

GE_GERICHTE A/2534/2011 vom 2. August 2012

GE Cour de justice, 2012-08-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2534_2011

FR: GE_GERICHTE A/2534/2011 du 2 août 2012

IT: GE_GERICHTE A/2534/2011 del 2 agosto 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.08.2012
A/2534/2011

A/2534/2011 ATAS/941/2012 du 02.08.2012 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2534/2011
ATAS/941/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 2 août
2012 3ème Chambre En la cause Madame C _____, domiciliée à Meyrin, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître AELLEN Cyril recourante contre OFFICE
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97,
Genève intimé EN FAIT Madame C _____ (ci-après : l'assurée), d'origine turque, de
nationalité suisse, née en 1964, est arrivée en Suisse en septembre 1991. En 1992, elle a
travaillé durant un mois pour une entreprise de nettoyage qui l'a licenciée car elle ne
souhaitait pas l'engager à long terme. Le 21 août 1993, l'assurée a donné naissance à son
premier enfant puis a repris ses recherches d'emploi avec la volonté, dit-elle, de travailler à
plein temps. Cependant, dès 1995, elle a rencontré des problèmes psychiques qui se sont
conjugués avec son absence de formation et ses difficultés à maîtriser le français pour lui
rendre la tâche malaisée. En août 1999, l'assurée a donné naissance à un deuxième enfant.
Ses problèmes psychiques (crises de panique avec chutes de tension), d'abord occasionnels,
sont devenus de plus en plus fréquents, au point que le Dr L _____ - remplacé depuis
lors par le Dr M _____ - l'a déclarée en incapacité de travail totale à compter du 8
septembre 2010. Le 4 janvier 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de
l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI). Le Dr
N _____, généraliste qui suit l'assurée depuis novembre 2009, a expliqué l'avoir reçue
une première fois en urgence pour une crise d'angoisse d'épigastralgie d'accompagnement.
Après avoir précisé qu'il n'y avait aucune incapacité de travail sur le plan somatique, le
médecin a renvoyé l'OAI à l'avis du. Dr M _____, psychiatre traitant, qui a fait état
d'un trouble dépressif récurrent épisode actif léger sans syndrome somatique et d'un trouble
panique présents depuis 2009-2010 et ayant entraîné une totale incapacité de travail à
compter du 8 septembre 2010 . Le psychiatre a précisé que sa patiente n'avait jamais
travaillé et qu'en octobre 2010, son état s'était aggravé avec l'apparition d'attaques de
panique. L'état dépressif était désormais plus stable mais des attaques de panique
persistaient de sorte que le pronostic restait réservé (les symptômes n'avaient pas totalement
disparu et la capacité d'adaptation était limitée). A titre de limitations, le médecin a évoqué
les symptômes du trouble dépressif et du trouble panique, à savoir une anxiété majeure dans
les situations d'interaction sociale, des difficultés attentionnelles, un isolement et une
fatigabilité. Le psychiatre a précisé que désormais, sa patiente pourrait tout au plus exercer
à 50 % une activité occupationnelle thérapeutique en atelier protégé. Le dossier de l'assuré
a alors été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR) qui a émis l'avis que l'assuré
présentait un trouble dépressif léger ne justifiant aucune incapacité de travail ni aucun

