

## GE\_GERICHTE A/2368/2014 vom 15. Dezember 2014

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2368\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2368_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/2368/2014 du 15 décembre 2014

IT: GE\_GERICHTE A/2368/2014 del 15 dicembre 2014

### Erwägungen

#### E. 6

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée AU LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CHEVALIER Suzette recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1968, mariée en 1986 et divorcée depuis le 12 décembre 2013, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, est mère de trois enfants nés en 1987, 1990 et 1997.![endif]>![if> 2. Dès 1986, l'assurée a travaillé comme femme de ménage en Suisse. Entre 2001 et 2003, elle a été engagée par B\_\_\_\_\_ SA (la C\_\_\_\_\_ ) à 80% et pour D\_\_\_\_\_ service à 100%.![endif]>![if> 3. Un rapport du 20 février 2002 du Dr E\_\_\_\_\_ de la consultation du sommeil des HUG relève, suite à des enregistrements du sommeil, que la structure du sommeil évoque un état dépressif et un état anxieux important. Il existait de nombreux réveils depuis le stade 4. Il était conseillé un traitement antidépresseur avec une composante sédatrice pour le traitement des terreurs nocturnes.![endif]>![if> 4. Le 28 mai 2002, l'Unité d'allergologie des HUG a diagnostiqué chez l'assurée une rhino-conjonctivite saisonnière avec hyperréactivité bronchique, une hyper-sensibilité aux pollens d'arbres, un syndrome oral croisé bouleau-pomme, un état dépressif récurrent et une notion de dermatoglyphisme symptomatique. ![endif]>![if> 5. Une feuille de synthèse émanant des institutions universitaires de Belle-Idée des HUG du 29 août 2002 résume les affections dont souffre l'assurée soit :![endif]>![if> 1. Trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, personnalité de type borderline.![endif]>![if> 2. Douleurs abdominales récurrentes, probable côlon spastique.![endif]>![if> 3. Céphalées.![endif]>![if> 4. Syndrome du tunnel carpien droit.![endif]>![if> 5. Incontinence urinaire d'effort.![endif]>![if> 6. Allergies.![endif]>![if> 7. Problème social.![endif]>![if> 6. Dès le 6 janvier 2003, elle a été en incapacité totale de travailler et le 8 janvier 2003, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 7. Le 3 février 2003, l'assurée a signé le « questionnaire servant à déterminer le statut de l'assurée ». À la question « si vous étiez en bonne santé exerceriez-vous une activité lucrative » il est coché le oui et le non, avec une grande croix sur le non. À la question « pour quelle raison » la réponse « besoin financier » a été biffée ; elle a indiqué une activité de 13h/jour et de 16h/semaine pour la C\_\_\_\_\_ et 79h/semaine pour D\_\_\_\_\_ service. Elle indique avoir envisagé de diminuer son taux d'activité pour des raisons de santé.![endif]>![if> 8. Le 27 mars 2003, la policlinique de médecine des HUG a établi un rapport médical. Sous diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, il était relevé un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et personnalité de type borderline depuis 1999 ainsi qu'un syndrome vertébral lombaire connu depuis 1999.![endif]>![if> La patiente avait subi plusieurs incapacités de travail totales entre le 15 juillet 2002 et le 9 février 2003, soit durant 40 jours. L'état de l'assurée était stationnaire. Un

traitement médicamenteux améliorait temporairement l'état de santé. Un examen médical complémentaire était nécessaire selon l'évolution. L'assurée se plaignait de dorso-lombalgies chroniques depuis septembre 2001 et de paresthésies des mains (douleurs irradiant des poignets aux deux mains) ainsi que de rhinorées chroniques. Sous "pronostic", le rapport évoque qu'étant donné la persistance des dorso-lombalgies depuis septembre 2001 avec récurrence régulière des périodes d'exacerbation, ne s'amendant que peu ou pas sous traitement antalgique de Celebrex et la physiothérapie, une évolution vers la chronicité de ses douleurs est à craindre. Le trouble dépressif récurrent dans un contexte de trouble de la personnalité de type borderline, avec mise en échec des traitements entrepris rend la prise en charge difficile. Les symptômes de rhino-conjonctivite saisonnière et le syndrome du tunnel carpien droit ne sont pas améliorés par les traitements entrepris malgré une prise en charge spécialisée. S'agissant de la capacité de travail, l'activité antérieure n'était plus exigible en raison des importantes douleurs. Si les traitements amenaient une diminution des douleurs, la capacité de travail s'en trouvait augmentée, mais il y avait peu d'espoir d'une amélioration rapide. L'assurée pouvait exercer une autre activité dans la mesure où le traitement antalgique et du trouble de la personnalité était efficace, comme un travail peu physique permettant des changements de position fréquents, avec diminution du rendement en raison de pauses régulières nécessaires dès 30 minutes de travail. 9. Le 26 février 2004, un examen électrophysiologique en raison d'acroparesthésies nocturnes des mains conclut à une atteinte modérée des nerfs médians au carpe des deux côtés. 10. Le 1<sup>er</sup> avril 2004, une scanographie abdomino-pelvienne conclut à une formation tumorale kystique. 11. Le 7 juillet 2004, la Dresse F \_\_\_\_\_, du département de psychiatrie des HUG, a rendu un rapport médical AI. Elle avait traité la patiente du 3 juin 2003 au 7 juin 2004 et diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) depuis 1999 et une personnalité émotionnelle labile type borderline depuis 1999. L'incapacité de travail était de 100% dès janvier 2003 mais pouvait être améliorée par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient indiquées. Elle bénéficiait de divers traitements médicamenteux avec une mauvaise compliance et était suivie depuis juin 2004 par le Dresse G \_\_\_\_\_, psychiatre. On pouvait penser que les troubles psychiques pouvaient disparaître si les circonstances se modifiaient. Ils étaient réactionnels à l'adultère du mari; cet événement influençait légèrement l'affection actuelle. L'incapacité de travail était due d'une façon mineure à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles. Il y avait une incapacité de travail de 50%. 12. Le 27 octobre 2004, le Dr H \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée depuis 2004, atteste que sa patiente nécessite une aide-ménagère hebdomadaire pour des raisons médicales. 13. Le 16 février 2005, le SMR Léman de l'AI relève que le rapport de la Dresse F \_\_\_\_\_ du 7 juillet 2004 n'est pas clair car on ne comprend pas pourquoi l'assurée ne pourrait pas travailler avec un trouble dépressif léger et si et pourquoi l'état psychique était moins bon en 2003 qu'en 2004. Une incapacité de travail de 100% était attestée dès janvier 2003, puis le médecin admettait que l'assurée pouvait travailler à 50%. Un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR était proposé. 14. Le 22 avril 2005, le Dr H \_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée souffrait d'un état anxio-dépressif, de rachialgies sur discopathie étagée et d'épigastralgies récurrentes. 15. Le 27 avril 2005, les Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et la Dresse J \_\_\_\_\_, psychiatre, ont rendu un rapport SMR suite à l'examen clinique bidisciplinaire de l'assurée. Selon ce dernier, l'assurée décrit des dorsalgies basses évoluant depuis l'âge de 16 ans, exacerbées depuis 1990 avec installation d'un syndrome algique chronique au niveau de tout le rachis

