - Un rapport médical du 12 août 2008 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, qui pose le diagnostic de douleurs abdominales chroniques dans un contexte de status post-opératoire précisant les opérations subies par l'assurée, soit by-pass gastrique en mai 1998, cure d'éventration en octobre 1998, lipectomie des quatre membres et abdominoplastie en 1999, hystérectomie et annexectomie droite en 2001, résection de l'anastomose distale du by-pass et adhésiolyse en novembre 2007. Est aussi diagnostiqué un état dépressif récurrent épisode actuel sévère. Le rapport précise que la patiente souffre depuis cinq ans de douleurs abdominales. La douleur n'est plus tenable depuis trois ans, elle évolue sur un mode constant auquel s'ajoutent des crises qui s'installent pour deux ou trois heures. Le rapport ajoute que la patiente présente des douleurs abdominales chroniques dans le contexte d'un abdomen multi-opéré et associées actuellement à un épisode dépressif sévère qui semble au premier plan, la prise en charge en milieu hospitalier semblant indispensable. - Le résumé du séjour hospitalier du 8 août au 5 septembre 2008 au Département de psychiatrie, unité de psychiatrie hospitalière adulte (UPHA) mentionne, comme diagnostic principal: un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques F 33.2, et comme autres diagnostics: un trouble mixte de la personnalité F 61.0, un status post by-pass gastrique pour obésité morbide en 1998, des douleurs abdominales chroniques suite à de multiples opérations chirurgicales, une adhésiolyse pour syndrome de König en novembre 2007. Le rapport précise que la patiente répète son sentiment d'inutilité et ses envies de mort. Au cours de son hospitalisation à l'UPHA, de façon impulsive, la patiente fait un tentamen au Somnium nécessitant un transfert aux soins intensifs. Suite à ce tentamen, elle est admise en non volontaire au 2JC puis retransférée à l'UPHA. Après dix jours et plusieurs entretiens de couple, la patiente est autorisée à sortir, une médication est mise en place. Par rapport médical du 26 mars 2009, la Dresse B_____, psychiatre, a indiqué qu'elle suivait la patiente depuis le 16 octobre 2008. Elle diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, un trouble mixte de la personnalité. Elle confirme les hospitalisations de 2004 et de 2008 et indique que l'état psychique n'a pas cessé de s'aggraver en parallèle à des douleurs de plus en plus invalidantes et suite au décès de la sœur de la patiente en juillet 2003. Le médecin rappelle les diverses opérations et hospitalisations intervenues. L'élan vital peut paraître conservé par moment, mais peut très vite évoluer vers une anhédonie amenant à un repli très important à domicile. La thymie est triste avec des idées suicidaires récurrentes. Une symptomatologie anxieuse dans les situations nouvelles est indiquée. Le pronostic demeure réservé. Au vu du bon investissement du suivi actuel à la consultation, le médecin espère une amélioration avec une revalorisation narcissique et une affirmation de soi. Il paraît cependant difficile d'évoquer une amélioration dans un proche avenir. Le médecin atteste d'une incapacité de travail à 100 % depuis août 2008. S'agissant des restrictions physiques, mentales ou psychiques, le médecin précise que sur le plan physique principalement, des douleurs abdominales diffuses transperçantes amènent la patiente à se replier sur elle-même et limitent ainsi les mouvements physiques. Sur le plan mental et psychique, les difficultés actuelles de la lignée dépressive et les difficultés relationnelles représentent une restriction claire dans l'investissement d'un lieu professionnel et dans la relation avec des collègues. Le

médecin conclut qu'avec un traitement antalgique adapté, un investissement et un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré, on peut espérer réduire les restrictions. Elle a précisé le 16 juillet 2009 que la patiente ne fait plus aucune activité à domicile, que ce soit au niveau culinaire, nettoyages, entretien, courses et lessive. Elle dit ne plus pouvoir s'investir dans ces tâches. Elle est repliée sur elle-même avec une clinophilie importante, préférant se mettre dans l'obscurité, avec des troubles de la concentration et de l'attention. Elle présente des ruminations constantes autour de cette situation avec perte de l'élan vital, l'empêchant de faire face aux activités ménagères qu'elle a assumées jusque-là. L'enquête économique sur le ménage effectuée le 31 août 2009 a pondéré les divers champs d'activité ménagère en pourcent, puis a examiné, d'une part, les activités que l'assurée pouvait encore assumer et pris en compte, d'autre part, l'aide apportée par sa fille, son gendre et son époux, vivant tous sous le même toit. Ainsi, les divers travaux ménagers et les empêchements sont retenus ainsi, après la modification faite concernant une erreur de total (105% au lieu de 100%) suite au recours de l'assurée du 4 décembre 2009: Description des empêchements dus à l'invalidité Pondération du champ d'activité en % Empêchement en % Invalidité en % Conduite du ménage 2 - 5 % Madame V_____ peut conduire son ménage, mais elle délègue la planification du ménage à sa fille.