empêchement dans la tenue d'un ménage. Le 11 mai 2011, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation. Le 9 juin 2012, le Dr N_____ s'est opposé à ce projet au nom de sa patiente en reprochant à l'OAI de s'être montré « un peu expéditif » dans l'examen de la situation psychique de sa patiente et en préconisant une expertise psychiatrique. Par décision formelle du 20 juin 2011, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation en se référant à l'avis de son Service médical régional (SMR) lequel avait conclu à l'absence de toute maladie justifiant une diminution de la capacité de gain. Par écriture du 22 août 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire ou à ce qu'une expertise médicale et une enquête ménagère soient mises sur pied et, quant au fond, à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} juillet 2011. La recourante reproche à l'intimé de n'avoir pas expliqué les raisons pour lesquelles il a préféré se fonder sur le rapport du SMR plutôt que sur l'avis de son psychiatre traitant sans ordonner d'expertise médicale approfondie. Elle ajoute n'avoir jamais été questionnée sur ses intentions quant à la reprise d'une activité professionnelle et soutient que si sa santé le lui avait permis, elle aurait travaillé à plein temps dans le domaine du nettoyage. A l'appui de sa position, la recourante a notamment produit un certain nombre de certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail - sans plus de détails -, les rapports fournis par son médecin et son psychiatre traitants à l'OAI ainsi qu'une attestation émanant du Centre de rencontre et de formation pour migrantes attestant que l'assurée a suivi régulièrement des cours de français de novembre 2006 à octobre 2007 (à raison de deux fois par semaine) et a également participé à des activités d'intégration. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 septembre 2011, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient qu'il ressort du rapport du Dr M_____ du 31 mars 2011, d'une part, que l'état de santé de l'assurée est influencé par des éléments psychosociaux, notamment les échecs scolaires de son fils aîné - ce qui ne relève pas de l'assurance-invalidité - et, d'autre part, que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré. Or, selon les indications du Dr N_____, les seules atteintes sont d'ordre psychique. S'agissant par ailleurs du statut à reconnaître à l'assurée, l'intimé relève que l'intéressée, arrivée en Suisse en 1991, n'a travaillé depuis lors en tout et pour tout que deux mois à temps très partiel - puisqu'elle n'a réalisé qu'un revenu de 2'976 fr. en juillet 1992 et un revenu de 38 fr. en septembre 2009 - alors même que l'incapacité de travail n'a débuté qu'en 2010. Qui plus est, elle ne s'est jamais annoncée à l'assurance chômage et n'a pas non plus entrepris de démarches pour s'insérer sur le marché de l'emploi (par exemple en apprenant le français). L'intimé en tire la conclusion que la recourante a choisi d'être femme au foyer. Dans sa réplique du 21 octobre 2011, l'assurée a persisté dans ses conclusions et demandé l'audition de son psychiatre et son médecin traitants et la mise sur pied d'une expertise médicale et d'une enquête ménagère. Elle continue à soutenir qu'elle aurait souhaité travailler à plein temps mais qu'elle en a été empêchée par ses difficultés à s'insérer sur le marché du travail en raison de son manque de maîtrise du français puis par la naissance de ses enfants. Elle allègue avoir suivi trois mois de cours de français et fait remarquer que, vu la situation financière de sa famille, il serait souhaitable qu'elle exerçât une activité lucrative. Subsidiairement, elle soutient que si le statut de ménagère devait lui être reconnu, une enquête ménagère devrait à tout le moins être mise sur pied. Entendue par la Cour de céans en date du 19 janvier 2012, la recourante a expliqué n'avoir jamais travaillé en Turquie car elle prenait soin de sa mère malade. Elle n'a suivi que quelques cours de couture après sa scolarité primaire. Entre 1991 - date de son arrivée en Suisse, à

l'âge de 26 ans - et 1993 - année de naissance de son premier enfant -, elle n'a travaillé qu'un mois, dans une entreprise de nettoyage, en remplacement. Ses recherches d'emploi durant cette période se sont soldées par des échecs. Elle dit avoir ensuite continué à rechercher en vain un emploi jusqu'en 1996, date à laquelle elle a rencontré ses premiers problèmes de santé. En 1999 est né son second enfant. Selon la recourante, elle aurait volontiers exercé une activité d'usine ou de nettoyage à plein temps si son état de santé le lui avait permis. S'agissant de la situation actuelle, la recourante a allégué avoir du mal à trouver la motivation et la volonté pour s'occuper de son ménage mais y être néanmoins obligée - à tout le moins pour les tâches essentielles - puisqu'il lui faut bien s'occuper de ses deux enfants et les nourrir. Son mari l'aide lorsque cela lui est possible. La recourante a expliqué se sentir amoindrie et affaiblie et éprouver des difficultés à se concentrer. Ainsi, il lui arrive de se trouver totalement désorientée ; ces états d'angoisse peuvent survenir à tout moment, même à la maison. La recourante a affirmé avoir cherché à s'annoncer à l'assurance-chômage mais s'être alors entendue répondre qu'elle n'avait pas droit aux indemnités. Elle a ajouté que son fils aîné est suivi par le service médico-pédagogique à raison d'une fois par semaine et que son état ne lui aurait guère laissé le loisir d'exercer un travail à plein temps car elle doit être présente en permanence à ses côtés et ce, depuis qu'il est adolescent. Son fils s'est en effet vu diagnostiquer un syndrome d'Asperger (traits autistiques). Cette nouvelle a d'ailleurs contribué à aggraver son propre état. A compter de ce moment, les crises sont devenues plus fréquentes. Entendue par la Cour de céans, le Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie qui suit personnellement l'assurée à la consultation des Pâquis depuis 2010, a indiqué que, selon son dossier, la première crise d'angoisse est survenue en 1996, dans le taxi qui conduisait l'assurée à l'aéroport pour la Turquie, où elle a été suivie et où le traitement a eu un effet positif. La seconde crise de panique est survenue en 2009. L'assurée est alors allée consulter à la permanence de Meyrin, où on lui a prescrit un traitement de benzodiazépines (Tranxilium, 15 mg). L'angoisse a persisté mais sans crise de panique et ce, jusqu'en 2010. L'assurée est alors allée consulter les urgences de La Tour où on lui a prescrit un traitement antidépresseur (Deroxat 20 mg) avant de l'adresser à la consultation des Pâquis, où elle a d'abord été suivie par le Dr L_____. Selon le témoin, l'angoisse est sous-jacente ; les crises de panique, elles, ne se manifestent qu'occasionnellement mais handicapent cependant grandement l'assurée en ce sens que cette dernière craint de sortir seule et dépend donc de son mari. Après une année, le DEROXAT a été remplacé par du CIPRALEX 15 mg. Ce changement de traitement a été motivé par la prise de poids importante occasionnée par le premier médicament. Sous CIPRALEX, l'assurée n'a plus fait de crises de panique, mais l'angoisse demeure. Par ailleurs, les benzodiazépines ont été remplacées par de la PRAZINE, à raison de 25 mg deux fois par jour, afin d'atténuer l'angoisse. Le témoin a émis l'avis que malgré cette amélioration et le traitement, l'assurée reste dans l'incapacité totale d'exercer une activité lucrative. En effet, toutes les tentatives pour l'entraîner dans des activités extérieures, par exemple en thérapie de groupe, ont eu pour conséquence une recrudescence des angoisses. Qui plus est, l'assurée est fatiguée, démotivée et manque d'énergie. S'agissant de la tenue du ménage, le témoin a répété que sa patiente n'ose sortir seule pour faire ses courses. Pour le reste, elle manque de motivation mais est néanmoins obligée de prendre en charge son ménage vu la situation de son fils de 18 ans autiste et le fait qu'elle a un second fils qui n'est encore âgé que de 11 ans. Le témoin a encore ajouté qu'indépendamment de ses difficultés linguistiques, l'assurée rencontre des problèmes à entrer en relation avec autrui, ce qui contribue à augmenter son niveau d'anxiété. S'y