cervico-dorsolombaire avec irradiations douloureuses et fourmillements, endormissements au niveau des membres supérieurs et inférieurs, puis, depuis 2000, de douleurs diffuses multiples migrant, siégeant dans tout le corps. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : a. Cervico-dorsolombalgies chroniques dans un contexte de trouble statique et dégénératif modéré du rachis cervical et lombaire (M54.9).!endif]>!if> b. Fibromyalgie (M79.0).!endif]>!if> c. Status après intervention abdominale et gynécologique multiple, y compris hystérectomie et anexiectomie partielle en 1999.!endif]>!if> d. Rhinite allergique chronique.!endif]>!if> e. Incontinence urinaire mixte fluctuante.!endif]>!if> f. Personnalité émotionnellement labile type impulsif, non décompensée (F60.30).!endif]>!if> L'appréciation du cas relève qu'en l'absence de pathologie organique significative, autant à l'examen clinique qu'aux examens complémentaires, associée à des signes cliniques d'exagération caractérisée, il n'y avait pas d'argument en faveur d'une incapacité de travail de longue durée comme attestée par les médecins traitants. De plus, cette incapacité de travail était essentiellement établie en raison d'ordre psychologique et non organique. Sur ce plan strictement organique, le seul diagnostic pouvant expliquer la symptomatologie alléguée était une fibromyalgie, non invalidante au sens de l'AI. L'assurée n'avait jamais eu d'activité lucrative au Portugal et elle avait travaillé en Suisse pendant plusieurs années au noir comme femme de ménage et entre 2001 et 2003 à un pourcentage de 180% - 200%. En 2001, l'assurée découvrait que son mari la trompait, ce qui exacerbait un conflit chronique de couple. Elle se réfugiait dans le travail qu'elle vivait comme thérapeutique, faisait plusieurs tentatives de suicide, selon ses dires, dans le but de fuir les problèmes et non pas pour mourir. Elle développait une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle sans incidence sur sa capacité de travail. L'assurée était une femme dépendante, abandonnique, labile, impulsive et sans moyen d'introspection. Sa vie privée était influencée par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des pulsions avec des crises de violence et des comportements menaçants. L'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, non-décompensée, depuis l'adolescence, caractérisée par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles associées à une instabilité de l'humeur, avec une tendance à s'engager dans des relations intenses, qui conduisait le sujet à des crises émotionnelles et à des menaces répétées de suicide ou même des gestes auto-agressifs comme dans le cas de l'assurée. Le trouble de la personnalité n'était pas une maladie invalidante, ce qui avait permis à l'assurée d'avoir une scolarité normale et ensuite de travailler même dans des conditions difficiles à un pourcentage de 180% pendant plusieurs années. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui faisait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, ce diagnostic n'était pas retenu. L'assurée était démonstrative et dans un discours logorrhéique elle mettait en avant ses plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien et sans attirer de l'empathie. Il y avait une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé. L'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, le fait que les plaintes démonstratives laissent insensible l'expert et l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial normal. En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif non décompensée qui ne représentait pas une maladie psychiatrique invalidante d'après les critères AI et la capacité de travail exigible était entière. 16. Le 8 juin 2005, la Dresse G \_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical AI. Le diagnostic était celui de tableau anxio-dépressif

récidivant en relation avec la problématique somatique polymorphe - F.45.1 (300.81) chez une structure de personnalité insuffisamment intégrée F 43.22 (309.28). Cette pathologie existait en tout cas depuis 1999. Il n'y avait pas d'incapacité de travail pour des raisons purement psychiatriques dans le travail de femme de ménage-repasseuse. Elle avait traité l'assurée en 1999 puis depuis le 29 avril 2004 en raison d'une rechute par des anti-dépresseurs, anxiolytique, somnifère et soutien psychothérapeutique. Le pronostic était sévère vu l'insuffisance d'élaboration mentale.![endif]>![if> L'assurée présentait un trouble de la personnalité dû à l'immigration; elle était très collaborante; les troubles psychiques étaient grandement réactionnels aux troubles somatoformes et l'immigration les influençait légèrement. L'incapacité de travail était due de façon mineure à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles. Sur le plan psychique, il existait une incapacité de travail de 20% "si affection somatique coexistante. Sinon pas". 17. Par décision du 9 juin 2005, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée en se référant à l'expertise médicale du SMR.![endif]>![if> 18. Le 8 juillet 2005, l'assurée, représentée par un avocat, a fait opposition à la décision de l'OAI. Elle a transmis plusieurs examens et rapports médicaux ne figurant pas au dossier de l'AI, soit :![endif]>![if> a. Une radiographie cervicale et colonne lombo-peluvienne du 23 septembre 2003, concluant à une image du rachis cervical normale et un trouble de la statique (renversement postérieur du torse générateur habituellement de lombalgies basses) et suspicion d'une double discopathie lombaire inférieure.![endif]>![if> b. Une IRM cervicale et TDM lombaire du 24 septembre 2003 concluant à une exploration du rachis cervical dans les limites de la norme, sous réserve d'une simple rectitude. Double discopathie protrusive inférieure L4-L5 et L5-S1, sans formation d'une véritable hernie discale.![endif]>![if> c. Un rapport cytologique du 13 mai 2004 concluant à l'absence de cellules suspectes de malignité.![endif]>![if> d. Un compte rendu opératoire de soins de gynécologie des HUG du 13 mai 2004 suite à un lysis digestif important et mise à plat d'un faux kyste péritonéal par laparoscopie. ![endif]>![if> e. Un rapport de ce même service du 8 novembre 2004 concluant à une incontinence urinaire mixte de survenue irrégulière. ![endif]>![if> f. Une IRM cervicale du 18 novembre 2004 concluant à une discopathie étagée de C2 à C6 avec une déshydratation des disques et protrusion ostéodiscale postérieure minime de C3 à C6 sans compression radiculaire. ![endif]>![if> g. Un rapport du 8 décembre 2004 du Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie concluant à un examen neurologique normal. Il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une récurrence d'un tunnel carpien droit et avait le sentiment d'un contexte algique multiple. ![endif]>![if> h. Un rapport du Dr L\_\_\_\_\_, gastro-entérologue, du 27 avril 2005, concluant à une béance hiatale et une ancienne cicatrice d'ulcère bulbaire.![endif]>![if> i. Un examen anatomopathologique, concluant à une gastrite chronique. ![endif]>![if> j. Un rapport de la consultation ambulatoire d'allergologie du 20 avril 2004 au 17 mai 2005 pour syndrome allergique.![endif]>![if> 19. Le 27 septembre 2005, le SMR a relevé que les éléments médicaux versés au dossier ne modifiaient pas l'appréciation du 27 mai 2005. Par ailleurs, l'appréciation de la Dresse M\_\_\_\_\_ rejoignait celle de la Dresse J\_\_\_\_\_. ![endif]>![if> 20. Par décision du 13 octobre 2005, l'OAI a refusé l'assistance juridique gratuite à l'assurée. ![endif]>![if> 21. Par décision du 20 octobre 2005, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Il relève que même si le diagnostic de TSD ou fibromyalgie devait être retenu, il ne remplirait pas les critères pour admettre une invalidité.![endif]>![if> 22. Le 14 novembre 2005, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a attesté que la patiente présentait depuis plusieurs années une