E. 5

% 0 % 0 % Alimentation 10 - 50 % Actuellement, la fille décide de ce qu'ils vont manger et prépare le repas. Madame V_____ met la table. La fille et le gendre débarrassent et rangent la cuisine. Il est tenu compte de l'aide apportée par les autres membres de la famille. Exigibilité 30 %. (40 %) 35 % 30 % (7 %) 10.5 % Entretien du logement 5 - 20 % L'entretien est assuré par la fille et le gendre. Le mari aide à ranger le week-end. Madame V_____ change les draps et se décharge des tâches ménagères par fatigue et manque d'entrain. Exigibilité de l'aide 30 %. 20 % 30 %

E. 6

% Emplettes, courses, etc. 5 - 10 % Les courses sont faites par la fille et le gendre. Les papiers sont réglés par Madame V_____. Il est de règle géné-rale sous ce point de ne pas tenir compte de plus de 10 % d'empêche-ment lorsque les membres de la famille peuvent faire les courses.

E. 10

% 5 % Divers 0 - 50 % Madame V_____ faisait du bénévolat (tenait une ludothèque et visite aux personnes âgées). Depuis le décès de sa sœur en 2003, elle a arrêté de s'occuper des autres. 5 % 100 % 5 % Total (105 %) 100 % % (25 %) 28,5 %. Par projet de décision du 3 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande estimant que le taux d'invalidité était de 25 % (recte 28,5%) dans son activité ménagère. Par pli du 3 novembre 2009, l'assurée a contesté le projet de décision, estimant que la quotité de réduction du dommage imputée à la famille allait au-delà de ce qui est raisonnablement exigible. De plus, la personne ayant diligenté l'enquête ne disposait pas des qualifications professionnelles suffisantes pour juger de l'atteinte à la santé. Par décision du 5 novembre 2009, l'OAI a maintenu son projet et rejeté la demande. Par acte du 4 décembre 2009, l'assurée a formé recours contre la décision et a conclu à l'annulation de la décision du 5 novembre 2009 et à l'octroi d'une rente entière dès le 1 er mai 2009. Elle détaille les opérations subies, les traitements prodigués et les hospitalisations. Les douleurs à l'abdomen ne diminuent plus depuis 2005, et elle ne peut pas se tenir assise, la position couchée ou debout est moins douloureuse. Du point de vue

psychiatrique, l'incapacité de travail était totale, en raison du trouble dépressif récurrent épisode sévère avec symptôme psychotique, un trouble mixte de la personnalité. Surtout, l'assurée conteste la prise en compte de sa capacité à effectuer certaines tâches, alors qu'en réalité elle ne peut que mettre la table, changer les draps de son lit et faire de temps en temps la lessive. En particulier, la prise en compte de l'aide des membres de la famille est excessive car la participation exceptionnelle de la fille, du gendre et du mari de l'assurée excède ce qui est raisonnablement exigible. De plus, la présence de la fille et du gendre à domicile est également exceptionnelle et ne saurait durer. Finalement, il est imputé à la famille de la recourante une obligation de réduire le dommage correspondant à 75 % de l'activité ménagère, ce qui est inadmissible. Par pli du 19 janvier 2010, l'OAI propose le rejet du recours et fait valoir que l'assurée ne démontre pas en quoi le rapport d'enquête en cause ne serait pas plausible ou insuffisamment motivé. L'OAI a corrigé les chiffres retenus conformément au tableau, ce qui amène le total des empêchements dans le ménage à 28,5 %. De surcroît, l'obligation de réduire le dommage imputé aux membres de la famille n'est pas estimée à 75 % mais à 30 %. L'enquêtrice a constaté que la recourante parle volontiers et parvient, malgré sa dépression et ses douleurs, à entreprendre des activités comme la lessive, mettre la table et s'occuper des papiers tout en se désinvestissant de la préparation du repas et des tâches lourdes. Pour terminer, ce n'est que si la fille et le gendre se constituent un domicile séparé que la recourante devra alors saisir l'administration d'une demande de révision. Par arrêt du 9 mars 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1 er janvier 2011) a partiellement admis le recours, annulé la décision du 5 novembre 2009 et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction. S'agissant de l'invalidité dans l'activité ménagère, les constatations de l'enquêtrice divergeaient des avis médicaux recueillis, de sorte qu'un examen bi-disciplinaire devait être effectué, afin de déterminer les empêchements de l'assurée dans la tenue de son ménage, l'OAI étant par ailleurs invité à distinguer et à motiver, pour chaque travail ménager, quelle était la part exigible attribuée à l'assurée et aux divers membres de sa famille, en tenant compte de leur place respective dans la famille (s'agissant de la fille aînée et de son gendre) et de leurs propres limitations (s'agissant du mari, invalide à 50%). Toutefois, s'agissant de l'aide de la famille, ce n'est que lorsque la fille et le gendre de l'assurée auront déménagé que cet élément devra être pris en compte, dans le cadre d'une demande de révision. L'OAI a ordonné une expertise bi-disciplinaire confiée au CEMED le 5 janvier 2011 et réalisée par les Drs C_____, spécialiste en médecine interne et D_____, spécialiste en psychiatrie. Le rapport du 19 août 2011 est fondé sur l'intégralité du dossier, une anamnèse détaillée, l'examen de l'assurée le 15 mars 2011, des entretiens téléphoniques avec la Dresse A_____ et le Dr E_____ et une consultation le 24 mai 2011. S'agissant des plaintes de la patiente, elle mentionne une tendance à la chute, une fatigue permanente, un sentiment de faiblesse. De plus, elle se plaint de cervicalgies, de scapulalgies gauches, de douleurs à la mobilisation des épaules, de céphalées et de douleurs abdominales. Si elle oublie le Dafalgan® qu'elle prend quatre fois par jour à raison de 1000 mg, les douleurs abdominales sont insupportables. Sur le plan psychique, l'assurée mentionne des sudations, des selles malodorantes et parfois une incontinence fécale nocturne. A l'anamnèse orientée, elle déclare quelques troubles de la concentration, de l'émotion, un ralentissement, des ruminations en lien avec la dernière tentative de suicide, qui génère un fort sentiment de culpabilité. Actuellement, durant la journée, elle reste confinée dans sa chambre et ne s'habille pas toujours. Elle craint les relations sociales, a peur d'être critiquée, d'être mal