ajoutent des difficultés sur les plan de la concentration, de la mémoire et de la cognition dont l'assurée se plaint depuis 2009. Le témoin a confirmé que sa patiente lui a affirmé qu'en bonne santé, elle aurait travaillé. Dans ses écritures après enquêtes du 8 février 2012, l'intimé, s'agissant de la question du statut à reconnaître à la recourante, a relevé que celle-ci n'avait pu produire aucune pièce attestant d'une quelconque recherche d'emploi et qu'elle avait au surplus admis que l'état de santé de son fils ne lui aurait pas permis d'exercer une activité lucrative. Sur le plan médical, l'intimé a ajouté que le témoignage du Dr M_____ l'amenait à persister à penser qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante. Quant à la recourante, elle a également persisté dans ses conclusions. En substance, elle souligne que la Dresse M_____ a conclu à une totale incapacité de travail et a également émis des réserves quant à sa capacité à assumer ses tâches ménagères.

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 depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). La décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le présent litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son statut et son degré d'invalidité. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'objet de l'assurance n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi mais plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non-actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 ss.; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 à 70 %. c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin et 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 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 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions

de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). a) Se pose également la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré qu'elle devait être qualifiée de ménagère, ce que l'intéressée conteste en alléguant qu'en bonne santé, elle aurait cherché à travailler en tant que nettoyeuse. b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut 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, 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 - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées). b) En l'espèce, il est constant que la recourante n'a exercé d'activité lucrative ni en Turquie ni en Suisse - à l'exception d'un seul mois et pour un revenu fort modeste. Qui plus est, elle a finalement admis que, même si elle avait été en bonne santé, l'état de son fils ne lui aurait pas laissé la possibilité de travailler. Dans ces circonstances et compte tenu en particulier du fait que l'assurée n'a travaillé qu'un mois entre son arrivée en Suisse - en 1991 - et le début de l'incapacité de travail attestée par ses médecins - en 2009-2010, ses allégations selon lesquelles elle aurait mis à profit sa capacité de travail si l'occasion lui en avait été donnée ne sauraient convaincre. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé lui a reconnu un statut de ménagère à 100%. Sur ce point, le recours est donc rejeté. La recourante conteste également l'évaluation de sa capacité de travail et demande qu'une expertise médicale soit mise sur pied afin d'éclaircir sa situation sur le plan psychique. Une telle mesure apparaît cependant inutile dans la mesure où l'assurée doit se voir reconnaître le statut de ménagère et où seule demeure donc litigieuse sa capacité à assumer ses travaux habituels. La question n'est donc pas tant de savoir quelles sont exactement les atteintes psychiques de la recourante - lesquelles ne sont au demeurant pas contestées puisqu'il est admis qu'elle souffre d'un état dépressif léger et d'un trouble panique - mais quelles sont leurs conséquences sur sa capacité à assumer son

ménage. Or, sur ce point, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. C'est donc plutôt une telle enquête dont l'intimé ne pouvait faire l'économie au seul motif que l'un des médecins du SMR avait laconiquement conclu à l'absence de tout empêchement alors que le psychiatre traitant retient un certain nombre de limitations. Dans cette mesure, le recours est très partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de mettre sur pied une enquête ménagère en bonne et due forme et de rendre ensuite une nouvelle décision. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Annule la décision du 20 juin 2011. Dit que la recourante doit se voir reconnaître un statut de ménagère à 100%. Renvoie la cause à l'intimé pour mise sur pied d'une enquête économique et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'000 fr. à titre de dépens. Renonce à percevoir l'émolument. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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