symptomatologie douloureuse diffuse, à la fois diurne et nocturne, prédominant dans la région lombaire et le membre supérieur droit. Il existait des douleurs diffuses musculaires et articulaires des membres, associées à des sentiments intermittents de dysesthésie et de paresthésie à prédominance distale. La patiente se plaignait aussi de cervicalgies, de céphalées, de troubles digestifs et d'une perturbation du sommeil. La prise d'AINS était mal tolérée en raison d'un problème de hernie hiatale. Le Dafalgan 1g. aidait un peu la patiente. Les traitements de physiothérapie avaient tendance à aggraver les douleurs. Sur le plan professionnel, cette patiente nettoyeuse était à l'arrêt de travail depuis 2003. En conclusion, cette patiente présentait un syndrome douloureux diffus, évoluant depuis plusieurs années, ayant conduit progressivement à un arrêt de travail complet. Sur le plan rhumatologique, il n'y avait aucun argument suggérant la présence d'un rhumatisme inflammatoire. Il s'agissait surtout d'un syndrome douloureux diffus type fibromyalgie. Il existait des lombalgies basses dans un contexte de troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1 démontrés par un scanner lombaire, pratiqué en 2003. Il n'y avait aucun signe d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique. Un bilan biologique récent ne montrait pas de syndrome inflammatoire, des tests thyroïdiens et des enzymes musculaires dans la norme. Il n'avait pas d'examen complémentaire particulier à proposer à ce stade. Compte tenu qu'il semblait exister une problématique psychiatrique relativement importante, il avait conseillé à la patiente de se faire réévaluer sur ce plan là, même si l'expert psychiatre de l'AI n'avait pas retenu d'éléments psychiatriques suffisants pour obtenir une rente. 23. Le 17 novembre 2005, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS –actuellement Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) à l'encontre de la décision sur opposition de l'OAI en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 6 janvier 2003. Préalablement, elle requérait une expertise psychiatrique judiciaire. Elle relevait que le rapport du SMR du 27 avril 2005 contenait beaucoup d'erreurs, notamment l'indication que son mari était alcoolique depuis 1990, qu'elle vivait de la rente AI de son époux, que dans l'après-midi elle faisait une promenade, voyait ses amis et régulièrement buvait un verre avec sa cousine, enfin qu'il n'existait pas de réveil nocturne en raison de la douleur, pas de douleurs matinales. Ni ce rapport du SMR ni les réponses succinctes de la Dresse G\_\_\_\_\_ ne répondaient aux exigences d'une expertise psychiatrique, selon la jurisprudence du TFA. Compte tenu des effets conjugués des deux principales atteintes et des autres atteintes comorbides à sa santé, elle subissait une incapacité de gain permanente ou de longue durée. 24. Le 22 décembre 2005 à la demande de la Dresse O\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assurée, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (CME) a diagnostiqué un syndrome chronique douloureux diffus de type fibromyalgique, un trouble dépressif récurrent (plusieurs "tentamens" médicamenteux), des césariennes (1987, 1990, 1997), une hystérectomie en 1999, un canal carpien en 2000. Aucun des nombreux médicaments prescrits jusqu'à présent n'avait été efficace. Il était proposé de maintenir la prescription de paracétamol, de pratiquer une activité physique régulière et d'effectuer une prise en charge par le médecin-traitant de la psychopathologie de la patiente. 25. Le 1 er mars 2006, l'OAI a conclu au rejet du recours et a joint deux avis complémentaires du SMR des 17 et 21 février 2006. Selon le premier avis, signé par la Dresse J\_\_\_\_\_, le diagnostic de trouble dépressif récurrent depuis 1999 n'était pas admis car l'instabilité de l'humeur réactionnelle à des étapes de la vie que l'assurée gérait avec difficulté, dans le cadre d'un trouble de la personnalité, ne représentait pas une maladie psychiatrique et invalidante. Le diagnostic (sans répercussion sur la capacité de travail) de fibromyalgie était

retenu mais les critères de Mosimann n'étaient pas réunis et le pronostic était favorable : l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, l'absence de compliance médicamenteuse expliquait l'échec thérapeutique, l'absence d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (il n'y avait pas de perte d'intégration sociale si l'assurée était capable de surmonter ses douleurs lorsqu'il s'agissait d'assurer sa propre subsistance au quotidien et de maintenir une vie sociale; cf. vie quotidienne page 3 de l'examen clinique du 27 avril 2005), l'état psychique cristallisé, avec profit secondaire était présent (dans l'examen de l'effort raisonnablement exigible qu'on pouvait attendre de l'assurée en vue de surmonter ses douleurs, seul le profit primaire était pris en considération). L'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif non décompensé, sans indice sur la capacité de travail, qui expliquait la labilité émotionnelle, l'instabilité de l'humeur, les accès de violence, les menaces suicidaires et même les gestes auto-agressifs. L'instabilité de l'humeur faisait partie du trouble de la personnalité et ne représentait pas un trouble dépressif récurrent. La symptomatologie dépressive réactionnelle ne représentait pas une maladie psychiatrique invalidante. L'état dépressif léger n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. La fibromyalgie n'était pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique. L'absence de formation professionnelle, de défaut de résilience, les difficultés liées à la migration, les difficultés financières, les problèmes de couple, l'âge, le manque de motivations, les facteurs psychosociaux et socioculturels, etc. étaient des éléments étrangers à l'invalidité. Les informations anamnestiques étaient fournies par l'assurée, qui, étonnamment, les contestait aujourd'hui. Les documents médicaux, n'apportaient aucun argument en faveur d'une aggravation de l'état sur le plan psychiatrique. Selon le second avis du SMR, signé par le Dr P\_\_\_\_\_, le rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ donnait toute la lumière sur la santé psychique de l'assurée et expliquait pourquoi le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'avait pas été retenu, mais bien celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif par ailleurs non décompensé. 26. Par arrêt du 29 mai 2006 ( ATAS/523/2006 ), le TCAS a rejeté le recours de l'assurée. Il a considéré ce qui suit : "En l'espèce, la recourante a été soumise à un examen bidisciplinaire au SMR Léman le 27 avril 2005, lequel a donné lieu au rapport des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ du 17 mai 2005. Ce rapport a été complété par un avis de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 17 février 2006 dans lequel elle examine les critères jurisprudentiels précités appliqués en présence d'un TSD ou d'une fibromyalgie. On constate en premier lieu que la recourante souffre, selon le SMR Léman notamment d'une fibromyalgie, selon le Dr N\_\_\_\_\_ d'un syndrome douloureux diffus type fibromyalgie et selon le CME d'un syndrome chronique douloureux diffus de type fibromyalgique. Compte tenu de la jurisprudence précitée (ATFA du 8 février 2006), il convient d'assimiler ces différents diagnostics. Il y a également lieu d'admettre, au vu des diagnostics médicaux au dossier, que la recourante ne souffre pas d'une pathologie somatique invalidante, hormis un syndrome vertébral lombaire (troubles dégénératifs), déjà présent alors que la recourante disposait d'une capacité de travail entière. L'on peut se demander ensuite si ce rapport d'expertise du SMR Léman a valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, la première analyse psychiatrique qui retient comme diagnostic notamment une fibromyalgie, écarte le caractère invalidant de celle-ci sur la seule constatation de l'absence de pathologie psychiatrique préexistante ou de comorbidité. Or, c'est seulement dans l'avis subséquent établi presque une année plus tard et sans nouvel examen de la recourante que la Dresse J\_\_\_\_\_ estime que les critères de Mosimann ne sont pas réalisés, hormis celui de l'affection corporelle chronique. Par ailleurs, on ne voit pas que la recourante ait fait preuve