considérée. Elle est anxieuse, présente parfois des malaises vagaux, depuis bientôt 20 ans, ce qui a conduit à des hospitalisations. Elle est émotive, impulsive, agressive envers elle-même et est constamment fatiguée, ressentant une énorme tristesse qui est constante. Elle est irritable, présente de l'anhédonie, hormis pour ses petits-enfants. S'agissant de ses activités quotidiennes, elle se lève le matin et prend son petit-déjeuner, fait sa toilette, se douche, change de pyjama de la veille pour un nouveau qu'elle gardera toute la journée. Elle tricote, fait des jeux sur l'ordinateur, joue au poker sans argent et s'occupe de sa ferme virtuelle sur Farmerbook, à laquelle elle consacre beaucoup de temps. Il lui arrive de préparer le repas de midi, sauf si personne ne rentre manger. Sa fille et son beau-fils logent dans l'appartement, ne payent pas de loyer, et en contrepartie, font les courses et le gros ménage le samedi (salle d'eau, aspirateur, vitres). L'assurée s'occupe de l'approvisionnement, de la lessive pour tout le monde et des travaux administratifs du couple. Son mari, à l'AI à 50%, n'aime pas trop rester à domicile. L'assurée prépare les légumes pour le repas du soir, mais c'est le mari qui cuisine. Elle passe sa journée à lire, à surfer sur Internet, etc. Jusqu'au 8 janvier 2011, elle s'occupait de ses petits-enfants les lundis, mardis, jeudis et vendredis, elle pouvait s'occuper des repas et les changer. S'agissant des données objectives, sur le plan somatique, l'assurée ne manifeste aucunement sa gêne ou ses douleurs par un besoin de changement de posture lors de l'entretien. Après une description détaillée de l'examen, la prise en compte des plaintes actuelles, ainsi que de l'ensemble des rapports médicaux, les experts relèvent que l'assurée annonce de multiples symptômes, mais que les douleurs abdominales paraissent contrôlables par un traitement de Dafalgan®, de même que les céphalées et les cervicalgies, alors que le syndrome douloureux ne reçoit pas de substrat organique clair. L'importance des plaintes n'est ainsi par corrélée à une évidence de lésions organiques, malgré les investigations menées à de multiples reprises, tant cliniquement que biologiquement ou radiologiquement, qui n'ont pas montré de lésion, en particulier abdominale. Les malaises fréquents avec risque de chutes sont attribués par le médecin-traitant à des manifestations hystériformes. Du point de vue somatique, et notamment abdominal, l'examen ne montre aucune cause d'incapacité de travail ou ménagère. Sur le plan psychique, les experts retiennent que, globalement, les plaintes subjectives sont plus importantes que les constatations objectives et que le monitoring montre des taux infra-thérapeutiques pour deux substances. Il relève toutefois un trouble mixte de la personnalité. L'assurée présente des décompensations psychiques marquées lors de pertes affectives, suite au décès d'une sœur en 2003 et d'un neveu en 2006, ce qui correspond à des traits de personnalité dépendante. Elle présente des traits correspondant à une personnalité émotionnellement labile de type borderline, affection sévère et accompagnée de traits histrioniques ou narcissiques. Il n'a pas été possible de déterminer dans quelle mesure les comportements liés à ce trouble de la personnalité ont été responsables à la cessation de l'activité de présidente d'une association mais, quoi qu'il en soit, ce trouble n'a pas été incompatible avec une telle activité et sa sévérité fluctue donc avec le temps. Ce trouble de la personnalité peut être responsable d'incapacités de travail transitoires dans une activité de bénévole, essentiellement lors de pertes affectives. Il n'est toutefois pas, vu sa sévérité, compatible avec une activité professionnelle, en raison des comportements inadéquats de l'assurée. Il ne limite pas l'activité de ménagère, les experts notant d'ailleurs que l'assurée a pu s'occuper de ses petits-enfants de façon quasi quotidienne jusqu'à sa dernière tentative de suicide en janvier 2011. S'agissant du trouble dépressif récurrent, il est actuellement léger, sans syndrome somatique. La description du quotidien, avec des activités plaisantes, et l'observation clinique parlent en défaveur d'un épisode

dépressif. Ce trouble est responsable d'incapacités de travail transitoires durant les épisodes dépressifs plus sévères. Le fait que l'assurée reste à son domicile, le plus souvent en pyjama, correspond à une attitude régressive. Ce trouble dépressif est sans répercussion sur la capacité de travail de ménagère. S'agissant du trouble somatoforme, il est insuffisant pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant et il est de plus de sévérité moyenne à légère et est sans répercussion sur les activités ménagères et était sans répercussion sur la capacité à gérer ses petits-enfants jusqu'en janvier 2011. Selon l'assurée, ce sont les douleurs qui ont été la cause de la perte de l'activité de présidente d'une ludothèque, mais il n'a pas été possible d'étayer l'hypothèse selon laquelle l'ordre des évènements aurait été inverse. En conclusion, comme ménagère, l'assurée ne présente aucune limitation fonctionnelle. L'assurée s'est mise en retrait du monde professionnel de longue date, vu la sévérité de son trouble de la personnalité, sans que l'on sache pourquoi elle a cessé son activité de bénévole dans une ludothèque. Selon l'avis du SMR du 15 mars 2012, l'expertise est probante et démontre que l'assurée ne présente aucun empêchement ménager dans son activité depuis toujours, mais que, dans une activité lucrative, la capacité de travail est nulle depuis probablement octobre 2004, voire même avant. Par projet du 20 mars 2012, confirmé par décision du 11 mai 2012, l'OAI refuse toute prestation d'invalidité à l'assurée au motif qu'il n'y a aucune incapacité en tant que ménagère. L'assurée a formé recours le 13 juin 2012 et conclut à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente, préalablement à la mise sur pied d'une expertise bi-disciplinaire. S'agissant des faits, l'assurée mentionne que son mari est dans l'incapacité de travailler depuis 2003 et a obtenu une demi-rente d'invalidité, alors qu'il exerçait auparavant une activité à titre indépendant. Sa fille cadette s'est mariée alors qu'elle avait 20 ans et elle est restée, avec son mari, au domicile familial afin de soutenir sa mère, qui est incapable de tenir le ménage. L'attitude de la jeune femme apparait comme étant objectivement exceptionnelle, mais elle a désormais pris des dispositions avec son mari pour quitter le domicile, ce départ étant imminent. La fille et le gendre travaillent à plein-temps. En substance, l'assurée estime que l'évaluation du Dr D_____ n'est pas probante, car il ne motive pas sa capacité à exercer une activité bénévole, alors que la capacité de travail dans une activité professionnelle serait nulle. C'est à tort que l'expert ne retient pas le trouble dépressif récurrent, au motif que l'assurée pratiquerait des activités plaisantes, alors qu'elle reste en pyjama toute la journée et passe son temps sur Internet. L'assurée relève la divergence de la position de l'expert du CEMED avec celle de tous les autres praticiens s'étant penchés sur son cas. De surcroît, l'OAI n'a pas tenu compte de l'incidence de l'état de santé sur l'activité de bénévole, exercée jusqu'approximativement en 2008, alors qu'il s'agit d'un travail habituel au sens de l'art. 27 RAI. Finalement, le Dr D_____ se fonde uniquement sur le fait qu'elle a été en mesure de s'occuper de ses petits-enfants jusqu'en janvier 2011 pour motiver l'absence de toute répercussion sur l'activité ménagère des troubles psychiques constatés. Par pli du 3 juillet 2012, l'OAI conclut au rejet du recours, confirme la valeur probante de l'expertise, rappelle que l'enquête ménagère avait considéré de manière généreuse que l'empêchement était de 100% dans l'activité bénévole retenue à 5% du temps. Au demeurant, elle ne fait pas état d'éléments pertinents et objectivement vérifiables que le rapport d'expertise aurait ignorés. A la demande de l'assurée, elle-même, son psychiatre et son psychothérapeute ont été entendus le 18 septembre 2012. L'assurée a indiqué que sa fille et son gendre travaillent à 100% et que son mari, au bénéfice d'une demi-rente AI, ne travaille pas. Le couple ne bénéficie pas de prestations complémentaires. Sa fille ne cherche pas à quitter le domicile familial. L'assurée ne conteste pas l'évaluation somatique des experts du CEMED, mais