d'absence de demande de soins comme cela est relevé dans le rapport du SMR Léman (p. 9) dès lors qu'elle a été régulièrement suivie par plusieurs médecins soit notamment des rhumatologues, psychiatres, allergologue et spécialiste du sommeil. Nonobstant ces considérations et au vu des avis médicaux avérés versés au dossier, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire. En effet, aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée n'a été mise en évidence par les psychiatres qui ont traité ou examiné la recourante. Ces médecins ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (institution de Belle-Idée le 29 août 2002 et policlinique de médecine des HUG le 27 mars 2003), un trouble dépressif récurrent (Dresse F\_\_\_\_\_ le 7 juillet 2004 et CME le 22 décembre 2005) ou encore un état anxio-dépressif récidivant (Dresse G\_\_\_\_\_ le 8 juin 2005). Aucun indice ne permet ainsi de penser que la recourante souffre éventuellement d'une comorbidité psychiatrique importante - de telle manière qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de sa part - et qu'il se justifierait d'investiguer par le biais d'une expertise psychiatrique judiciaire. Quant aux autres critères à examiner, il y a lieu de constater qu'il ne se justifie pas non plus d'ordonner une expertise psychiatrique sur ce point, les éléments au dossier permettant d'exclure une reconnaissance en l'espèce d'un caractère invalidant au TSD. Il s'agit tout d'abord d'une jeune assurée (née en 1968), cas dans lequel il est présumé que la personne n'a pas épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter sa douleur (ATFA du 24 août 2005 précité). Ensuite, une des psychiatres traitantes de la recourante (Dresse F\_\_\_\_\_ ) estime qu'elle a bénéficié de divers traitements médicamenteux avec une mauvaise compliance (en tous les cas entre juin 2003 et juin 2004) ce qui permet d'exclure le critère de l'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique et cela même si le traitement prescrit par la suite par la Dresse G\_\_\_\_\_ (dès avril 2004) a, par hypothèse, été correctement suivi dès lors que celle-ci atteste le 8 juin 2005 que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles sont indiquées, en relevant qu'il n'y a pas d'incapacité de travail pour des raisons purement psychiatriques. S'agissant des relations sociales, la recourante, qui vit en famille avec son mari et ses trois enfants, ne saurait être reconnue comme étant en perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, même si, selon elle, il est erroné de prétendre, comme l'a fait le SMR Léman, qu'elle voit ses amies et régulièrement boit un café avec sa cousine. Enfin, la recourante peut accomplir des tâches ménagères légères. Ainsi, même si l'on admet à la suite du SMR Léman le critère des affections corporelles chroniques et même éventuellement celui de l'échec des traitements correctement suivis, l'on ne saurait, au vu de la jurisprudence restrictive précitée du TFA, admettre le caractère invalidant du TSD de la recourante. En particulier, l'on ne saurait conclure que la recourante a épuisé toutes ses ressources adaptatives. Enfin, les autres atteintes à la santé dont souffre la recourante ont été considérées par ses médecins sans influence sur la capacité de travail de celle-ci." 27. Par arrêt du 10 octobre 2007 (I 594/2008) le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assurée à l'encontre du jugement précité. Il a constaté que les avis médicaux au dossier aboutissaient à des conclusions fondamentalement concordantes et estimait que la capacité de travail de l'assurée était entière. 28. Une ordonnance de condamnation du Procureur général de la République du Canton de Genève du 30 novembre 2006 a condamné l'assurée à six mois d'emprisonnement avec sursis pour escroquerie envers l'Hospice Général. A cette occasion il a été relevé que l'assurée avait travaillé comme femme de ménage du 1<sup>er</sup> octobre 2001 au 31 mai 2003 pour un revenu

annuel de CHF 4'752 en 2001, CHF 19'008.- en 2002 et CHF 7'851 en 2003 et comme employée d'entretien du 28 mars 2002 au 8 janvier 2005 pour un revenu de CHF 13'375.80 en 2002, CHF 31'148.60 en 2003, CHF 32'849 en 2004 et CHF 2'782.25 en janvier 2005, étant précisé que du 6 janvier 2003 au 4 janvier 2005 des indemnités journalières avaient été versées.![endif]>![if> 29. Le 2 novembre 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité. Elle a transmis les documents suivants :![endif]>![if> - un certificat médical du service de psychiatrie adulte des HUG du 13 décembre 2007 attestant d'un séjour de l'assurée du 11 au 13 décembre 2007.![endif]>![if> - une demande d'admission non volontaire du 11 décembre 2012 du Dr Q\_\_\_\_\_.![endif]>![if> - un courrier de la Dresse R\_\_\_\_\_, FMH neurologie à la Dresse S\_\_\_\_\_ du 24 mai 2009 selon lequel l'assurée souffrait de crises de céphalées depuis de nombreuses années à son avis liées à l'état dépressif.![endif]>![if> - une attestation du 22 juin 2009 de SOS Médecins d'une intervention le 17 août 2009 en raison d'une crise de migraines.![endif]>![if> - un courrier de la Dresse R\_\_\_\_\_ à l'assurée du 21 août 2009 attestant d'une suspicion de céphalées sur auto entretien médicamenteux.![endif]>![if> - un courrier du service de psychiatrie adulte des HUG du 18 septembre 2009 à l'assurée attestant d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré avec un syndrome somatique et des fluctuations de l'humeur, avec une impulsivité dans le contexte d'un trouble de la personnalité limite. L'assurée avait fait une tentative de suicide en 2007, la compliance était douteuse, la capacité de travail était nulle.![endif]>![if> - un courrier de la Dresse S\_\_\_\_\_ à l'assurée du 18 octobre 2009 attestant d'un développement depuis 2005 d'un trouble dépressif récurrent réactionnel avec traitement médicamenteux et anorexie en 2008 ; des palpitations sur tachyarythmie étaient survenues depuis novembre 2006 en relation avec des crises de couple ; les vertiges s'étaient aggravés depuis 2007, ainsi que des crises de céphalées ayant conduit à une hospitalisation en octobre 2009. La capacité de travail était nulle.![endif]>![if> 30. Le 24 novembre 2009, la Dresse T\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'aggravation manifeste et objective de l'état de santé de l'assurée.![endif]>![if> 31. Par projet de décision du 9 mars 2010 et décision du 29 avril 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.![endif]>![if> 32. Le 1 er juin 2010, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du TCAS ; elle a complété son recours le 20 août 2010.![endif]>![if> 33. Le 23 septembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours.![endif]>![if> 34. Le 2 décembre 2010, l'assurée a retiré son recours de sorte que le TCAS a rayé la cause du rôle par arrêt du 20 décembre 2010 ( ATAS/1314/2010 ).![endif]>![if> 35. Le 1 er février 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité (signée du 15 novembre 2010). Elle a joint un certificat médical du 22 décembre 2010 de la Dresse U\_\_\_\_, médecin interne à la clinique psychiatrique adulte des HUG selon lequel l'assurée était suivie à la consultation de la Servette depuis juin 2003 et par elle-même depuis le 6 avril 2010 pour un trouble de la personnalité émotionnellement labile, associé à un trouble de la personnalité de type histrionique et à des troubles somatoformes ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ; elle avait dû être hospitalisée en décembre 2007 dans un contexte d'impulsivité et de risque hétéro agressif et avait été prise en charge au CTB en avril-mai 2007 et décembre 2009-janvier 2010. ; l'état de santé s'était aggravé depuis novembre 2010, en particulier le trouble de somatisation, l'anxiété et la désorganisation, avec perturbation de l'affectivité. Le trouble dépressif s'était péjoré depuis novembre 2009 après un tentamen médicamenteux.![endif]>![if> 36. Le 15 avril 2011, les Dresses V\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ du SMR