uniquement l'évaluation psychiatrique, tout en relevant qu'elle souffre d'importantes douleurs au ventre, qui ne sont toutefois pas objectivées. Sa fille aînée a deux enfants. L'assurée a gardé sa première petite-fille toute la journée les lundis, mardis, jeudis et vendredis, de sa naissance en 2003, jusqu'à son entrée à l'école, en 2007. Le cadet est né en 2009 et elle l'a gardé de sa naissance jusqu'à début janvier 2011, à la même fréquence que sa sœur aînée. Sa fille rentrait pour la pause de midi tous les jours lorsqu'elle gardait son petit-fils. Elle ne parvenait alors plus à s'en occuper et sa fille a trouvé une nourrice. Elle voulait se suicider durant les fêtes de Noël, ne supportant pas que ses enfants aient une mère en mauvais état de santé. Elle ne conteste pas avoir indiqué à l'expert du CEMED, en mars 2011, qu'elle se chargeait de l'approvisionnement, de la lessive, de la poussière et de changer les draps, ainsi que de plier du linge, le reste de la famille s'occupant des courses, du gros ménage et de la préparation des repas. Sa fille lui a confié son petit-fils, à la condition qu'elle ne sorte pas, car l'assurée a fait un malaise à une occasion. S'agissant du ménage, elle rappelle qu'elle souffre de douleurs intenses au ventre, tout en admettant qu'elles ne l'ont pas empêchée de s'occuper à 80% de ses petits-enfants, même lorsqu'ils étaient bébés, mais rappelant qu'elle a dû faire appel à sa fille pour qu'elle vienne reprendre son fils à certaines occasions. Avant son atteinte à la santé, elle était le pilier de la maison, s'occupant de tout et de sa petite-fille, tout en étant bénévole dans une ludothèque à raison de deux demies-journées et deux journées entières, où elle emmenait sa petite-fille. Après l'audition de son thérapeute, interrogée à nouveau, l'assurée a précisé que son mari est le patron d'une entreprise de peinture, avec deux associés et il travaille à 50%, se rendant parfois à l'étranger pour des chantiers, une fois par année ou tous les deux ans, à raison de deux ou trois semaines. M. F_____, psychologue et psychothérapeute de l'assurée depuis 2 ans et demi, en parallèle du Dr G_____, a déclaré voir la patiente à raison deux séances par semaine en moyenne. S'agissant de sa capacité à faire le ménage, le thérapeute relève que la patiente chute de façon imprévisible, sans savoir ce qui se passe lorsqu'elle est seule à la maison. L'état dépressif est suffisamment sévère pour que la patiente se sédate et dorme, mais il est fluctuant. Même pour les tâches ménagères légères (éplucher les légumes, passer la poussière ou plier du linge), l'assurée n'en a plus la volonté, en raison de la dépression. Si elle est capable de passer plusieurs heures par jour à s'occuper de sa ferme virtuelle, c'est que cela la maintient, en évoquant l'entretien de la famille. D'ailleurs, l'assurée serait capable de faire les tâches ménagères avec quelqu'un et ce serait même thérapeutique et bénéfique sur le sentiment de solitude et d'inutilité. Le thérapeute relève que lors de l'entretien avec le mari, ce dernier lui a indiqué qu'il avait une activité qui lui prenait beaucoup de temps, l'obligeant notamment à voyager à l'étranger. Le thérapeute n'a pas en tête l'évocation d'épisodes majeurs d'agoraphobie. Le Dr G_____, psychiatre de l'assurée depuis 2 ans et demi, a indiqué que sa patiente souffrait d'un état dépressif sévère et d'un trouble psychosomatique, une partie des manifestations somatiques étant d'ordre physique. Sur 2 ans et demi, les épisodes dépressifs ont été fréquents, allant de plusieurs semaines jusqu'à 4 mois, généralement sévères, la patiente ayant connu un épisode moyen d'une certaine durée il y a 1 an et demi. Après que l'assurée ait présenté un évanouissement lors de l'audience, le psychiatre indique que cela est l'expression de son sentiment d'incapacité à se prendre en charge, exprimé par des symptômes somatiques, représentant la souffrance que l'assurée ne parvient pas à exprimer par des mots. Le volontarisme ne suffit pas et le fait de dire à l'assurée d'aller de l'avant n'est pas suffisant non plus, l'assurée souffrant par ailleurs d'une maladie somatique qui implique des souffrances. S'agissant du trouble de la personnalité, l'assurée présente une personnalité