ont estimé qu'un rapport psychiatrique complet devait être demandé.![endif]>![if> 37. Le 19 août 2011, la Dresse W\_\_\_\_\_, médecin interne au service de psychiatrie des HUG a rempli un rapport médical AI attestant d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques depuis 1999 et un trouble de la personnalité borderline qui évoluait depuis l'enfance ; elle suivait l'assurée depuis le 15 août 2011. L'assurée avait été hospitalisée au CTB de la Servette du 24 avril au 31 mai 2007 et du 7 décembre 2009 au 25 janvier 2010 (exacerbation des troubles suite à un conflit de couple). L'assurée présentait une thymie triste, un sentiment de dévalorisation, un sommeil difficile, une difficulté récurrente à s'alimenter, une anxiété présente de manière quasi permanente. Elle se sentait agressée au moindre stress, ne présentait pas la capacité à y faire face seule ; elle ne présentait pas de symptômes francs de la lignée psychotique, pas de consommation de toxiques. Patiente très anxieuse, se sentait rapidement persécutée, triste et sur la défensive. Il était évident qu'elle était vulnérable au moindre stress, qui pouvait avoir sur elle des conséquences vitales. L'incapacité de travail était totale depuis janvier 2003. Les capacités étaient limitées de la manière suivante : concentration 50 %, compréhension 60 %, adaptation 30 % et résistance 30 %.! [endif]>![if> La Dresse W\_\_\_\_\_ a communiqué les pièces suivantes : · le résumé du séjour non volontaire du 14 décembre 2007 attestant d'un séjour de l'assurée aux HUG du 11 au 13 décembre 2007 pour un diagnostic principal de personnalité émotionnellement labile, type borderline et un tremblement/comportement sur alcool, intoxication aiguë sans complication.![endif]>![if> · le résumé d'intervention CTB du 6 juin 2007, avec une admission le 24 avril et une sortie le 31 mai 2007 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel type moyen et un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline ; l'assurée avait été adressée pour un trouble dépressif avec idéation suicidaire et trouble au niveau cognitif.![endif]>![if> · Le résumé d'intervention du CTB du 29 janvier 2010 pour une admission le 7 décembre 2010 et une sortie le 25 janvier 2011 ; l'assurée avait été adressée pour un trouble dépressif récurrent et des difficultés de couple importantes.![endif]>![if> 38. Le 24 mai 2012, les Dresses V\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ ont proposé une expertise psychiatrique SMR.![endif]>![if> 39. L'assurée a été examinée par le Dr X\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie, le 17 juillet 2012, celui-ci a rendu son rapport le 24 août 2012 ; il a posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. F33.3 et trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline décompensé sur un mode auto-agressif. F60.31![endif]>![if> Le trouble de la personnalité était décompensé sur un mode auto-agressif et, avec le trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques, entraînait une atteinte à la santé mentale avec des répercussions sur la capacité de travail depuis au moins décembre 2007. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : humeur dépressive, troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire de travail, perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et des activités habituellement agréables, mauvaise image de soi sentiment d'inutilité, sentiment de désespoir. Présence d'hallucinations auditives congruentes à l'humeur. Présence d'une impulsivité avec manque de contrôle de soi, amenant à des tentatives de suicide. 40. Le 22 novembre 2012 les Dresses V\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ ont proposé une expertise psychiatrique auprès du Dr S\_\_\_\_\_, groupe médical d'Onex.![endif]>![if> 41. Par communication du 4 décembre 2012, l'OAI a estimé qu'une expertise psychiatrique par la Dresse S\_\_\_\_\_ était nécessaire.![endif]>![if> 42. Le 21 décembre 2012 l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle s'étonnait du fait que, lors de la seconde expertise, l'experte S\_\_\_\_\_ n'avait pas eu connaissance du rapport SMR et avait requis des analyses relatives à une dépendance