abandonnique, ce qui rend plus difficile le traitement de la dépression. Malgré la présence d'une famille aimante et très présente, rien n'est de nature à rassurer la patiente sur l'amour qui lui est porté. S'agissant des tâches ménagères, la famille de l'assurée la décrit comme apathique et abattue. Lorsqu'elle est entourée, en particulier investie de son rôle de grand-mère, elle est partiellement rassurée et parvient à faire plus de choses. Lorsque les membres de la famille quittent la maison, elle se sent totalement abandonnée. En compagnie, elle est capable d'effectuer ces tâches, mais sans pouvoir l'affirmer, le psychiatre estime que les expressions somatiques telles les chutes et les évanouissements, ont lieu en présence des gens puisqu'il s'agit d'adresser un message à sa famille et à son entourage. Il n'a jamais entendu parler du temps consacré à entretenir une ferme virtuelle. S'agissant de comparer cette activité à l'activité ménagère légère, en position assise, il n'a pas de réponse sur la capacité de sa patiente mais rejoint son thérapeute s'agissant du caractère symbolique de l'activité. Durant les périodes de dépression sévère, l'assurée est incapable de quoi que ce soit, y compris l'activité ménagère légère. Dans les autres périodes, le fait de plier du linge ou de faire du ménage serait contraire au besoin de reconnaissance de sa souffrance dont l'assurée a besoin de la part de ses proches. Durant toute l'audience, le psychiatre échange avec sa patiente, lui demandant si c'est bien ainsi que les choses s'expliquent. Lorsque sa fille lui a retiré la garde de son petit-fils, fin 2010 début 2011, l'assurée a vécu un épisode dépressif profond, car elle avait une image idéale de son rôle de mère et de grand-mère, active et investie pleinement. Le Tribunal relevant que l'assurée a été capable de garder un enfant de sa naissance jusqu'à 18 mois en tout cas, de sorte que l'on peine à comprendre pourquoi elle ne pouvait pas, dans ce cas, effectuer des tâches ménagères légères, le psychiatre rappelle que l'assurée est capable de tout faire pour ses petits-enfants, voire pour ses filles, mais que lorsqu'il s'agit de le faire pour elle-même ou son mari, elle ne le peut pas. La souffrance de la patiente est bien réelle et c'est au niveau du symbole qu'elle est capable ou incapable d'effectuer certaines tâches. Globalement, le témoin est d'accord avec le rapport du CEMED, qui est un bon rapport, sauf sur deux points : d'une part, durant les périodes d'apathie totale, de quelques semaines par année, l'assurée est incapable de quoi que ce soit. D'autre part, à certaines périodes, l'assurée est incapable d'effectuer certaines tâches ménagères spécifiques liées à ce problème symbolique (elle en est capable pour sa famille, mais incapable pour elle-même et son couple). Les parties ont été invitées à se déterminer et l'OAI a fait valoir, le 26 octobre 2012, que les déclarations de l'assurée et de son médecin ont permis de confirmer les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenues par les experts, le thérapeute ayant par ailleurs déclaré que l'assurée serait capable de faire les tâches ménagères avec quelqu'un, ce qui serait même thérapeutique et bénéfique, étant précisé que le mari de l'assurée travaille à 50%. D'ailleurs l'assurée confirme pouvoir s'occuper des tâches ménagères et a confirmé la participation des membres de la famille. Le psychiatre a, au demeurant, confirmé le point de vue des experts, en indiquant que l'assurée est capable de tout faire pour ses petits-enfants, notamment s'occuper du linge, préparer les repas pour ses petits-enfants voire ses filles, donnant son accord avec le rapport du CEMED. Ainsi, la valeur probante de l'expertise doit être confirmée, de même que la décision qui en découle. Pour sa part, l'assurée a persisté dans ses conclusions par pli du 29 octobre 2012, rappelant qu'elle sollicite une expertise judiciaire à titre préalable. La cause a été gardée à juger le 31 octobre 2012. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations

prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l’assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d’espèce est ainsi établie. 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). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 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 er 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 novelles 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). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de l'assurée à l'octroi d'une rente d'invalidité, singulièrement sur ses empêchements ménagers. a) 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). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon l'art. 27 RAI, par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l’activité usuelle dans le ménage, l’éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d’utilité publique. b) 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). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. 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; ATFA non publiés 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. 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 (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04

du 14 janvier 2005, ATFA non publié 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 (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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). a) En l'espèce, l'assurée ne conteste pas que