toxicologique.![endif]>![if> 43. Le 8 février 2013, la Dresse S\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise. Elle cite uniquement dans la rubrique des expertises psychiatriques antérieures celle de la Dresse J\_\_\_\_\_ d'avril 2005.![endif]>![if> L'assurée se plaignait de sentiment de mal-être, de vide, de dévalorisation, de honte, d'asthénie, de douleurs corporelles diffuses, de crises de colère, d'irritabilité, de sensations étranges, de manque d'appétit, de troubles du sommeil, d'idées suicidaires en permanence. L'experte a posé les diagnostics de - trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.II.![endif]>![if> - trouble de personnalité émotionnellement labile, type borderline F60.31![endif]>![if> L'état psychiatrique de l'assurée lui permettait de reprendre un travail de femme de ménage à 50 %. L'assurée était en incapacité de travail à 100 % depuis janvier 2003 mais avait travaillé en 2003. 44. Le 6 juin 2013, la Dresse V\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical selon lequel l'expertise auprès de la Dresse S\_\_\_\_\_ avait été organisée pour réévaluer les réponses thérapeutiques sur l'état décompensé. L'incapacité de travail était de 100 % dès août 2011 jusqu'au 7 février 2013 et de 50 % dès le 8 février 2013. Il était exigé de l'assurée qu'elle suive le traitement.![endif]>![if> 45. Le 27 juin 2013, l'OAI a dans une « note statut » considéré que l'assurée était ménagère.![endif]>![if> 46. Le 22 août 2013, l'OAI a procédé à une enquête ménagère. L'assurée a déclaré qu'elle avait travaillé dès 2001 à 100 % ; son mari gardait les enfants car il ne travaillait pas ; elle ne pouvait pas répondre si, en bonne santé, elle travaillerait.![endif]>![if> L'enquêtrice a évalué l'invalidité ménagère en tenant compte du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 janvier 2013 d'une incapacité de travail totale et a abouti à une invalidité ménagère de 41,71 % et dès le 1<sup>er</sup> février 2013 d'une capacité de travail comme femme de ménage de 50 % et a abouti à une incapacité ménagère de 29 %. Elle a conclu, au vu du parcours professionnel de l'assurée, à un statut de ménagère. 47. Par projet du 5 novembre 2013, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2012 au 31 mai 2013, fondé sur un degré d'invalidité de 42 %.![endif]>![if> 48. Par décision du 16 juin 2014, l'OAI a alloué à l'assurée la rente précitée, soit un montant de CHF 4'850.-, versé à l'Hospice Général.![endif]>![if> 49. Le 14 août 2014, l'assurée, représentée par une avocate a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision du 16 juin de l'OAI, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2011 ; elle a requis l'audition des Drs Y\_\_\_\_\_ et Z\_\_\_\_\_ du centre de psychiatrie adulte et l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire.![endif]>![if> Elle était incapable de tenir son ménage et avait obtenu l'aide de l'IMAD depuis 2004 ; elle avait travaillé 72 h/mois chez B\_\_\_\_\_ SA et 641 h en 2002 chez D\_\_\_\_\_ service SA ; elle avait arrêté de travailler en janvier 2003 pour des raisons de santé ; en particulier elle n'avait pas travaillé en 2003 comme l'avait indiqué la Dresse S\_\_\_\_\_ ; elle regrettait de ne pas pouvoir travailler ; dans « le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assurée » elle avait indiqué le 3 février 2003 à l'OAI qu'elle travaillait 13 h/jour ; elle contestait avoir dit qu'elle ne travaillerait pas si elle était en bonne santé. Elle contestait donc le statut de ménagère retenu et indiquait qu'en bonne santé elle aurait travaillé à 100 %. L'enquête économique sur le ménage était contestée ; son fils ne pouvait l'aider car il était mineur et devait se consacrer entièrement à ses études et ses loisirs. Elle n'était pas à même de s'occuper de son ménage dès février 2013 car sa santé ne s'était pas améliorée à ce moment-là. Elle estimait que les incapacités suivantes devaient être retenues : - 100 % pour la conduite du ménage (6.1) - 90 % pour l'alimentation (6.2) - 100 % pour l'entretien du logement (6.3) - 90 % pour les courses (6.4) - 90 % pour la lessive (6.5) - 100 % pour le soin aux enfants (6.6) - 90 % pour le soin au chien (6.7) L'état psychique s'était péjoré depuis 2007 ; la Dresse S\_\_\_\_\_ retenait à tort une

amélioration de l'état de santé depuis janvier 2011 car la médication ordonnée par le service de psychiatrie des HUG ne s'était pas allégée, mais au contraire alourdie par la prescription de Lamictal et d'Imovane ; l'amélioration retenue en février 2013 n'était pas motivée, par ailleurs, elle souffrait d'une atteinte à l'épaule, au rachis cervical et lombaire de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire. Elle a joint les pièces suivantes : - Les fiches de salaire de B\_\_\_\_\_ SA (la C\_\_\_\_\_ ) d'octobre 2001 à décembre 2002 attestant de 72 heures de travail mensuel et le versement en juin 2003 à l'assurée de CHF 4'700.- pour solde de tout compte. ![/endif]>![if> - Les bulletins de salaire de D\_\_\_\_\_ SA d'avril 2002, d'octobre 2002 à décembre 2002 et ceux de février 2003 à décembre 2004 attestant du paiement d'une indemnité assurance-maladie.![endif]>![if> - Une IRM de l'épaule gauche du 21 février 2013 concluant à « une lésion du bourrelet antéro-supérieur de 12h à 4h. Liquide libre au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne évoquant une bursite. Pas de lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs décelable. Une arthro-IRM peut être effectuée afin de mieux caractériser la lésion labrale ». ![/endif]>![if> - Un courrier du Dr Y\_\_\_\_\_ au Dr AA\_\_\_\_\_ du 31 mai 2013 relevant que l'assurée souffrait d'une douleur de l'épaule gauche persistante, aggravée par des crises d'angoisse au cours desquelles elle se frappait contre les meubles. Elle souffrait aussi de fibromyalgie, d'ostéoporose, d'un TOC, de dépression et de migraines. ![/endif]>![if> - Deux courriers du Dr AA\_\_\_\_\_ au Dr Y\_\_\_\_\_ du 17 juin 2013 préconisant l'introduction d'un antalgique et le repos de l'épaule et constatant une tendinopathie du sous-scapulaire, bursite sous-acromiale et rupture partielle transfixiante du sus-épineux. Il y avait également un très probable corps libre intra-articulaire ou lésion gléno-humérale post-traumatique. Une arthro-IRM était indiquée. ![/endif]>![if> - Un courrier du Dr Y\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2014 en réponse à des questions de l'assurée attestant d'une fibromyalgie, cervicalgies, lombalgies, douleurs de l'épaule, migraines et asthme, un TOC sévère et un état dépressif complexe et chronique entraînant une incapacité de travail totale (limitations liées aux douleurs et à l'état mental).![endif]>![if> - Des radiographies de la colonne lombaire et du bassin du 24 juin 2014 concluant à un pincement modéré en L5-S1. ![/endif]>![if> - Un examen densitométrique osseux du 1 er novembre 2011 concluant à une ostéopénie.![endif]>![if> - Un échocardiogramme-doppler transthoracique du 2 mai 2011 concluant à « une discrète régurgitation mitrale sur probable discret prolapsus d'une partie de la valve, elle-même discrètement épaissie, hypermobilité du septum interauriculaire, ventricule gauche de taille et fonction systolique normales ». ![/endif]>![if> - Le bulletin scolaire de l'école de commerce de Monsieur AB\_\_\_\_\_ accordant le doublage pour l'année 2014-2015.![endif]>![if> - Un courrier du 15 avril 2014 du Centre de formation professionnelle à la pratique commerciale adressé à M. AB\_\_\_\_\_ relevant un nombre important d'absences durant l'année scolaire. ![/endif]>![if> - Un courrier de l'assurée du 22 juillet 2014 à la Dresse S\_\_\_\_\_ lui demandant d'indiquer si elle maintenait ou non l'affirmation de son rapport p. 16 selon laquelle elle avait travaillé en 2003 car elle contestait ce fait.![endif]>![if> - Une attestation du 27 octobre 2004 du Dr H\_\_\_\_\_ selon laquelle l'assurée nécessitait une aide-ménagère hebdomadaire. ![/endif]>![if> - Un contrat clientèle de l'IMAD avec l'assurée de décembre 2013 et de mai 2014 prévoyant des prestations de ménage deux fois par semaine. ![/endif]>![if> - Un courrier du 7 août 2014 du Dr Z\_\_\_\_\_ répondant aux questions de l'assurée selon lequel il suivait celle-ci depuis novembre 2013 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et une personnalité émotionnellement labile de type borderline, avec des périodes de décompensations anxio-dépressives ; l'assurée prenait du Seroquel, du