l'évaluation de l'invalidité doit se faire selon l'art. 27 RAI, compte tenu du fait qu'elle n'a pratiquement jamais exercé d'activité lucrative et elle ne prétend pas qu'elle en aurait exercé une sans atteinte à la santé. Elle a ainsi continué à s'occuper de la maison, lorsque ses filles étaient de jeunes adultes et alors que son état de santé lui permettait d'assumer d'importantes tâches bénévoles selon ses dires. Par ailleurs, l'assurée ne conteste pas l'évaluation somatique de l'expertise du CEMED, admettant que les importantes douleurs abdominales ne sont pas objectivées. Au demeurant, cette appréciation est corroborée par l'avis du service du chirurgie viscérale des HUG du 12 mars 2008 qui relevait déjà l'absence de substrat organique à ces douleurs. De même, l'allégation de douleurs insupportables depuis 2005 est en totale contradiction avec l'activité intense de l'assurée jusqu'en 2007, puisqu'elle s'occupait de sa petite fille et assumait bénévolement une ludothèque, l'ensemble de ces activités l'occupant à 80%. Le seul aspect litigieux concerne donc l'appréciation de l'état de santé psychique de l'assurée et de ses conséquences sur sa capacité ménagère. b) L'assurée remet en cause la valeur probante de l'expertise du Dr D_____, sur plusieurs points. S'agissant des diagnostics, l'expert retient un trouble dépressif modéré, avec des périodes d'épisodes dépressifs sévères qui impliquent transitoirement une incapacité de travail. Cette appréciation n'est pas contradictoire avec celle des psychiatres traitants de l'assurée. Les divers rapports des HUG retiennent des états dépressifs d'intensité moyenne, ponctuellement en 2004 et en 2006, seul l'épisode d'août-septembre 2008 étant sévère. D'ailleurs, l'assurée n'a pas été suivie par un psychiatre jusqu'en octobre 2008 et, lorsque son comportement inadéquat est relevé par les HUG, elle demande simplement à sortir de l'hôpital, ce qui dénote en tout cas que l'état dépressif n'est alors pas sévère. L'avis de la Dresse A_____, qui retient en 2008 un trouble dépressif sévère totalement incapacitant depuis 2003 ne peut pas être suivi, dès lors que l'assurée avait jusqu'à l'été 2007, voire début 2008 une activité intense, entre la ludothèque et sa petite fille, incompatible avec une dépression sévère. Le suivi par la Dresse H_____ commence en octobre 2008 et celle-ci mentionne en mars 2009 un épisode dépressif sévère, mais elle met surtout l'accent sur les conséquences du trouble de la personnalité. Au demeurant, à moins qu'il s'agisse d'un épisode isolé, cette appréciation ne peut pas être suivie car elle est fondée sur des éléments d'anamnèse incompatibles avec la réalité quotidienne de l'assurée : son médecin la décrit comme totalement repliée et clinophile alors qu'elle s'occupe à presque plein temps d'un bébé. Au demeurant, l'expert fonde aussi son appréciation quant à la gravité modérée de l'état dépressif sur l'examen clinique de l'assurée et sur ses activités. A cet égard, il relève avec pertinence que l'assurée s'occupe de son petit-fils et passe des heures à s'occuper de sa ferme virtuelle, ce qui est peut-être pathologique, mais exclut en tout cas un état dépressif sévère. Le psychiatre-traitant actuel retient un trouble dépressif sévère, et fait d'abord état d'épisodes allant de quelques semaines à quatre mois - ce qui est contradictoire avec la description de la vie quotidienne de l'assurée - pour admettre à la fin de son audition que l'expertise du CEMED est convaincante et ne retenir finalement que quelques périodes de quelques semaines par an de dépression sévèrement incapacitante. L'expert et le psychiatre-traitant retiennent également un trouble de la personnalité, alors que le médecin-traitant relève aussi un trouble psychosomatique. Les troubles psychiatriques sont donc correctement diagnostiqués par l'expert, sous réserve du dernier dont on verra qu'il n'est pas invalidant, donc irrelevant. c) S'agissant des conséquences des troubles retenus sur la capacité ménagère de l'assurée, les conclusions de l'expert sont convaincantes. Le trouble dépressif est sans effet sur sa capacité ménagère, sauf lorsqu'il est sévère, périodes durant lesquelles l'assurée est totalement incapable de travailler et, bien

que cela ne soit pas expressément mentionné par l'expert, de s'occuper pleinement de son ménage. Cette appréciation est partagée par le psychiatre-traitant, qui confirme que sa patiente est totalement incapable de quoi que ce soit durant les périodes d'apathie totale, de quelques semaines par année. En dehors de ces périodes, le psychiatre-traitant ne prétend pas que l'assurée serait empêchée de s'occuper de son ménage, le cas échéant en fractionnant les activités, si le trouble dépressif modéré implique de la fatigue. Les autres rapports médicaux plus anciens retiennent par période une totale incapacité de travail, sans se prononcer sur la capacité ménagère, sauf la Dresse B_____ qui justifie toutefois la totale incapacité de l'assurée à assumer une quelconque tâche ménagère sur les seuls dires de sa patiente. L'ensemble des rapports médicaux permet de retenir que l'assurée souffre d'un trouble dépressif modéré de longue date, qui se péjore lors de pertes affectives (décès en 2003 et 2006, départ du domicile de l'aînée, retrait de la garde du petit-fils), mais que la compliance de l'assurée au traitement antidépresseur n'est pas toujours optimale. Quant au trouble de la personnalité, l'expert estime que sa sévérité est incompatible avec une activité professionnelle, car l'assurée a des comportements inadéquats, mais reste sans influence sur sa capacité ménagère. Le fait que l'expert se fonde en grande partie sur l'anamnèse de l'assurée, en particulier sa vie quotidienne, est pertinent, car l'activité consistant à s'occuper à presque plein temps d'un très jeune enfant, qui implique de le changer, le laver, préparer ses repas et le nourrir, jouer (même sans sortir du domicile le cas échéant), etc., exige beaucoup d'énergie, de patience, de sens de l'organisation, ce qui démontre que l'état dépressif n'est pas sévère et que l'assurée a la capacité d'adopter un comportement adéquat dans ce cadre-là et d'assumer les tâches de la maison. Les explications du psychiatre-traitant de l'assurée (et du psychologue) sont peu convaincantes, s'agissant de l'incapacité liée à l'aspect symbolique de certaines tâches et elles ne remettent pas valablement en cause les conclusions de l'expert. D'une part, les échanges entre le psychiatre et l'assurée lors de l'audience - le premier demandant à la seconde de confirmer cette théorie- laissent à penser que l'explication est échafaudée pour les besoins de la cause et ne relève pas d'une appréciation médicale des conséquences objectives du trouble de la personnalité. D'autre part, les indications du psychiatre selon lesquelles l'assurée se sent abandonnée et incapable de s'occuper de son propre ménage lorsque ses proches quittent le domicile sont exclusivement fondées sur les dires de la patiente, alors que la procédure a relevé que l'on ne peut guère s'y fier (contradictions quant à l'activité du mari, état décrit comme prostré malgré la prise en charge d'un jeune enfant, douleurs totalement invalidantes malgré une activité intense). Elles sont par ailleurs contradictoires avec les activités ménagères effectivement assumées par l'assurée (lessive, poussière, changement des draps). A cet égard, même en admettant les effets - limités - de ce trouble de la personnalité sur la capacité ménagère, il y a lieu de relever ce qui suit : si l'assurée est capable d'effectuer les tâches ménagères en présence d'un proche, ce qui serait bénéfique selon son médecin, on peut raisonnablement attendre de son mari, au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, qu'il tienne compagnie à son épouse, voire participe aux tâches ménagères compatibles avec son état de santé. De même, si son trouble lui permet de "tout faire pour ses filles" mais pas de s'occuper de son propre ménage, il y a lieu de répartir les tâches ménagères entre les différents membres de la famille sur ce modèle. A cet égard et contrairement à ce que le conseil de l'assurée prétend depuis 2009, le départ de la fille et du gendre de l'assurée n'est toujours pas imminent en 2012 et l'installation du gendre au domicile familial en 2005 n'est pas lié à l'atteinte à la santé de l'assurée, intervenue plus tard. La justification symbolique de l'incapacité est en contradiction avec les activités effectivement assumées par l'assurée