Remeron, du Lamictal et de l'Imovane. 50. Le 5 septembre 2014, le Dr AC\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions de l'enquête ménagère ; les nouvelles pièces médicales n'apportaient pas d'élément de gravité des différentes atteintes retenues. 51. Le 8 septembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à l'enquête ménagère et à l'expertise de la Dresse S\_\_\_\_\_. 52. Le 6 octobre 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. 53. La recourante a déclaré qu'elle travaillait en 2002 à plus de 100% pour la C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ SA, qu'elle avait indiqué dans le questionnaire AI qu'en bonne santé, elle continuerait à travailler, qu'elle n'avait pas compris pourquoi l'OAI lui avait demandé de se soumettre à nouveau à une expertise complète auprès de la Dresse S\_\_\_\_\_ qui n'était pas en possession du rapport du SMR, qu'elle suivait son traitement notamment de Seroquel, Lamictal et Imovane. La représentante de l'OAI a déclaré que l'avis du SMR du 22 novembre 2012 n'était pas motivé clairement mais que vu le problème d'abus de médicaments et la constatation d'une évolution stationnaire par le Dr X\_\_\_\_\_, le SMR avait décidé de procéder à une deuxième expertise. 54. Le 20 octobre 2014, l'OAI a observé que le statut de l'assurée était celui de ménagère, au motif que lors de l'audience du 6 octobre 2014, elle avait indiqué ne pas avoir travaillé avant 2001; que dans le questionnaire du 3 février 2003, il était indiqué qu'en bonne santé, elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative, questionnaire que l'assurée avait admis et avait signé; que l'enquêtrice avait mentionné que l'assurée était incapable de dire si elle travaillerait ou non en bonne santé, et que, dès 2007, l'assurée savait qu'une capacité de travail lui était reconnue et se devait de rechercher un emploi. 55. Le 3 novembre 2014, l'assurée a transmis un courrier du Dr Z\_\_\_\_\_, du CAPPI, indiquant qu'elle bénéficiait d'un entretien infirmier par semaine. 56. Le 26 novembre 2014, l'assurée a observé qu'il ne faisait pas de doute qu'elle travaillerait sans atteinte à sa santé, qu'elle n'avait plus de mari, plus d'enfants à charge, qu'elle était supportée par l'Hospice général, qu'elle avait d'ailleurs travaillé plus qu'à plein temps de 2001 à 2003, qu'elle n'avait pas travaillé avant 2001 car elle vivait avec son époux et avait un enfant en bas âge, qu'elle n'avait pas coché la case "NON" à la question "Auriez-vous exercé une activité lucrative, en bonne santé?" du formulaire de 2003, qu'elle n'avait pas fait de déclarations contradictoires, qu'elle avait d'ailleurs confirmé en audience qu'elle aurait travaillé en bonne santé, que, depuis 2003, elle ne s'était plus jamais sentie apte à travailler et que c'était pour cette raison qu'elle n'avait pas recherché un emploi et que son statut était ainsi celui d'une personne active.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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). 3. Le délai de

recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si l'état de santé de celle-ci s'est aggravé depuis la dernière décision de rente. 5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération,

si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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

c) Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement

d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) et 8 al. 3 LPGGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b et les références). d) Pour résoudre la question litigieuse du statut de l'assuré, il faut se référer à l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles du cas d'espèce (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 395 sv., 125 V 146 consid. 2c p. 150 et les références). Cette évaluation doit également tenir compte de la volonté hypothétique de la personne assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360 sv. ; ATF 9C\_236/2013 du 23 octobre 2013). 8. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97 ).! [endif]>! [if> Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93 ) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). b) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de

consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). c) Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). d) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). 9. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la

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

#### **E. 10**

En l'espèce, il convient dans un premier temps d'examiner le statut de la recourante, l'intimé ayant estimé que celle-ci avait le statut de ménagère à 100%, en se fondant sur l'enquête ménagère du 22 août 2013, alors que la recourante conteste cette appréciation et prétend à un statut de personne active. A cet égard, il ressort du dossier que la recourante a travaillé dès octobre 2001, soit avant son incapacité de travail totale de janvier 2003, pour B\_\_\_\_\_ SA (la C\_\_\_\_\_ ) et, dès avril 2002, pour D\_\_\_\_\_ SA. Elle a expliqué, lors de l'audience de comparution personnelle des parties, qu'elle avait d'abord effectué un remplacement chez D\_\_\_\_\_ SA, puis obtenu un contrat fixe dès octobre 2002. Il est à constater que dès cette date et jusqu'à décembre 2002, la recourante a travaillé entre 177 et 237 heures par mois (237 en octobre, 200 en novembre et 177 en décembre), soit un horaire de plus de 44 heures par semaine qui équivalait à, en tous les cas, un plein temps (en référence, l'art. 10 de la convention collective de travail du secteur du nettoyage pour la Suisse romande, lequel prévoit dès 2014 un horaire hebdomadaire de 43 heures); par ailleurs, elle a continué d'effectuer 18 heures chaque semaine pour B\_\_\_\_\_ SA. La recourante a déclaré qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 100% et qu'elle avait souhaité dès 2001 débiter un travail déclaré, ayant auparavant effectué des ménages non déclarés. Elle a précisé qu'elle avait répondu oui dans le "questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré" de 2003 à la question : "Exerceriez-vous une activité lucrative si vous étiez en bonne santé?" et qu'elle avait fait la même réponse à l'enquêtrice en 2013. Selon le rapport d'enquête du 22 août 2013, la recourante avait déclaré qu'elle travaillait à 100% pour un employeur et à 80% pour un autre et que c'était très dur de travailler ainsi, qu'elle avait touché une assurance perte de gain en 2003-2005 alors qu'elle travaillait encore ailleurs et qu'elle s'était contentée de l'assistance de l'Etat depuis de nombreuses années, malgré l'incapacité de travail de son époux. Pour ces raisons, le statut de ménagère devait lui être reconnu. Il convient de constater que ce raisonnement ne peut être suivi. En effet, le fait que la recourante ait travaillé à plus de 100% avant d'être incapable de travailler totalement dès janvier 2003 est un élément qui parle en faveur d'un statut d'active, ce d'autant que la recourante a déclaré qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler; à cet égard, le questionnaire AI de 2003, lequel est confus, car il contient plusieurs réponses barrées, ne permet pas de tirer une autre conclusion; a contrario, la recourante y a indiqué clairement qu'elle avait envisagé de diminuer son taux d'activité pour des raisons de santé. Dans le même sens, l'enquêtrice a relevé dans son rapport (point 2) que selon la recourante, elle ne