(poussière de tout le logement et lessive pour tous). Elle laisse songeur en comparaison avec l'importance du temps consacré à des activités strictement personnelles (surfer, jouer sur Internet et s'occuper de sa ferme symbolique), compte tenu notamment du rapport médical des HUG d'octobre 2004 qui relevait déjà l'attitude tyrannique de l'assurée à l'égard des membres de sa famille. D'ailleurs, le psychiatre réduit les conséquences de cet élément symbolique à certaines périodes. S'agissant finalement de la somatisation de l'assurée, le psychiatre-traitant expose clairement qu'il s'agit de phénomènes bien réels (évanouissements), mais qui n'ont lieu qu'en présence de tiers, afin de démontrer l'état maladif, de sorte qu'il n'y a vraisemblablement rien à craindre lorsque l'assurée est seule à la maison, car elle ne chute pas. On ne reviendra pas sur le témoignage du psychologue, qui n'est pas probant quant à la sévérité permanente du trouble dépressif et de l'incapacité totale de l'assurée de faire son ménage, eu égard à ce qui précède. Du point de vue des conséquences des troubles psychiques de l'assurée sur sa capacité ménagère, les conclusions de l'expert sont donc convaincantes. d) Contrairement à ce que soutient l'assurée, le fait qu'elle reste toute la journée en pyjama - enfilant un pyjama propre après s'être douchée et avoir pris un bon petit déjeuner - n'est pas la démonstration d'un état dépressif, prostré et apathique, ni le signe d'une incapacité à s'occuper de son ménage. De même, si dans certains cas, le fait de passer ses journées à s'occuper de sa ferme virtuelle, peut être un signe pathologique (fuir pour éviter le quotidien), cette appréciation n'est retenue ni par l'expert, ni par le psychiatre-traitant, qui n'avait d'ailleurs jamais entendu parler de cette activité. Finalement, son activité bénévole dans une ludothèque a été prise en compte dans le cadre de l'enquête ménagère. e) En conclusion, l'expertise psychiatrique du Dr D_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante de sorte qu'il ne se justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire. A cet égard, le psychiatre-traitant a finalement reconnu qu'il s'agissait d'une bonne expertise et qu'il était d'accord avec ses conclusions. Ses deux réserves ont été levées : il est admis que durant les quelques semaines de dépression grave par année, l'assurée n'est pas capable de s'occuper de ses tâches ménagères, ce qui avait d'ailleurs été retenu par l'enquêtrice, mais ces périodes sont trop courtes pour impliquer une invalidité et de surcroît, l'assurée peut être suppléée par son mari, sa fille et son gendre à ces occasions. L'incapacité symbolique n'est pas convaincante et, au surplus, si elle était retenue, elle pourrait alors être comblée par l'aide de la famille, soit directement, soit indirectement, étant précisé que dans cette hypothèse, le pourcentage attribué par l'enquêtrice aux membres de la famille n'est pas excessif. La fille et le gendre sont jeunes et en bonne santé, de sorte qu'ils peuvent se charger du ménage et de la préparation des repas. Il s'avère que le mari travaille à temps partiel en tant que patron de sa propre entreprise de construction, de sorte que son état de santé lui permet de faire les courses, aider au ménage et tenir compagnie à son épouse pendant qu'elle prend en charge le reste des activités ménagères (lessive, plier le linge, poussière, préparation des légumes pour le repas). La décision de refus de prestations du 11 mai 2012 est donc bien fondée. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Irène PONCET La Présidente Sabina MASCOTTO 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.