travaillait plus depuis 2002-2003 et n'avait pas recherché du travail car elle ne se sentait pas assez bien dans sa santé; par ailleurs, la recourante, contrairement à l'avis de l'enquêtrice, n'a plus retravaillé après janvier 2003 et, en particulier, n'a plus travaillé ailleurs en percevant en parallèle des indemnités de l'assurance perte de gain; l'enquêtrice évoque la condamnation pénale de la recourante pour escroquerie à l'Hospice général et semble confondre celle-ci avec le fait que la recourante aurait travaillé tout en bénéficiant d'indemnités journalières perte de gain; enfin, le fait que depuis de nombreuses années la recourante ne travaille plus ne saurait permettre à l'enquêtrice de conclure qu'elle s'est contentée de l'assistance de l'Etat, la recourante ayant, a contrario, expliqué qu'elle avait dû arrêter de travailler en raison de son état de santé, étant relevé que lorsque son époux a été en incapacité de travail, la recourante a cherché un emploi déclaré et débuté en 2001 chez B\_\_\_\_\_ SA. Aucun élément au dossier ne permet de considérer que la recourante, laquelle travaillait à plus de 100% avant son incapacité de travail de 2003, attestée par ses médecins-traitants, aurait pour des raisons autres que liées à son état de santé, renoncé à exercer une activité lucrative. A cet égard, le fait que la recourante se soit séparée de son époux et que celui-ci ne lui verse aucune pension alimentaire est un élément supplémentaire pour admettre que la recourante, en bonne santé, aurait continué à travailler à 100% (à cet égard ATF du 27 septembre 2013 9C\_435/2013 ). En outre, l'intimé ne saurait invoquer le fait que la recourante aurait, dès 2007, présenté une capacité de travail lui permettant de chercher un emploi dès lors que le Dr X\_\_\_\_\_, médecin du SMR, a attesté du contraire dans son rapport du 24 août 2012. D'ailleurs, l'intimé a admis, lors de ses précédentes décisions, que le statut de la recourante était un statut d'active; or, l'intimé n'a pas prouvé que les circonstances déterminantes pour la question du statut de l'assurée, qui prévalaient à la date de la première décision (décision sur opposition du 20 octobre 2005), se seraient modifiées au moment de la décision litigieuse du 16 juin 2014. On constate en effet que le rapport SMR du 17 mai 2005 (examen du 27 avril 2005) sur lequel s'est fondé l'intimé pour rejeter la demande de prestations dans sa décision du 9 juin 2005 précise que la recourante a travaillé entre 2001 et 2003 à 100% et qu'elle présente une capacité de travail pleine dans son activité habituelle et dans une activité de son choix; en particulier l'intimé n'a pas requis une enquête ménagère ; la décision de l'OAI du 9 juin 2005 a ensuite été confirmée par décision sur opposition du 20 octobre 2005 et un arrêt du TCAS du 29 mai 2006. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir un statut d'active de la recourante.

#### **E. 11**

L'intimé a ensuite fondé sa décision sur les conclusions médicales de l'expertise du Dr AD\_\_\_\_\_. A cet égard, la chambre de céans constate que le 17 septembre 2012, la recourante a été soumise à un examen clinique psychiatrique par le Dr X\_\_\_\_\_ du SMR, lequel a rendu son rapport le 24 août 2012. Le Dr X\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline décompensé sur un mode auto-agressif (F60.31). Il a conclu à une incapacité de travail totale depuis décembre 2007, date de l'hospitalisation de la recourante à Belle-Idée, en relevant les limitations fonctionnelles suivantes : « humeur dépressive, troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire de travail, perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, mauvaise image de soi, sentiment d'inutilité, sentiment de désespoir. Présence d'hallucinations auditives congruentes à l'humeur. Présence d'une impulsivité avec manque de contrôle de soi, amenant à des tentatives de suicide. » Son examen se fonde sur un dossier complet ; il a procédé à

l'anamnèse, relaté les plaintes de la recourante, la vie quotidienne et procédé à une appréciation du cas claire et complète. La recourante avait été suivie dès 1999, soit par un psychiatre, soit par la consultation de la Servette, avec des interruptions, et avait été hospitalisée en décembre 2007 ; en 2008, elle avait perdu 20 kg à 30 kg ; actuellement, l'assurée était suivie une fois par mois à la consultation de la Servette et une fois par semaine par une infirmière ; elle avait fait de multiples tentatives de suicide, une en 1992 puis dès 2000 ; pour cette raison, son traitement lui était distribué deux fois par semaine par la pharmacie. Le trouble dépressif récurrent dont l'épisode était sévère avec symptômes psychotiques et le trouble de la personnalité étaient à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail depuis au moins décembre 2007. Ce rapport rejoint d'ailleurs ceux des médecins-traitants de la recourante, lesquels ont attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision du 20 octobre 2005, laquelle était fondée sur l'examen SMR du 27 avril 2005 ; en effet, le Dr U\_\_\_\_\_ a constaté une aggravation depuis novembre 2009 (avis du 22 décembre 2010) ; la Dresse W\_\_\_\_\_ a également posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et attesté d'une incapacité de travail totale, même si en 2011, elle ne constatait pas de symptôme psychotique (avis du 19 février 2011). La chambre de céans constate que le rapport du Dr X\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante ; celui-ci n'a d'ailleurs jamais été remis en cause par l'intimée ; en particulier, l'avis du SMR du 22 novembre 2012 relate les constatations et conclusions des médecins-traitant mais non pas celles du Dr X\_\_\_\_\_ et propose, sans aucune motivation, d'organiser une expertise psychiatrique auprès de la Dresse AD\_\_\_\_\_, laquelle n'est en particulier pas motivée par une critique du rapport du Dr X\_\_\_\_\_. S'agissant du rapport de la Dresse AD\_\_\_\_\_, il cite celui du SMR du 27 mai 2005 mais curieusement pas celui du Dr X\_\_\_\_\_ du 24 août 2012, lequel ne semble pas avoir été joint au dossier. La Dresse AD\_\_\_\_\_ relève que le trouble dépressif d'intensité moyenne semble persister d'une manière permanente et invalidante. Elle se fonde sur les rapports des Drs AE\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ pour admettre un trouble dépressif d'intensité moyenne, lequel se serait péjoré en novembre 2009 mais amélioré dès janvier 2011, au motif que dès cette date, le CTB Servette avait allégé le traitement de la recourante ; elle estime que le trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, cumulé avec les épisodes dépressifs devenait invalidant depuis août 2011 ; ces troubles diminuaient la capacité de travail de 50%. L'appréciation du cas faite par le Dr AD\_\_\_\_\_ n'est pas claire et est incomplète. Tout d'abord, celle-ci ne possédait apparemment pas le rapport du Dr X\_\_\_\_\_ du 24 août 2012. Or, l'amélioration de l'état de santé supposée par le Dr AD\_\_\_\_\_ dès janvier 2011 est infirmée par le rapport du Dr X\_\_\_\_\_, lequel estime au contraire que l'état de santé de la recourante s'est durablement péjoré depuis décembre 2007. Ensuite, le Dr AD\_\_\_\_\_, contrairement au Dr X\_\_\_\_\_, ne relate pas en détail les limitations fonctionnelles psychiques de l'assurée de sorte qu'il n'est pas possible de savoir si celles constatées par le Dr X\_\_\_\_\_ en juillet 2012 se sont amendées. La Dresse AD\_\_\_\_\_ se limite à indiquer que les troubles constatés sont invalidants (rapport pp. 15 et 16). En outre, la Dresse AD\_\_\_\_\_ part du principe que la recourante a continué à travailler dès janvier 2003, date de son incapacité de travail totale comme femme de ménage ; or, aucun indice au dossier ne permet de remettre en cause la déclaration de la recourante selon laquelle elle n'avait plus jamais retravaillé depuis janvier 2003 ; cette constatation est ainsi erronée, ce d'autant que l'ordonnance de condamnation du 30 novembre 2006 concerne une escroquerie à l'Hospice général, condamnation qui précise que la recourante a reçu des indemnités journalières et n'a pas de salaire depuis le 6 janvier 2003. Enfin, la conclusion de

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

#### **E. 12**

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

#### **E. 13**

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

#### **E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 16 juin 2014 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.